

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10 липня 2024 року № 1201

**НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ІГРОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ (ЛУДОМАНІЯ)**

2024

ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання нового клінічного протоколу медичної допомоги	6
Скорочення	8
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ	9
<i>Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011) National guidelines for screening, assessment and treatment in problem gambling. Melbourne, Australia: Monash University.....</i>	11
Передмова.....	11
Категорії рекомендацій	12
Частина 1	18
Огляд.....	18
Що це за документ і яке його призначення?.....	18
Фон	18
Азартні ігри (на прикладі Австралії)	18
Поширеність азартних ігор	21
Люди з проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами.....	25
Стать і азартні ігри	27
Люди похилого віку	28
Корінні громади та азартні ігри	29
Культурно та лінгвістично різноманітні спільноти та азартні ігри	30
Цілі настанови	31
Сфера застосування настанови	31
Цільова аудиторія посібника.....	31
Фокус настанови.....	32
Обмеження настанови	32
Узагальнення та застосовність досліджень, розглянутих для підтримки настанови.....	32
Медична інформація	32
Відсутність доказів.....	33
Економічна ефективність	33
Частина 2	33
Скринінг і оцінка проблеми азартної гри	33

Концептуалізація скринінгу та оцінювання	33
Потенційні переваги скринінгу та оцінки.....	35
Клінічні питання, які використовуються для розробки рекомендацій щодо скринінгу та оцінки.....	36
Результати, які використовуються для розробки рекомендацій щодо скринінгу та оцінки	37
Основи на доказах рекомендації щодо скринінгу та оцінки	38
Проблеми перевірки в інструментах, які використовуються для перевірки та оцінки потенційних проблемних гравців	41
Хто повинен пройти скринінг і який тип скринінгу слід використовувати?.....	41
Азартні ігри за все життя та минулий рік.....	43
Що слід оцінити на додаток до заходів щодо азартних ігор для людей, які потенційно мають проблеми з азартними іграми?	44
Яка роль лікарів загальної практики у скринінгу та оцінці проблем з азартними іграми?	44
Короткий біосоціальний скринінг азартних ігор (BBGS)	45
Канадський перелік азартних ігор серед підлітків (CAGI)	45
Канадський індекс проблемних азартних ігор (CPGI) та індекс серйозності проблемних азартних ігор (PGSI).....	46
Діагностичний і статистичний посібник-IV - Адаптований для неповнолітніх (DSM-IV-J)/Діагностичний і статистичний посібник-IV - Множинна відповідь - Адаптований для неповнолітніх (DSM-IV-MR-J).....	48
Тест здоров'я раннього втручання в азартні ігри (EIGHT тест).....	49
Двадцять запитань анонімних гравців (GA20)	49
Анкета брехня-ставка	49
Массачусетський азартний скринінг (MAGS).....	49
Національний центр дослідження громадської думки DSM Screen for Gambling Problems (NODS) .	50
NODS-CLiP	50
Вимірювання проблемної та патологічної пристрасті до азартних ігор (PPGM)	51
Скринінг азартних ігор South Oaks (SOGS).....	51
Скринінг азартних ігор South Oaks - переглянуто для підлітків (SOGS-RA)	52
Скринінг азартних ігор Сіднейського університету Лавала (SLUGS).....	52
Вікторіанський азартний скринінг (VGS).....	52
Інструмент перевірки одного елемента	53
Коментар щодо доступних інструментів скринінгу та оцінювання.....	53
Як оцінити, які інструменти слід рекомендувати?	54

Доступність австралійських порівняльних даних через використання у відповідних зразках дослідження.....	54
Стислість	54
Висока чутливість і специфічність	55
Психометричні властивості.....	55
Рекомендації щодо скринінгу та оцінки проблемної азартної залежності	58
2.1 Рекомендації на основі консенсусу.....	58
2.2 Практичні моменти.....	59
Частина 3	60
Лікування.....	60
Азартні ігри	60
Психологічні втручання для проблеми азартних ігор.....	66
3.1 Когнітивно-поведінкова терапія (СВТ).....	66
3.2 Інші психологічні втручання.....	72
3.3 Добровільне самовиключення.....	74
3.4 Залучення практикуючого лікаря до психологічного втручання	76
3.5 Тривалість психологічного втручання	81
3.6 Групове психологічне втручання	82
3.7. Налаштування психологічного втручання	84
3.8. Цілі психологічного втручання	86
3.9. Антидепресанти.....	87
3.10 Опіодні антагоністи	89
3.11 Стабілізатори настрою/протисудомні засоби	91
3.12. Інші фармакологічні втручання.....	91
3.13. Фармакологічні та психологічні втручання	92
3.14. Комбіновані психологічні та фармакологічні втручання	93
3.15 Проблеми з азартними іграми та супутні психіатричні симптоми.....	94
3.16 Жінки та азартні ігри	96
3.17 Чоловіки та азартні ігри.....	96
3.18 Молодь та азартні ігри.....	97
3.19. Люди похилого віку та азартні ігри.....	97

3.20. Модальність азартних ігор	98
Частина 4	99
Поширення та оцінка.....	99
Запропонована стратегія поширення та впровадження.....	99
Оцінка виконання настанови	105
Глосарій.....	107
Література.....	109

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання нового клінічного протоколу медичної допомоги

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Пустовойт Михайло Михайлович	завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Топорецька Зоряна Миколаївна	юрист Проектного офісу з відновлення системи охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, доктор юридичних наук, доцент (за згодою);
Пріб Гліб Анатолійович	проректор з наукової роботи Академії праці, соціальних відносин і туризму, доктор медичних наук, професор (за згодою);
Чабан Олег Созонтович	професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор;
Абдяхімова Ціра Борисівна	професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, доцент;
Гриневич Євгенія Геннадіївна	професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор;
Олійник Оксана Петрівна	заступник генерального директора з наукової роботи та освітньої діяльності державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
Суховій Олексій Олексійович	помічник медичного директора державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальник Відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Скорочення

MI	Мотиваційне інтерв'ю
НКПМД	новий клінічний протокол медичної допомоги
ТЦА	трициклічні антидепресанти
АСТ	терапія прийняття та зобов'язань
АРА	Американська психіатрична асоціація
AUDADIS-IV	інтерв'ю IV щодо розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та пов'язаними з ним порушеннями
BBGS	Brief Bio-Social Gambling Screen - біосоціальний скринінг азартних ігор
CAGI	Canadian Adolescent Gambling Inventory Канадський перелік азартних ігор серед підлітків
CBT	когнітивно-поведінкова терапія
CCSA	Канадський центр з питань зловживання психоактивними речовинами
CPGI	Canadian Problem Gambling Index Канадський індекс проблемної азартної гри
СТ	когнітивна терапія
DBT	діалектична поведінкова терапія
DIGS	Diagnostic Interview for Gambling Severity
DSM-IV-MR-J	Diagnostic and Statistical Manual-IV-Multiple Response-Adapted for Juveniles - первинна дихотомічна система класифікації
EGM	електронний ігровий автомат
GAMTOMS	Система моніторингу результатів лікування азартних ігор
GPSS	Gambling Problem Severity Subscale
MET	мотиваційна терапія
MBCT	когнітивна терапія на основі уважності
NATSISS	Національне соціальне дослідження аборигенів і мешканців островів Торресової протоки
NESARC	Національне епідеміологічне дослідження щодо алкоголю та пов'язаних із ним станів
PGSI	Problem Gambling Severity Index Індекс тяжкості азартних ігор
PG-YBOCS	шкала обсесивно-компульсивного стану Єля-Брауна для патологічної схильності до азартних ігор
SOGS	South Oaks Gambling Screen
SCIP	Structured Clinical Interview for Pathological Gambling
SSRI	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
TGA	Адміністрація терапевтичних товарів
VGS	Victorian Gambling Screen
PPGM	Problem and Pathological Gambling Measure
RET	Раціональна емоційна терапія
REBT	раціональна емоційно-поведінкова терапія
RCT	рандомізоване контрольоване дослідження

ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ

Даний новий клінічний протокол медичної допомоги (далі – НКПМД) відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313 (зі змінами) – це клінічна настанова, обрана Міністерством охорони здоров'я України для її застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури її адаптації; визначає процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджується Міністерством охорони здоров'я України як текст нового клінічного протоколу.

Даний НКПМД створено на основі клінічної настанови **Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011) National guidelines for screening, assessment and treatment in problem gambling. Melbourne, Australia: Monash University**, що була обрана як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з ігровою залежністю (лудоманією), і ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, психотерапії, фармакотерапії та організаційних принципів її надання. Дотримання положень нового клінічного протоколу не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, його не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі.

Новий клінічний протокол медичної допомоги «Ігрова залежність (лудоманія)» має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, психотерапевтичних методів, лікарських засобів та організаційних ресурсів медичної допомоги. Це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, призначений для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу.

Термінологія у цій клінічній настанові відповідає термінології, що вживається в Законі України «Про державне регулювання діяльності щодо організації та проведення азартних ігор», а саме:

- ігрова залежність (лудоманія);
- виражена ігрова залежність (лудоманія);
- патологічна та проблемна гральна залежність;

В НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем в охороні здоров'я» (затвердженому наказом Міністерства економіки України від

04.08.2021 р. № 360-21) вживається термінологія, що відрізняється від вищезазначеного Закону:

F63 Розлади звичок та спонукань

- *F63.0 Патологічна пристрасть до азартних ігор*

Z63 Інші проблеми, пов'язані з найближчим оточенням, включаючи сімейні обставини

- *Z63.7 Стресові життєві події, що впливають на родину та її членів*

- *Z63.72 Залежність від азартних ігор у родині*

Також слід зазначити, що деякі рекомендовані лікарські засоби станом на 01.05.2024 р., а саме: налмефен, нефазодон, налорфін, левалорфан, ципродим, налтріндол, норбіналтофімін в Україні не зареєстровані. Додатково слід зазначити, що на момент опрацювання даного НКПМД в Україні налтрексон зареєстрований як субстанція для виробництва фармацевтичних препаратів.

Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011) National guidelines for screening, assessment and treatment in problem gambling. Melbourne, Australia: Monash University

Передмова

Керівництво підсумовує дослідження та поточний стан знань щодо азартних ігор, а також містить серію науково обґрунтованих рекомендацій щодо скринінгу, оцінки та методів лікування осіб із ігровою залежністю (лудоманією).

Розробка цієї настанови є схваленою діяльністю Міжнародного центру азартних ігор, зібрання провідних світових вчених у галузі ігрової залежності (лудоманії), а також юрисдикцій, у яких вони працюють, із представниками США, Канади, Європейського Союзу, Великобританії та скандинавських країн, Азії, Австралії та Нової Зеландії.

Це керівництво було розроблено у відповідь на зростаючу дослідницьку базу ігрової залежності (лудоманії) і потребу в тому, щоб служби, які займаються ігровою залежністю, практикуючи спеціалісти та розробники політик мали науково обґрунтовані рекомендації щодо розробки та надання лікування людям із ігровою залежністю.

Слід зазначити, що для цілей цієї настанови термін «problem gambling» використовується для позначення повного континууму шкоди, пов'язаної з грою, що відповідає стандартній практиці в австралійському контексті. Термін «pathological gambling» використовується лише в контексті класифікації DSM у цій настанові. Визнається, що в деяких інших юрисдикціях термін «pathological gambling» використовується для позначення людей з діагностованою або такою, що може бути діагностованою, ігровою залежністю (лудоманією), а термін «problem gambling» іноді використовується для позначення людей, у яких є ризик розвитку прихильності до азартних ігор, тобто субклінічний стан. Оскільки ця інструкція стосується юрисдикції Австралії, в ній було використано термін «problem gambling». Використання цієї термінології не змінює можливості узагальнення цих рекомендацій для інших юрисдикцій щодо перевірки, оцінки та лікування людей із «проблемною» або «патологічною» схильністю до азартних ігор (ігровою залежністю (лудоманією)).

Хоча ми визнаємо, що профілактика ігрової залежності є важливою метою, ця інструкція зосереджена безпосередньо на скринінгу та лікуванні людей, схильних до азартних ігор. Таким чином, цей документ зосереджений на роботі з людьми, які перебувають на вторинному та третьому рівні континууму в розвитку проблем із азартними іграми. Ця інструкція не містить порад щодо запобігання ігровій залежності (лудоманії). Профілактика ігрової залежності передбачає абсолютно іншу доказову базу досліджень і підходи, відмінні від тих, що включені в поточну настанову.

Ми також визнаємо, що азартні ігри можуть мати значний вплив на родину, друзів і суспільство проблемного гравця. Однак, надання допомоги іншим особам, на яких впливають особи з ігровою залежністю (лудоманією), виходить за межі цієї настанови.

Рекомендації були засновані на найкращих наявних доказах. Стосовно лікувальних аспектів роботи були проведені два пов'язані Кокрейнівські систематичні огляди психологічних і фармакологічних методів лікування ігрової залежності (лудоманії). Опубліковано протоколи оглядів (1, 2), а також фактичні огляди.

Категорії рекомендацій

У цьому керівництві використовуються три категорії рекомендацій, як зазначено в таблиці 1.

1. Рекомендації, засновані на доказах, яким було присвоєно оцінку (див. таблицю 1) на основі сили доказів, узгодженості доказів у дослідженнях, ймовірного клінічного впливу та ступеня, до якого докази можна узагальнити та застосувати до австралійського контексту. Рекомендації, що ґрунтуються на доказах, надавалися лише за наявності достатніх доказів (див. таблицю 2 для визначення того, що є достатніми та недостатніми доказами).

Повну інформацію про процес, який використовується для формулювання рекомендацій на основі доказів, можна знайти в Додатку А1. Процес, який використовується для присвоєння оцінок рекомендаціям, що ґрунтуються на фактичних даних, викладено в «Рівні доказів NHMRC та оцінки рекомендацій для розробників настанов» (5). У відповідних випадках ці рекомендації супроводжуються практичними рекомендаціями.

2. Рекомендації, засновані на консенсусі – За відсутності достатніх доказів і, де це доречно, рекомендації, засновані на консенсусі, були сформульовані на основі клінічної думки та досвіду.

3. Практичні рекомендації – Практичні рекомендації можуть стояти окремо або супроводжувати рекомендації, засновані на доказах чи консенсусі. Вони були сформульовані, щоб надати відповідні практичні поради та інформацію.

Таблиця 1. Категорії рекомендацій

Категорія рекомендації		Опис
Засновані на доказах	A	Сукупності доказів можна довіряти, щоб керувати практикою
	B	Сукупності доказів можна довіряти, щоб керувати практикою в більшості ситуацій
	C	Сукупність доказів надає певну підтримку рекомендаціям(ам), але їх слід застосовувати обережно
	D	Сукупність доказів слабка, тому рекомендації слід застосовувати з обережністю
Засновані на консенсусі	на	Рекомендація ґрунтується на думці експерта, оскільки наявних доказів недостатньо
Практичні рекомендації		Практичні поради та інформація на основі експертної думки

Таблиця 2. Визначення термінів, які використовуються при формулюванні рекомендацій на основі доказів

Жодних доказів	Жодних досліджень виявлено не було. Це не означає, що доказів не було, просто вони не відповідали критеріям включення
Недостатньо доказів	Лише одне дослідження відповідало критеріям включення, і воно не було достатньо якісним (і, отже, не було надійним доказом), щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів АБО Більш ніж одне дослідження відповідало критеріям включення, але дослідження не були порівнянними або результати були суперечливими, тому було недоцільно синтезувати для надання рекомендації на основі доказів
Достатні докази	Більш ніж одне дослідження відповідало критеріям включення, а результати були порівнянними, узгодженими та достатньо якісними, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів

Рекомендації щодо скринінгу та оцінки

Рекомендації щодо скринінгу та оцінки на основі доказів

Через брак доказів неможливо було надати жодних рекомендацій щодо перевірки чи оцінки людей, які можуть мати ігрову залежність (лудоманію).

Основані на консенсусі рекомендації щодо скринінгу та оцінки

Рекомендація 1 на основі консенсусу	Розділ 2.1
<p>Тих, у кого виявлено проблеми з азартними іграми за допомогою початкового огляду (тобто 1-3 пунктів), можна направити на подальшу оцінку та лікування відповідним чином підготовленими спеціалістами з ігрової залежності (лудоманії).</p> <p>Скринінг можна використовувати в закладах первинної медичної допомоги, куди клієнти групи ризику можуть звертатися за послугами. Вони можуть включати:</p> <p>Осіб, які звертаються з іншими проблемами у сфері психічного здоров'я Осіб, які походять з груп із відносно високим рівнем проблем із азартними іграми</p>	

Рекомендація 2 на основі консенсусу	Розділ 2.1
<p>Дорослих із високим ризиком проблем із психічним здоров'ям, у тому числі тих, хто звертається за лікуванням чи обстеженням із приводу проблем із психічним здоров'ям, можна перевірити та оцінити на наявність проблем із азартними іграми за допомогою валідизованого інструменту чи інструментів оцінки.</p> <p>Рекомендовані інструменти:</p> <p>Короткі (1–3 пункти) Brief Bio-Social Gambling Screen (BBGS)* Lie-Bet Questionnaire* NODS-CLiP* Середні (4–12 пунктів) Problem Gambling Severity Index (PGSI) of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI) Довгі (>13 пунктів) South Oaks Gambling Screen (SOGS) Victorian Gambling Screen (VGS) Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM)*</p> <p>*Лише інформація про валідаційне дослідження</p>	

Рекомендація 3 на основі консенсусу	Розділ 2.1
<p>Підлітки та діти з високим ризиком проблем із психічним здоров'ям, у тому числі ті, які звертаються за лікуванням або для обстеження з приводу проблем із психічним здоров'ям, можуть пройти обстеження та оцінити наявність проблем із азартними іграми за допомогою валідизованого інструменту чи інструментів оцінки. Рекомендовані інструменти:</p> <p>Diagnostic and Statistical Manual-IV-Multiple Response-Adapted for Juveniles (DSM-IV-MR-J)</p> <p>Gambling Problem Severity Subscale (GPSS) of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)*</p> <p>*Лише інформація про валідизаційне дослідження</p>	

Практичні пункти для скринінгу та оцінювання

Практична рекомендація 1	Розділ 2.2
<p>Оригінальні та підтвержені версії та протоколи оцінки всіх інструментів можуть бути використані в епідеміологічних і клінічних умовах.</p>	

Практична рекомендація 2	Розділ 2.2
<p>Для повної оцінки може знадобитися структуроване клінічне інтерв'ю (наприклад, Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS), Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCIP)).</p>	

Практична рекомендація 3	Розділ 2.2
<p>Люди з високим ризиком проблем із азартними іграми, включно з тими, хто звертається за лікуванням або для оцінки проблем із залежністю від азартних ігор, можуть пройти скринінг на інші проблеми з психічним здоров'ям, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> Тривожні розлади Депресія* Розлади особистості Алкогольна залежність Наркотична залежність Інші розлади контролю імпульсів Насильство в сім'ї <p>Якщо наявна депресія, слід розглянути протоколи перевірки ризику суїциду</p>	

Рекомендації щодо лікування

Рекомендації щодо лікування, засновані на доказах

На відміну від рекомендацій щодо скринінгу та оцінки, практичні пункти супроводжують засновані на доказах рекомендації щодо лікування

Рекомендація 1, заснована на доказах	Розділ 3.1
Індивідуальну або групову когнітивно-поведінкову терапію слід використовувати, щоб зменшити схильність до азартних ігор, тяжкість ігрової залежності (лудоманії) і психологічний дистрес у людей, які мають проблеми з азартними іграми	В
Практичні рекомендації	
У разі призначення когнітивно-поведінкової терапії можна розглянути наступне: Практикуючі лікарі з відповідною кваліфікацією та підготовкою Виконання втручання, відповідно до настанов	
Рекомендація 2, заснована на доказах	Розділ 3.2
Мотиваційні інтерв'ю та мотиваційна терапія повинні використовуватися для зниження рівня поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і тяжкості азартних ігор у людей, які мають проблеми з азартними іграми.	В
Практичні рекомендації	
Фахівці з відповідною кваліфікацією та підготовкою Можна розглянути можливість проведення Motivational Enhancement Therapy відповідно до настанов	
Рекомендація 3, заснована на доказах	Розділ 3.4
Психологічні втручання, які проводить практикуючий лікар, повинні використовуватися для зменшення тяжкості пристрасті до азартних ігор та поведінки, пов'язаної з азартними іграми, у людей із проблемами, пов'язаними з азартними іграми	В
Практичні рекомендації	
Якщо фахівець повинен призначити психологічне втручання, можна розглянути наступне: Уподобання клієнтів Доступність послуг Наявність практикуючих фахівців з відповідною кваліфікацією Підготовкою виконання втручання, відповідно до настанов	
Рекомендація 4, заснована на доказах	Розділ 3.4
Психологічні втручання, які проводить практикуючий лікар, повинні використовуватися замість психологічних втручань для самопомоги, щоб зменшити тяжкість азартних ігор і ігрову поведінку в людей з проблемами азартних ігор.	В

Практичні рекомендації	
<p>Якщо фахівець повинен призначити психологічне втручання, можна розглянути наступне:</p> <p>Уподобання клієнтів</p> <p>Доступність послуг</p> <p>Наявність практикуючих фахівців з відповідною кваліфікацією</p> <p>Підготовкою виконання втручання, відповідно до настанов</p>	

Рекомендація 5, заснована на доказах	Розділ 3.6
Групове психологічне втручання може бути використане для зменшення ігрової поведінки та тяжкості ігрової залежності (лудоманії)	С

Практичні рекомендації	
<p>Якщо необхідно призначити групове психологічне втручання, можна розглянути наступне:</p> <p>Уподобання клієнтів</p> <p>Доступність послуг</p> <p>Практикуючі фахівці з відповідною кваліфікацією</p> <p>Підготовкою виконання втручання, відповідно до настанов</p>	

Рекомендація 6, заснована на доказах	Розділ 3.9
Антидепресанти не слід використовувати лише для зменшення тяжкості пристрасті до азартних ігор у людей із ігровою залежністю (лудоманією)	В

Практичні рекомендації	
<p>Через характер досліджуваних груп ця рекомендація стосується лише тих, хто має проблеми з азартними іграми, а не тих, хто може мати інші супутні захворювання, такі як депресія та тривога.</p> <p>Ця рекомендація переважно базується на доказах оцінки ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну.</p>	

Рекомендація 7, заснована на доказах	Розділ 3.10
Налтрексон може бути використаний для зменшення тяжкості ігрової залежності (лудоманії).	

Практичні рекомендації	
<p>У разі призначення налтрексону можна розглянути наступне:</p> <p>Налтрексон не має (на момент подання звіту) зареєстрованого показання щодо ігрової залежності (лудоманії), тому це показання не покриватиметься системою реімбурсації.</p> <p>Практикуючий лікар має мати відповідні навички та підготовку.</p> <p>Протипоказання мають бути ретельно вивчені перед призначенням</p>	

Засновані на консенсусі рекомендації щодо лікування

Рекомендації на основі консенсусу не були зроблені через відсутність достатніх доказів щодо питань лікування через побоювання, що їх впровадження може становити ризик для цільової групи.

Частина 1

Огляд

Що це за документ і яке його призначення?

Цей документ містить рекомендації щодо практики, пацієнтів і політичних рішень щодо скринінгу, оцінки та лікування проблеми з азартними іграми.

Короткий виклад рекомендацій наведено на початку цього документа. Докази дослідження та/або висновки експертів, що підкріплюють ці рекомендації, можна знайти в повному тексті та супровідних додатках.

Є три категорії рекомендацій:

- 1) на основі доказів;
- 2) на основі консенсусу; і
- 3) практичні рекомендації

Враховуючи нинішню недостатню розробленість дослідницької літератури у сфері азартних ігор, у цьому посібнику можна сформулювати лише кілька рекомендацій, що ґрунтуються на фактичних даних. Цей результат не був несподіваним, і передбачалося, що завдяки проведенню цього огляду стане можливим формальне визначення прогалин у знаннях для сприяння стратегічному просуванню галузі шляхом цілеспрямованих досліджень і розробок, а також скерування практиків щодо того, які докази були доступні, щоб повідомити про свою практику.

Після основного розділу про проблеми з азартними іграми та короткого викладу методів, використаних у цьому огляді (частина 1), докази, що стосуються цієї настанови, розділені на дві частини:

Частина 2 стосується скринінгу і оцінки людей, які можуть мати проблеми з азартними іграми.

Частина 3 стосується лікування людей, які, як відомо, мають проблеми з азартними іграми.

Комплексний процес, використаний для перегляду та оцінки доказів для цієї настанови, коротко викладено в цьому документі, а додаткові відомості надані в супровідних Додатках. Інформація про те, як ця настанова буде оцінюватися та впроваджуватися, також надається в кінці настанови.

Фон

Азартні ігри (на прикладі Австралії)

За останні 25 років в Австралії спостерігається стрімке зростання легалізації азартних ігор у своїх штатах і територіях. У 1990-х роках відбулося найшвидше зростання доступу до азартних ігор за допомогою ігрових автоматів, нещодавно представлених у Вікторії, Північній території, Квінсленді, Південній Австралії та Тасманії після появи казино в Квінсленді, Південній Австралії та Західній

Австралії у 1980-х роках. Таке швидке зростання доступу до азартних ігор призвело до відповідного швидкого зростання витрат на азартні ігри в усіх юрисдикціях. Зараз більшість штатів і територій ліцензують широкий спектр азартних ігор.

Австралійська індустрія азартних ігор була піддана двом великим оглядам Співдружності Австралійською комісією продуктивності в 1999 та 2010 роках (6, 7).

Таблиця 3, відтворена зі звіту Австралійської комісії з продуктивності за 2010 рік (7), показує дані, зібрані Комісією щодо витрат на азартні ігри в штатах і територіях Австралії у 2008/09 рр.

Таблиця 3. Витрати на азартні ігри в Австралії 2008/9

Держава	Витрати \$(млн)	Витрати як частка доходу домашніх господарств %	Середні витрати на дорослого \$	Середні витрати на дорослого, що грає в азартні ігри \$
Новий Південний Уельс	7150	3.5	1319	1911 рік
Вікторія	5110	3.3	1229	1684 рік
Квінсленд	3344	2.8	1016	1355
Південна Австралія	1136	2.6	921	1316
Західна Австралія	1129	1.8	672	NA
Тасманія	429	3.4	1124	1322
Північна територія	500	7.5	3129	4287
Австралійська столична територія	243	2.0	901	1234
Австралія	19042	3.1	1147	1500

В Австралії в 2008/2009 роках на азартні ігри було витрачено 19,042 мільярда доларів. Ця сума становить 3,1 відсотка витрат домогосподарства, в середньому 1147 доларів на рік для всіх дорослих і в середньому 1500 доларів на рік для всіх дорослих, які грають у азартні ігри.

Комісія з продуктивності оцінила загальні витрати Австралії на азартні ігри в 7,125 мільярдів доларів у 1988/89, 10,357 мільярдів у 1993/94, 16,992 мільярдів у 1998/99, 18,831 мільярдів у 2003/4. У 1990-х роках спостерігалось найсильніше зростання витрат на азартні ігри: за п'ятирічний період ці витрати зросли на 64 відсотки. Значне зростання витрат на азартні ігри в 1990-х роках супроводжувалося посиленням регулювання галузі з боку штату та урядів Співдружності. Ініціативи щодо регулювання передусім стосувалися питання мінімізації шкоди австралійській громаді в результаті більшого визнання потенційної шкоди проблемним гравцям, їхнім родинам і громаді в цілому. Було

встановлено обмеження на кількість електронних ігрових автоматів (EGM) і запроваджено такі ініціативи, як програми самовиключення для проблемних гравців. Було також запроваджено значні просвітницькі кампанії та обмеження на маркетинг азартних ігор.

Зараз у більшості юрисдикцій проводиться національний тиждень інформування про відповідальне ставлення до азартних ігор. Незважаючи на це, уряди штатів і територій є основними бенефіціарами податкових надходжень від азартних ігор, за оцінками, загальний річний дохід від азартних ігор у 2009/10 рр. становив 5,2 мільярда доларів США.

Відомо, що розподіл витрат на азартні ігри серед тих, хто грає, дуже спотворений. Проблемні азартні гравці та ризиковані гравці роблять непропорційно великі витрати на азартні ігри в Австралії. Використовуючи оцінку Комісії з питань продуктивності в 0,69 відсотка проблемних гравців серед дорослих австралійців, Комісія оцінила, що проблемні гравці складають 41 відсоток загальних витрат Австралії на азартні ігри. Використовуючи показник групи «помірного» ризику в 1,67 відсотка дорослих австралійців, було оцінено, що на цю групу припадає 19 відсотків загальних витрат Австралії на азартні ігри.

Концептуалізація та визначення проблемної та патологічної азартних ігор.

Для опису проблемних азартних ігор використовувався ряд термінів, у тому числі: компульсивний, патологічний, невпорядкований, рівень 2 і 3, невротичний, схильний до ризику, проблемний, надмірний, залежний (8-13). Багато з цих термінів узгоджуються з їх концептуальним походженням (залежності, поведінкові, когнітивні, психодинамічні тощо), хоча всі вони намагаються певним чином розрізнити поведінку, яка представляє контрольовану, соціальну чи рекреаційну гру, та поведінку, яка створює значні проблеми для гравця та інші (10).

Термін «патологічна схильність до азартних ігор», незалежно від конкретної концептуальної моделі, що лежить в основі цього терміну, пов'язаний із дихотомічними системами класифікації, такими як Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, 4-е видання (DSM-IV) (8), який визначає, чи має людина стан патологічної схильності до азартних ігор шляхом порівняння їхньої оцінки в інвентарі зі стандартною граничною оцінкою.

Термін «проблемна азартна гра» використовувався в літературі двома основними способами. Один із способів використання – це опис поведінки, яка класифікується як «субклінічна». Більш широке та нещодавнє використання полягало в тому, щоб запропонувати термін «проблемна азартна гра» як позначення більш серйозного стану проблемної азартної гри, заснованої на безперервній шкоді, пов'язаній з азартними іграми, від неproblemних азартних ігор через ризиковані азартні ігри до проблемних азартних ігор (14). Незважаючи на критику щодо того, що фактична здатність вимірювання може відрізнятися від концептуального наміру стосовно ключового показника проблемної азартної гри, Канадського індексу проблемної азартної гри (CPGI) (15), цей термін був прийнятий як стандартне визначення проблемної азартної гри в Австралії (16).

Проблемні азартні ігри характеризуються труднощами в обмеженні грошей та/або часу, витраченого на азартні ігри, що призводить до несприятливих наслідків для гравця, інших людей або суспільства.

Хоча термін «проблемна азартна гра» використовувався для визначення континуального підходу, заснованого на оцінці шкоди, для визначення рівнів тяжкості, були й інші спроби ідентифікувати ієрархію проблемних гравців за допомогою первинної дихотомічної системи класифікації (DSM-IV). Вони включають підхід «Рівні» (11, 13), який складається з наступних рівнів: Рівень 0 (ніколи не грали в азартні ігри); Рівень 1 (соціальний або рекреаційний); Рівень 2 (ставка в міру спричинення певних проблем і називається ризикованою, перехідною, проблемною); Рівень 3 (значні проблеми, такі, що відповідають критеріям DSM-IV). Вони також включають ієрархічну структуру, розроблену Тосе Gerstein et al. на основі тяжкості симптомів з використанням критеріїв DSM-IV (17).

Будь ласка, запиши: Для цілей цієї настанови термін «проблемна азартна гра» використовується для позначення повного континууму шкоди, пов'язаної з азартними іграми, що відповідає стандартній практиці в контексті Австралії. Термін «патологічна схильність до азартних ігор» використовується лише в контексті класифікації DSM у цій настанові. Визнається, що в деяких інших юрисдикціях термін «патологічна пристрасть до азартних ігор» використовується для позначення людей з діагностованим розладом пристрасті до азартних ігор і що термін «проблемна пристрасть до азартних ігор» іноді відноситься до людей, які мають ризик розвитку проблемної пристрасті до азартних ігор, тобто, субклінічний стан. Оскільки ця інструкція стосується юрисдикції Австралії, було використано термін «проблемна азартна гра». Використання цієї термінології не змінює можливості узагальнення цих рекомендацій для інших юрисдикцій щодо перевірки, оцінки та лікування людей із проблемною або «патологічною» схильністю до азартних ігор.

Поширеність азартних ігор

Азартна гра — це ставка у вигляді грошей або чогось цінного на результат невизначеної події, яка може включати елементи навичок і випадковості. У міжнародному масштабі від 70 до 85 відсотків дорослих повідомляють, що брали участь у тій чи іншій формі азартної діяльності протягом попередніх 12 місяців (18, 19). В Австралії останні опитування азартних ігор в масштабах штату показують, що від 69 до 75 відсотків дорослих брали участь у тій чи іншій формі азартних ігор протягом останніх 12 місяців (див. таблицю 4).

Поширеність проблемної поведінки, пов'язаної з азартними іграми, широко вивчалася на рівні провінцій або штатів, а також на національному рівні в США, Великобританії, Канаді, Китаї, Скандинавії та Південній Європі, Південній Африці та Австралії, починаючи з середини 1970-х років і до сьогодні. (12, 13, 20-23). Спостережувані дванадцятимісячні показники поширеності проблемної та патологічної схильності до азартних ігор варіюються в різних країнах від низького від 0,15 до 0,2 відсотка в Норвегії (24, 25) до високого 5,3 відсотка дорослого населення в Гонконзі (26). Британське дослідження поширеності

азартних ігор у 2010 році показало, що 0,9 відсотка дорослого населення мали проблеми з азартними іграми протягом попередніх 12 місяців (19). В Австралії Комісія з продуктивності виявила, що поширеність азартних ігор становить приблизно 2,1 відсотка громади (6). У провінціях Канади ставки коливаються в межах 0,4% (27) і 1,4% (28, 29). В Австралії останні опитування азартних ігроків в масштабах штату свідчать про те, що від 1,4 до 3,1 відсотка дорослих повідомляють про азартні ігри з проблемами або помірним ризиком за допомогою Індексу тяжкості азартних ігор (PGSI) (див. таблицю 4).

Таблиця 4. Деякі останні показники поширеності в штаті Австралії

Держава	12 місяців участь	Виміряти	Поширеність проблема азартних ігор	Поширеність помірний ризик азартні ігри
Квінсленд 2008-09 (30)	75%	PGSI (змінений категорії відповідей)	0,37% (0,2, 0,5)	1911
Вікторія 2008 (31)	73,07%	PGSI (змінений категорії відповідей)	0,70% (0,55, 0,90)	1684
Південна Австралія 2005 (32)	69,5%	PGSI (змінений категорії відповідей)	0,40% (0,3, 0,5)	1355
Північна територія 2005 (33)	73,0%	PGSI SOG S	PGSI: 0,64% (0,40, 0,88) SOGS5+: 1,06% (0,73, 1,43) SOGS10+: 0,23% (0,07, 0,37)	1316
NSW 2006 (34)	69%	PGSI (змінений категорії відповідей)	0,8% (Ді не повідомляється)	NA
АКТ 2009 (35)	69,8%	PGSI	0,5% (Ді не повідомляється)	1322
Тасманія 2007 (36)	71,7%	PGSI	0,54% (0,31, 0,77)	4287

Варіації спостережуваних показників поширеності можуть бути пов'язані зі справжньою мінливістю в юрисдикціях, пов'язаною з такими факторами, як різні рівні можливостей азартних ігор; ефективність профілактичних та освітніх ініціатив; і зрілість ринків азартних ігор і наслідки новизни та розміщення. Варіації також можуть бути штучними через відмінності в протоколах вимірювання, включаючи використання різних приладів; чи вимірюється поширеність протягом життя чи 12 місяців; чи застосовуються заходи до всієї

дорослої спільноти чи лише до постійних гравців; чи використовуються особисті чи телефонні інтерв'ю; та модифікація протоколів підрахунку очок.

Хоча існують періодичні дослідження в ряді юрисдикцій, які дають інформацію про показники поширеності протягом тривалого часу, поздовжні дослідження, які слідують за однією когортою, є рідкісними. Семирічне подальше дослідження Abbott ілюструє корисність когортних досліджень, демонструючи, що в той час як загальна поширеність проблемної схильності до азартних ігор є досить стабільною, з плином часу спостерігаються суттєві зміни в статусі проблемної схильності до азартних ігор (37).

Модальності азартних ігор

До азартних ігор належать ігри, результат яких визначається здебільшого випадково, наприклад, в електронному ігровому автоматі (EGM), а також гра в лотерею та ставки на результат майбутньої події, як-от скачки чи спортивні ставки. Традиційно азартні ігри поділяють на безперервні та непостійні. Безперервні форми – це ті, у яких час між ставкою та усвідомленням результату короткий, що дозволяє отримати миттєве задоволення (наприклад, EGM, бінго, скачки, ставки в казино та скретч-картки). Найпоширенішою формою непостійних азартних ігор є лотереї, однак зростаюча доступність швидкої лотереї стирає відмінність між безперервними та непостійними формами азартних ігор.

Існує загальна думка, що електронні ігри є найбільш «залежною» формою азартних ігор, оскільки вони більше сприяють спричиненню проблем із азартними іграми, ніж будь-яка інша форма азартних ігор (38). Комісія з питань продуктивності відзначила, що під час гри в ігрові автомати (на будь-якій частоті) у 7–17 разів вищий ризик азартних ігор (як вимірюється за допомогою граничного показника PGSI 8+), ніж у лотереї, і що проблемні гравці мають у середньому 41 відсоток витрат на EGM у всіх австралійських юрисдикціях (7). У багатьох юрисдикціях EGM є однією з найпопулярніших азартних ігор (6), хоча в деяких австралійських штатах участь у EGM зменшується (39, 40). Існує також все більше доказів, які свідчать про те, що EGM пов'язані зі швидким початком азартних ігор порівняно з іншими формами (38).

Світовий ринок ігрових автоматів включає в себе ряд різних типів EGM з точки зору технології, виграшів, ставок виплат і діапазону ставок (6, 38). Ці автомати можна класифікувати як автомати для відпочинку, автомати для розваг з призами та ігрові автомати високої інтенсивності (6, 38). У той час як автомати для відпочинку та автомати для розваг мають низьку максимальну витрату за гру та повільну швидкість гри, ігрові автомати з високою інтенсивністю характеризуються високими максимальними витратами за гру та швидкістю гри. Ці автомати включають ігрові автомати, відеопокерні автомати, відеолотерейні термінали та «покерні автомати» (38).

Використовуючи психологічні принципи навчання, ситуаційні та структурні характеристики EGM сприяють розвитку та підтримці проблемної ігрової поведінки (6, 38, 43, 44). Ситуаційні характеристики - це насамперед

зовнішні по відношенню до ігрової діяльності особливості середовища. Ситуаційні характеристики, як правило, пов'язані з EGM, включають наявність і доступність з точки зору розташування, насиченості, типу місця, годин роботи та вимог до членства; використання реклами; заохочення споживачів; ступінь, до якого вони пов'язані з іншими інтересами та об'єктами; створення сюрреалістичного середовища, яке характеризується відсутністю годинників і вікон; наявність засобів видачі готівки; і наявність алкоголю. У контрасті, структурні характеристики – це ті, що притаманні ігровій діяльності. Структурні характеристики EGM включають високу швидкість гри та інтервали виплат, потенціал мультиплікатора з точки зору багатокредитних і багатолінійних машин, діапазон номіналів машин, кілька монетоприймачів і банкнот, зараховані виграші, підсилення графіків виплат і розширені аудіовізуальні ефекти.

Проблемні гравці, класифіковані на основі їх номінованих переваг щодо азартних ігор, відрізняються за різними параметрами, такими як демографічні характеристики, ігрова поведінка, серйозність проблем із азартними іграми, мотивація до азартних ігор, біохімія, наслідки проблемної ігрової поведінки, особистісні характеристики, супутні діагнози та психіатричні труднощі, психіатричне лікування історії, вживання психоактивних речовин, історії лікування вживання психоактивних речовин, історії дитинства та сімейне походження (45–48). Було стверджено, що гравці на EGM починають грати, щоб уникнути життєвих проблем, а високий рівень збудження, пов'язаний зі стресом, переосмислюється як збудження в ігровому середовищі (49).

Питання азартних ігор для різних субпопуляцій

Скринінг, оцінка та лікування проблемних азартних ігор ускладнюються значною неоднорідністю клінічних проявів проблемних гравців. З'являються докази того, що схильність до азартних ігор є гетерогенним розладом, у зв'язку з чим існує значна різноманітність клінічних проявів проблемних гравців (50). Проблемні гравці відрізняються за типом та інтенсивністю ігрової поведінки, супутніми психічними захворюваннями, сімейним анамнезом, віком початку, статтю, віком, статусом корінного населення та культурною ідентичністю (50). Ця гетерогенність не є дивною, враховуючи, що розлад описується переважно поведінковими, а не психологічними симптомами. Визнання клінічно проблемних субпопуляцій азартних ігор (наприклад, (10, 50)) може в кінцевому підсумку мати наслідки для більш уточнених протоколів скринінгу та оцінки та індивідуальних підходів до втручання. Така процедура підбору може сприяти максимізації відповіді на лікування, підвищенню задоволеності клієнтів, зменшенню відтоку та зниженню витрат на лікування (51).

Хоча клінічні запитання та критерії включення/виключення, розроблені для цієї настанови, гарантували, що всі відповідні докази будуть отримані щодо різних субпопуляцій (щодо супутніх психіатричних симптомів, статі, віку, соціально-економічного статусу, етнічного та культурного походження), відсутність наявних доказів означає, що остаточні рекомендації слід застосовувати з обережністю щодо цих конкретних груп. Будь-ласка, зверніть увагу, що це обмеження доказової бази було визнано та враховано при

формулюванні та оцінці рекомендацій. Незважаючи на брак якісних доказів, конкретні проблеми азартних ігор, що стосуються цих груп, все ж обговорюються нижче.

Привертаючи увагу до конкретних груп населення, ми не маємо на увазі, що всі жінки, культурні меншини та підлітки, наприклад, уразливі до підвищених ризиків азартних ігор, а те, що за наявності низки інших факторів ризику існують особлива вразливість, пов'язана з цими групами населення (52).

Люди з проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами

Неоднорідність клінічних проявів проблемних гравців пояснюється, частково, високою коморбідністю з іншими психіатричними розладами. Існує велика кількість досліджень, які вивчають зв'язок між азартними іграми та супутніми захворюваннями. Дані кількох великих популяційних досліджень із використанням високоякісних стандартизованих інструментів вимірювання та надійних методологій показали, що азартні ігри пов'язані з депресією та розладами настрою, тривожними розладами, проблемами вживання алкоголю, проблемами вживання психоактивних речовин та розладами особистості (22, 53, 54). Наприклад, під час опитування 43 093 респондентів у Північній Америці Петрі, Стінсон і Грант (54) виявили, що азартні гравці з більшою ймовірністю повідомляють про важкий депресивний розлад протягом життя, ніж люди, які не мають проблем (37%, коефіцієнт шансів = 3,0), тривожний розлад (41%, непарне співвідношення = 3,4), розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю (73%, непарне співвідношення = 6,3), вживання наркотиків (38%, непевне відношення = 5,4), залежність від нікотину (60%, відношення шансів = 7,2) і розлад особистості (61%, відношення шансів = 9,1). Систематичний огляд і мета-аналіз поширеності поширених супутніх розладів у репрезентативних вибірках населення проблемних і патологічних гравців (55) показали, що найвища середня поширеність була для нікотинової залежності (60,1%), за якою слідує розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин (57,5%), будь-який тип розладу настрою (37,9%) і будь-який тип тривожного розладу (37,5%) (див. таблицю 5). Висновки цього огляду виявили помірну неоднорідність між одинадцятьма включеними дослідженнями, що свідчить про те, що ці зважені середні значення слід інтерпретувати з обережністю.

Існує загальний консенсус щодо того, що розуміння функціонального зв'язку між азартними іграми та будь-яким супутнім захворюванням має вирішальне значення для ефективного лікування, оскільки наявність супутнього розладу може вплинути на вибір лікування та вплинути на ефективність лікування, навіть якщо в однієї людини є кілька розладів (56, 57). Також зростає кількість доказів того, що азартні гравці з супутніми психічними захворюваннями мають більш серйозні проблеми, ніж азартні гравці без супутніх захворювань (58, 59). Однак, наявності супутніх психічних розладів та їх наслідкам для скринінгу, оцінки та лікування проблеми азартних ігор приділено мало уваги.

Таблиця 5. Поширеність коморбідних розладів психічного здоров'я при проблемній та патологічній схильності до азартних ігор

Вивчення	Вживання алкоголю розлад	Велика депресія	Біполярний розлад/маніакальні епізоди	Вживання ПАР а	Наркотична залежність	Нікотинова залежність	Тривожний розлад б	Генералізований тривожний розлад	Розлад настрою с	Антисоціальний розлад особистості
Афіфіта <i>ін.</i> 2010 (60)			4,0% ^д		1,6% ^д					
Бондольфіта <i>ін.</i> 2000 (61)	36,0%									
Бондольфіта <i>ін.</i> 2008 (62)	13,5%									
Каннігемта <i>ін.</i> 1998 (63)	44,5%	8,8%	3,1%		39,9%	76,3%		7,7%		35,0%
Фігельманта <i>ін.</i> 1998 (64)				26,0%						
Герштайнта <i>ін.</i> 1999 (65)	9,9%	29,1% ^д	32,5%							
Кесслерта <i>ін.</i> 2008 (53)		38,6%	17,0%	76,3%		63,0%	60,3% ^ф	16,6%	55,6%	
Маршалл і Вінн, 2004 (66)	15,0%	24,0% ^г								
Паркта <i>ін.</i> 2010 (67)	30,2% ^а	11,6%	0,0%	69,8%		34,9%	14,0%		11,6%	
Петріта <i>ін.</i> 2005 (54)	73,2%	37,0%	22,8%		38,1%	60,4%	41,3%	11,5%	49,7%	23,3%
Велтета <i>ін.</i> 2001 (68)	18,0%									
Підсумковий ефект (%)	28.1	23.1	9.8	57.5	17.2	60.1	37.4	11.1	37.9	28.8
я ₂ (%)	48.9	46.9	47.7	49.1	49.2	46.9	47.2	29.8	47.1	45.3

Примітка: а: Включає зловживання/залежність від алкоголю та/або зловживання/залежність від наркотиків та/або нікотинову залежність, б: включає панічний розлад (з агорафобією та без неї), фобію (соціальну та специфічну) та генералізований тривожний розлад, с: включає велику депресію розлад, дистимія та біполярний розлад/маніакальні епізоди, d: відноситься лише до жінок, e: відноситься до депресивного епізоду, f: також включає посттравматичний стресовий розлад, g: автори рекомендують використовувати з обережністю, h: відноситься до алкогольної залежності

Стать і азартні ігри

Історично склалося так, що домінуючим поглядом на азартні ігри було переважно чоловіче заняття. Хоча запровадження EGM у багатьох юрисдикціях суттєво змінило цю культуру, де домінують чоловіки, чоловіча стать залишається суттєвим фактором ризику для розвитку частих азартних ігор та проблем із азартними іграми (69, 70). Більше того, дослідження показують, що успадкованість азартних ігор сильніша для нащадків чоловічої статі (71). Нещодавні міжнародні дослідження епідеміологічної поширеності загалом показали, що чоловіки все ще складають приблизно від двох третин до трьох чвертей патологічних гравців (6). Каліфорнійське дослідження поширеності азартних ігор показало, що рівень поширеності патологічної пристрасті до азартних ігор у чоловіків становить 2,3 відсотка, а серед чоловіків – 3,1 відсотка, і набагато нижчий 0. Рівень поширеності патологічної схильності до азартних ігор упродовж життя становить 7 відсотків, а серед жінок – 1,3 відсотка проблемної схильності до азартних ігор (18). Нещодавні дослідження азартних ігор в Австралії показують, що жінки становлять від 24 до 45 відсотків гравців із помірним ризиком і від 27 до 53 відсотків від проблемних гравців (32, 34, 36, 72, 73).

Чоловіки, як правило, беруть участь у ширшому діапазоні азартних ігор, ніж жінки, віддаючи перевагу «іграм на спритність», таким як перегони та ігри в казино. Стереотипно стверджується, що чоловіків приваблює ця діяльність, оскільки вони частіше грають в азартні ігри з таких причин, як хвилювання, соціальні та фінансові причини; у той час як жінки можуть віддавати перевагу «азартним іграм», таким як лотерея, бінго та позачергові зустрічі, тому що вони частіше грають, щоб уникнути негативних емоцій, життєвих проблем, травм і насильства. Саме на цій підставі чоловіків традиційно називають азартними гравцями, а жінок — гравцями, які грають у втечу. Докази свідчать про те, що стать впливає на значення азартних ігор і мотивацію до азартних ігор.

Існують певні докази того, що, незважаючи на те, що чоловіки та жінки мають однакову ймовірність виникнення проблем міжособистісного спілкування та використання дозвілля, чоловіки частіше зазнають фінансових втрат та юридичних проблем у зв'язку з проблемами азартних ігор (75). Незважаючи на те, що стать унікально впливає на моделі азартних ігор, важливо зазначити, що профілі гравців, засновані на демографічних, економічних і пов'язаних зі здоров'ям факторах, можуть бути важливішими для розуміння цих моделей (76, 77). Чоловіки, які мають проблеми з азартними іграми, також повідомляють про подібні або вищі показники зловживання алкоголем/токсикоманіями, залежності та розлади особистості, але порівняні або нижчі показники розладів настрою та тривоги, ніж їхні колеги-жінки (75). Можуть також існувати гендерні відмінності в ступені психіатричної симптоматики на різних рівнях тяжкості проблеми з азартними іграми (75).

Вік і азартні ігри

Молодь

У більшості юрисдикцій запроваджено вікові обмеження, які забороняють дітям і підліткам брати участь у регульованих державою азартних іграх. Однак широкомасштабні дослідження поширеності, проведені в багатьох юрисдикціях, виявили високі показники поширеності незаконної участі в азартних іграх серед підлітків (78). Мета-аналітичні дослідження участі підлітків в азартних іграх показали, що рівень азартних ігор серед підлітків протягом останнього року коливався від 52 до 89 відсотків із середнім показником 73 відсотки (79).

Незважаючи на високу варіабельність показників поширеності проблем з азартними іграми серед підлітків (80), існує консенсус щодо того, що підлітки становлять групу населення з високим ризиком проблем із азартними іграми порівняно з дорослими (81). Рівень поширеності патологічної схильності до азартних ігор серед підлітків зазвичай коливається від 4 до 8 відсотків, що приблизно в два-чотири рази перевищує показники поширеності, як правило, серед дорослого населення (наприклад, (80)). Більше того, ще 10-15 відсотків підлітків описані як «групи ризику», «проблемні» або «потенційно проблемні» гравці (80, 81). У багатьох опитуваннях азартних ігор, що проводяться в штаті Австралії, особи, віднесені до наймолодшої вікової групи (наприклад, від 18 до 24 років), повідомляють про найвищий рівень азартних ігор (рівень від 0,29 до 2,28%) (32, 34, 36).

Проблеми з азартними іграми у молоді пов'язували з такими факторами особистості, як імпульсивність (82), збудливість (83), розгальмування (83), прагнення до інтенсивності (82) і схильність до ризику (84). Існують також вагомні докази того, що проблемна ігрова поведінка серед підлітків, особливо чоловіків, здається частиною низки інших антисоціальних, ризикованих і правопорушних форм поведінки (82-86). Ці види поведінки включають вживання алкоголю або психоактивних речовин, фізичне насильство, вандалізм, крадіжки в магазинах, протизаконні дії, прогули, низьку академічну успішність, проблеми в школі, проблеми з поліцією, проблеми з поведінкою та низький зв'язок між школою.

Ще один важливий висновок полягає в тому, що підлітки з проблемами, пов'язаними з азартними іграми, особливо жінки, повідомляють про вищий рівень низки проблем психічного здоров'я, таких як тривога, депресія, суїцидальні думки та спроби (83-85), а також некорисні стилі подолання, такі як емоції; стилі подолання, засновані на уникненні та орієнтовані на відволікання (82, 84). Кілька досліджень також виявили, що схильність до азартних ігор серед молоді пов'язана з сімейними факторами, такими як прихильність до батьків, контроль з боку батьків, ризикована поведінка братів і сестер, погане сприйняття сімейної соціальної підтримки, сімейні проблеми та низький зв'язок із сім'єю (84).

Люди похилого віку

Азартні ігри є поширеною соціальною діяльністю серед людей похилого віку, тенденція, яка, здається, поширюється на багато культур (87, 88).

Австралійське опитування показало, що більшість людей похилого віку (86%) певною мірою брали участь в азартних іграх протягом попередніх 12 місяців, показник подібний до загального суспільства (87% у 1996 році) (89). Використовуючи PGSI CPGI, інше австралійське дослідження показало, що рівень схильності до азартних ігор серед літніх людей становив 0,18 відсотка, а рівень азартних ігор із помірним ризиком серед людей похилого віку становив 0,53 відсотка, порівняно з 0,55 відсотками та 1,97 відсотками для населення в цілому (90). Дослідження поширеності азартних ігор у Каліфорнії виявило, що рівень схильності до азартних ігор серед людей похилого віку становив 2,0 відсотка, а рівень патологічної схильності до азартних ігор становив 0,5 відсотка (18). Однак поточні інструменти оцінки азартних ігор можуть мати сумнівну достовірність при використанні з людьми похилого віку. Крім того, люди похилого віку часто або недостатньо представлені в дослідженнях поширеності, або висновки, пов'язані з ними, об'єднуються з рештою дорослого населення (91). Таким чином, теперішнє розуміння людей похилого віку та проблемної ігрової поведінки може бути дещо поверхневим.

Деякі гравці похилого віку просто колишні гравці середнього віку, які постаріли, тоді як інших слід розглядати як гравців із «пізнім захопленням». Люди похилого віку, які виростили в середовищі, де азартні ігри були частиною сім'ї чи культурної традиції, можуть знову залучитися до цієї діяльності або збільшити свою участь у цій діяльності в пізньому віці, коли вони відчують потребу відновити зв'язок зі своїм сімейним/культурним корінням (наприклад, зміна місця проживання наприкінці життя) або коли є бажання зберегти певні особливі спогади (87, 92).

Корінні громади та азартні ігри

Ранні антропологічні дослідження азартних ігор у корінних громадах Австралії були зосереджені на сімейних і громадських нерегульованих азартних іграх, зокрема карткових іграх, і відзначили перерозподільну функцію цих ігор, коли виграші найчастіше залишалися в громаді та перероблялися в наступні ігри (93-95). Більш пізні аналізи та огляди (96, 97), однак, описують дедалі більший зсув корінних громад до участі в регульованих або комерційних азартних іграх, зокрема гра EGM і ставки поза межами траси. З цими змінами виграш стає індивідуалізованим, хоча втрати також відчуються на сімейному та громадському рівнях (96, 98-100).

Дослідження баз даних, таких як Національне соціальне дослідження аборигенів і мешканців островів Торресової протоки (NATSISS), показує, що рівень азартних ігор серед корінного населення значно вищий, ніж у загальній громаді.

Дослідження азартних ігор в Австралії показало, що аборигени або жителі островів Торресової протоки, які народилися в Австралії, повідомляють про вищий рівень азартних ігор (1,2%), ніж жителі Австралії, які не є аборигенами, або жителі островів Торресової протоки (0,4%) (32). Ці показники зростають зі ступенем віддаленості місця проживання та пов'язані з багатосімейними домогосподарствами або перенаселеністю, нижчим рівнем індивідуального

здоров'я та впливом вищих рівнів зловживання наркотиками та алкоголем (101, 102). Хоча було припущено, що рівень азартних ігор у корінних жителів може бути в двадцять разів вищим, ніж серед населення в цілому (103),

Хоча здається, що корінне населення з проблемами азартних ігор часто неохоче звертається за допомогою через стигматизацію, сором і відсутність консультантів з корінного населення в більшості служб (97, 98, 105), вважається, що там, де є консультанти, вони повинні бути здатними до боротьби з травмою, високим рівнем супутніх захворювань, таких як проблеми з алкоголем і психічним здоров'ям, горем і втратою; проведення конференцій та інші втручання в сім'ю чи родину, а також фінансове консультування високого рівня та навчання фінансовій грамотності; а також розвиток спроможності та стійкості громади (98, 106).

Оскільки рівень втручання та цілеспрямованість повинні визначатися шляхом точного вимірювання поширеності та гостроти проблеми (106), важливо відзначити, що детальне вивчення ефективності існуючих екранів азартних ігор (CPGI та South Oaks Gambling Screen (SOGS)) у Північній території розкриває диференціальні закономірності асоціації предметів із гравцями чоловічої та жіночої статі та диференціальну асоціацію з рядом демографічних змінних, таких як віддаленість (107). Вважається, що вони певною мірою є артефактами культурної конструкції предметів, тому було рекомендовано розробити спеціальний інструмент перевірки для використання в громадах корінних народів (97, 98, 107). Однак ця диференційована модель щодо статі та віддаленості характерна не лише для корінних громад.

Культурно та лінгвістично різноманітні спільноти та азартні ігри

Є досить обмежені дані емпіричних досліджень щодо ролі культури в азартних іграх (108, 109). Робота, яка доступно свідчить про те, що можуть існувати важливі культурні відмінності, зокрема пов'язані з нижчим рівнем участі, але вищим рівнем проблемної азартної гри.

Blaszczyński, Huynh, Dumlao і Farrell (110), у дослідженні китайськомовної спільноти в Австралії, виявили, що рівень участі в азартних іграх становить 40 відсотків. Більше того, китайська версія SOGS дала загальну оцінку поширеності патологічної схильності до азартних ігор у 2,9 відсотка (4,3% для чоловіків; 1,6% для жінок) порівняно з приблизно одним відсотком для загальної спільноти.

Подібним чином дослідження азартної поведінки в чотирьох культурних групах (арабська, китайська, грецька та в'єтнамська) за допомогою інтерв'ю рідною мовою та SOGS показало набагато вищі показники проблемної азартної гри в неангломовних групах, ніж у загальній австралійській спільноті. Однак відсоток респондентів, які брали участь у грі в покер на автоматах за межами казино, наприклад, був набагато нижчим, ніж серед загальної спільноти (3,1–13,7% порівняно з 28,8%) (111).

Дослідження Лая (87) щодо азартних ігор серед літніх китайців у Канаді виявило, що лише 26,6 відсотка з них повідомили, що вони грають в азартні ігри, і що, будучи чоловіком, проживши в Канаді довше, маючи вищий рівень соціальної підтримки, маючи більше бар'єрів у сфері обслуговування, і наявність

більш сильного рівня китайської етнічної ідентичності значно збільшила ймовірність для літніх китайців брати участь в азартних іграх.

У Сполучених Штатах Петрі, Арментано, Куоч, Норінт і Сміт дослідили участь у азартних іграх і проблеми серед біженців із Південно-Східної Азії (112) показали, що поширеність патологічного захоплення азартними іграми протягом життя становила 59 відсотків без істотних відмінностей між етнічними групами. Встановлено, що чоловіча стать, розлучення чи розлука, а також молодший вік є значними провісниками проблем із азартними іграми. Дуонг і Оцука (113) і Ау і Ю (114) стверджували, що азартні ігри можна розуміти в контексті проблем адаптації до міграції, таких як безробіття, неповна зайнятість і загрози самоповазі, а також первинної та вторинної травми, пов'язаної з досвідом біженства.

Таким чином, виявлено, що супутні психіатричні симптоми, стать, вік і культурне походження впливають на участь в азартних іграх, а також на рівень проблемної азартної гри. Проте доказова база недостатня.

Далі йде обговорення настанови та процесу розробки настанови.

Цілі настанови

Метою цієї настанови є надання інформації щодо практики та політичних рішень щодо: (1) перевірки та оцінки людей, які можуть мати проблеми з азартними іграми; і (2) лікування людей з проблемами азартних ігор. Рекомендації були сформульовані шляхом визначення, оцінки та узагальнення найкращих доступних доказів.

Сфера застосування настанови

Ця інструкція була розроблена, щоб надати інформацію та допомогти спеціалістам із охорони здоров'я і соціального забезпечення в лікуванні людей, які мають проблеми з азартними іграми, або з ризиком пристрасті до азартних ігор.

Ця інструкція призначена для визначення:

чи веде скринінг або оцінка проблем, пов'язаних із азартними іграми, до вищих показників взаємодії з послугами;

чи веде скринінг або оцінка на наявність проблем із азартними іграми до кращих результатів;

найкращий скринінг або метод оцінки для використання в різних умовах для різних груп населення;

найкращі фармакологічні та психологічні методи лікування для людей з проблемами азартних ігор; і

найкращі фармакологічні та психологічні методи лікування для різних субпопуляцій людей із проблемами азартних ігор (щодо супутніх психіатричних симптомів, статі, віку, форми схильності до азартних ігор).

Конкретні клінічні питання можна знайти у відповідних розділах доказів цього звіту.

Цільова аудиторія посібника

Було розроблено для використання фахівцями в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, які допомагають людям із проблемами, пов'язаними з

азартними іграми, або з ризиком їх розвитку, включаючи лікарів загальної практики, психіатричних лікарів та консультантів. Ця настанова також може бути корисною для дослідників і політиків у сфері азартних ігор.

Фокус настанови

Індивідуальні клінічні питання, що стосуються скринінгу та оцінки (Частина 2) включає людей різного віку з проблемами азартних ігор і різних умов (первинна медична допомога, загальне населення, університет/коледж, первинна медична допомога).

Індивідуальні клінічні питання, що стосуються лікування (Частина 3) охоплює людей різного віку з проблемами азартних ігор.

Ці люди могли бути оцінені за допомогою діагностичних інструментів як такі, що мають проблеми з азартними іграми, або вони самі звернулися до консультантів, соціальних чи медичних працівників. Окремі клінічні запитання стосуються різних груп населення відповідно до віку, статі, супутньої патології та типу азартних ігор.

Обмеження настанови

Узагальнення та застосовність досліджень, розглянутих для підтримки настанови

Багато досліджень, розглянутих на підтримку цієї настанови, проводилися в різних країнах із дуже різними механізмами фінансування та надання послуг. Таким чином, хоча втручання можуть бути кодифікованими та порівнянними, контексти, в яких вони здійснюються, є змінними. Вплив цих варіацій у системах доставки на результати дослідження невідомий.

Друга проблема, яка потенційно впливає на узагальнення та застосовність результатів дослідження, полягає в тому, чи зверталися учасники за допомогою до їх найму. Люди, які звертаються за допомогою у зв'язку зі своєю схильністю до азартних ігор, відрізняються від тих, хто цього не робить, і ці відмінності, у свою чергу, можуть призвести до різної реакції на лікування (119). Залежно від суворості та інтенсивності методології відбору можливо, що в різних дослідженнях будуть залучатися люди з різною схильністю шукати лікування в природних умовах. Це може вплинути на узагальнення результатів дослідження.

Медична інформація

Фармакологічні втручання, описані в цьому посібнику, слід застосовувати з обережністю та з уважним урахуванням індивідуальних потреб пацієнта. Конкретна інформація щодо дозування препарату, побічних ефектів, способу та способу застосування, протипоказань доступна в документації до кожного препарату. Цю документацію слід ретельно вивчати та дотримуватися. В Австралії використання терапевтичних препаратів суворо регулюється Адміністрацією терапевтичних товарів (TGA). Поки що австралійським TGA не було схвалено жодних препаратів для лікування азартних ігор у формі зареєстрованих показань або схваленого використання для лікування азартних ігор; однак це не виключає використання ліків за незареєстрованими показаннями або призначення «не за призначенням».

Відсутність доказів

На цьому етапі недостатньо доказів для багатьох потенційно ефективних інструментів скринінгу та оцінки та лікувальних методів. Відсутність доказів для інструменту вимірювання чи втручання не означає, що він є неефективним або низької якості. Все, що це свідчить про те, що немає достатніх доказів, щоб визначити на поточному рівні знань про те, ефективний він чи ні. Подальші докази дійсно можуть свідчити про те, що інструмент або втручання є ефективними. Таким чином, лише докази, які існували на момент цього перегляду, можуть бути розглянуті.

Економічна ефективність

Незважаючи на те, що деякі важливі питання щодо виконання рекомендацій були розглянуті (наприклад, потенційні зміни в звичайному догляді або організації догляду, наслідки щодо ресурсів, перешкоди для впровадження), було неможливо провести детальний аналіз витрат. Крім того, жодне з включених досліджень лікування не включало оцінки економічної ефективності.

Частина 2

Скринінг і оцінка проблеми азартної гри

Цей розділ розпочнеться з довідкової інформації про концептуалізацію та цілі скринінгу та оцінювання. Після представлення переліку клінічних питань, які керувалися оглядом доказів у цій галузі, надається огляд результатів. Незважаючи на брак доказів для надання будь-яких науково-обґрунтованих рекомендацій щодо питань, деякі ключові міркування для практиків і рекомендації зроблені для подальших досліджень. Це підтверджується оглядом основних інструментів вимірювання.

Концептуалізація скринінгу та оцінювання

У подальшому обговоренні були використані такі визначення:

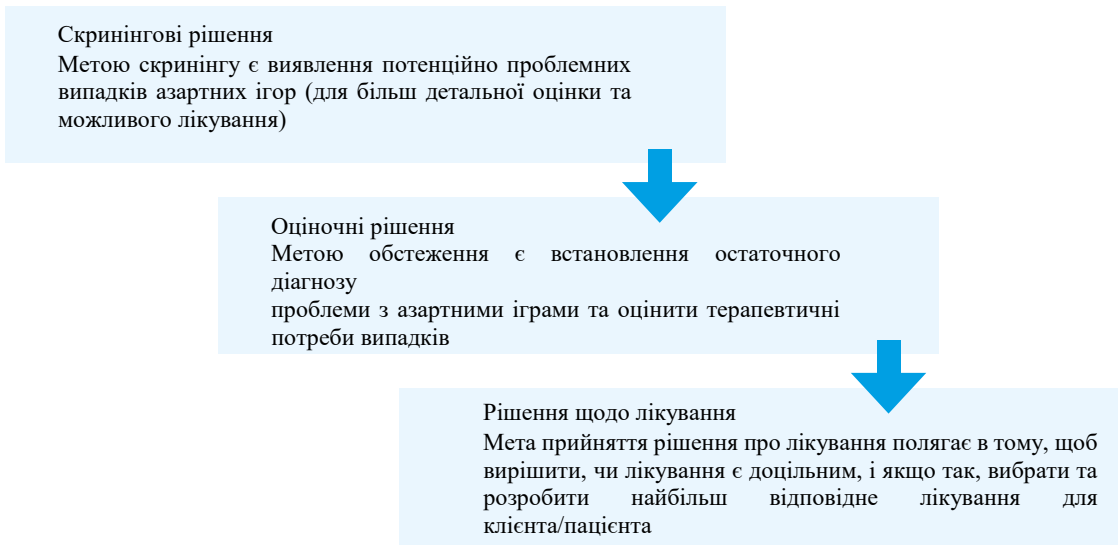
Метою скринінгу є виявлення потенційних випадків (для більш детальної оцінки)

Метою оцінки є встановлення остаточного діагнозу та оцінка терапевтичних потреб пацієнтів

У сфері азартних ігор багато інструментів перевірки та оцінки неправильно позначені, а в програмній документації зазвичай плутають призначення різних типів інструментів.

На малюнку 1 узагальнено зв'язок між скринінгом, оцінкою та рішеннями щодо лікування. Це відображає звичайну послідовність рішень, тобто. скринінг, потім оцінка, а потім рішення про лікування. Ця структура була використана при формулюванні настанови.

Малюнок 1. Скринінг, оцінка та рішення щодо лікування



Потенційні переваги скринінгу та оцінки

У процесі прийняття діагностичних рішень на основі скринінгу та оцінки є чотири можливі результати:

Особа, яка представляє:

Справді має проблеми з азартними іграми, і це правильно виявлено (справді позитивно)

Справді не має проблем з азартними іграми, і це правильно виявлено (дійсно негативно)

Справді є проблеми з азартними іграми, але це пропущено (помилково негативний)

Насправді у нього немає проблем із азартними іграми, але вони неправильно діагностовані як такі (помилково позитивні)

Ці чотири можливі результати показані на малюнку 2.

Малюнок 2. Результати діагностичного рішення



Більшість методів скринінгу для проблемних азартних ігроків передбачає прийняття діагностичних рішень на основі системи оцінки. Наприклад, згідно з рецептами DSM для діагностики проблеми з азартними іграми, діагностика вимагає, щоб особа, яка проходить скринінг, отримала позитивні оцінки щодо п'яти чи більше з перелічених симптомів. Подібно до SOGS, оцінка п'ять або більше в системі оцінки SOGS забезпечує класифікацію «Ймовірного патологічного гравця». У PGSI оцінка 8 або більше в системі оцінки PGSI забезпечує категорію «Проблемний гравець». В інструментах прийняття рішень на основі балів можна регулювати відносні показники промахів і помилкових тривог, регулюючи граничний бал. Більш суворе обмеження призведе до зменшення кількості помилкових тривог і збільшення кількості промахів.

Менш суворе обмеження призведе до зменшення промахів, але до більшої кількості помилкових тривог.

Коригування граничних балів частково залежить від відносних наслідків (витрати та вигоди) промахів і помилкових тривог. У проблемній залежності від азартних ігор наслідком промаху є те, що людина з проблемною схильністю до азартних ігор, швидше за все, не отримає ефективного лікування. Це, у свою чергу, може призвести до подальших втрат і закріплення стану, тривалих затримок або повної відсутності подальшого лікування та можливого серйозного самоушкодження та шкоди іншим. Наслідком помилкової тривоги є те, що людина, яка справді не має проблем із азартними іграми, може отримати потенційно дорого марну оцінку та/або лікування.

У ситуації дефіциту терапевтичних послуг вони можуть отримати лікування, а людина, яка цього дійсно потребує - ні. Людина, якій поставили неправильний діагноз, також може відчувати страждання внаслідок свого занепокоєння щодо помилкового діагнозу.

Відносні витрати та переваги помилкових тривог і промахів є предметом судження без належного дослідження витрат. З точки зору клініциста, вищий рівень хибних тривог порівняно з пропусками може бути більш сприятливим, оскільки витрати на відсутність людини, якій було б корисно лікування, можуть розглядатися як дуже високі.

Клінічні питання, які використовуються для розробки рекомендацій щодо скринінгу та оцінки

Були поставлені такі клінічні питання:

1а. Чи перевірка проблем, пов'язаних із азартними іграми, у дорослих призводить до вищих показників взаємодії з послугами порівняно з відсутністю скринінгу?

1б. Чи призводить оцінка проблем із азартними іграми у дорослих до вищих показників взаємодії з послугами порівняно з відсутністю оцінки?

2а. Чи перевірка проблем, пов'язаних із азартними іграми, у дітей та підлітків призводить до вищих показників залученості до послуг порівняно з відсутністю скринінгу?

2б. Чи призводить оцінка проблем, пов'язаних із азартними іграми у дітей та підлітків, до вищих показників залученості до послуг порівняно з відсутністю оцінки?

3а. Чи дає скринінг проблем із азартними іграми у дорослих до кращих результатів, ніж відсутність скринінгу?

3б. Чи веде оцінка проблем ігор у дорослих до кращих результатів, ніж відсутність оцінки?

4а. Чи дає скринінг на проблеми з азартними іграми у дітей і підлітків до кращих результатів, ніж відсутність скринінгу?

4б. Чи дає оцінка проблем, пов'язаних із азартними іграми у дітей і підлітків, кращі результати, ніж відсутність оцінки?

5а. Чи існують чутливі та спеціальні інструменти скринінгу для виявлення дорослих із проблемами азартних ігор у різних умовах (первинна медична допомога, загальне населення, університет/коледж, первинна психіатрична допомога, інші умови)?

5б. Чи існують чутливі та спеціальні інструменти оцінювання для виявлення дорослих із проблемами азартних ігор у різних умовах (первинна медична допомога, загальне населення, університет/коледж, первинна психіатрична допомога, інші умови)?

6а. Чи існують чутливі та спеціальні інструменти скринінгу для виявлення дітей та підлітків із проблемами азартних ігор у різних умовах (первинна медична допомога/школа, первинна психіатрична допомога, інші умови)?

6б. Чи існують чутливі та спеціальні інструменти оцінювання для виявлення дітей та підлітків із проблемами азартних ігор у різних середовищах (первинна медична допомога/школа, первинна психіатрична допомога, інші умови)?

Будь ласка, зверніть увагу, що ці запитання стосуються виключно питань, пов'язаних з вимірюванням діагнозу проблемної азартної залежності (тобто тяжкості азартних ігор). Існують, звичайно, численні інструменти, які вимірюють інші поняття, такі як переконання щодо азартних ігор, мотивація, участь і самоєфективність, але вони не розглядаються, оскільки виходять за межі мети цієї настанови. Інструменти вимірювання результатів, такі як Система моніторингу результатів лікування азартних ігор (GAMTOMS) і шкала obsесивно-компульсивного стану Єля-Брауна для патологічної схильності до азартних ігор (PG-YBOCS), не оцінювалися в цій настанові, оскільки вони також виходять за рамки настанови.

Результати, які використовуються для розробки рекомендацій щодо скринінгу та оцінки

Результати змінювалися залежно від поставленого клінічного питання.

Для запитань 1а–2b можливі результати включали залучення до послуг, таких як оцінка, направлення та/або використання послуг. Для запитань 3а–4b можливі результати включали:

Гральна поведінка – будь-яка міра витрат, частоти чи тривалості.

Серйозність азартних ігор – будь-який стандартизований і підтверджений показник серйозності азартних ігор.

Психологічний дистрес – будь-яка стандартизована та перевірена міра психологічного дистресу, наприклад, депресія, розлад настрою, негативний афект або симптоми тривоги.

Вживання алкоголю та психоактивних речовин - будь-який стандартизований і підтверджений показник вживання алкоголю та психоактивних речовин (вживання, зловживання, залежність)

Якість життя – будь-який стандартизований і підтверджений показник якості життя.

Для запитань 5a–6b можливі результати включали дані чутливості, специфічності та площі під операторною кривою приймача (AUC).

Основані на доказах рекомендації щодо скринінгу та оцінки

Через брак доказів, коли немає доказових рекомендацій, можна зробити скринінг або оцінку людей, які можуть мати проблеми з азартними іграми.

Лише чотири дослідження (120–123) відповідали критеріям включення для скринінгу та оцінки; усі вони були пов'язані з питанням про те, чи існують чутливі чи спеціальні інструменти перевірки для виявлення дорослих із проблемами азартних ігор (Запитання 5a). Під час виявлення доказів дослідження для вирішення цього клінічного питання критерії DSM-IV, які застосовував навчений лікар (на відміну від інших самостійних вимірювань проблеми азартних ігор), були прийняті як золотий стандартний інструмент, за яким слід оцінювати інші інструменти. Ці чотири дослідження оцінювали різні інструменти вимірювання, тому доказів було визнано недостатньо, щоб рекомендувати використання будь-якого конкретного інструменту. Додаткову інформацію про включені (A2.2) і виключені дослідження (A2.4) див. у супровідних Додатках.

Обговорення, що залишилося, містить певний контекст і додаткову інформацію щодо клінічних питань. На завершення пропонуються деякі консенсусні рекомендації, практичні моменти та рекомендації для подальших досліджень.

Важливі передумови, які слід враховувати під час скринінгу та оцінки

Інструменти вимірювання, які використовуються для скринінгу, оцінки та діагностики проблемної та патологічної схильності до азартних ігор

DSM-IV, спонсорований Американською психіатричною асоціацією (APA) (8), визначає патологічну схильність до азартних ігор за допомогою діагностичних критеріїв, як показано на малюнку 3.

Малюнок 3. Критерії DSM-IV для патологічної схильності до азартних ігор

А. Постійна та повторювана дезадаптивна ігрова поведінка, що вказує п'ять (або більше) з наступного:

1. заклопотаний азартними іграми (наприклад, заклопотаний повторним переживанням минулого досвіду азартних ігор, перешкодою чи плануванням наступного підприємства або роздумом про те, як отримати гроші для гри в азартні ігри)
2. потрібно грати в азартні ігри зі зростаючими сумами грошей, щоб досягти бажаного азарту
3. неодноразово безуспішно намагався контролювати, скоротити або припинити азартні ігри
4. неспокійний або дратівливий, коли намагається скоротити або припинити грати в азартні ігри
5. азартні ігри як спосіб втечі від проблем або полегшення дисфоричного настрою (наприклад, почуття безпорадності, провини, тривоги, депресії)
6. після програшу в азартних іграх часто повертається на інший день, щоб поквитатися («гонитись» за своїми програшами)
7. брехня членам родини, терапевту чи іншим особам, щоб приховати ступінь причетності до азартних ігор
8. вчинив незаконні дії, такі як підробка документів, крадіжка через шахрайство або розкрадання з метою фінансування азартних ігор
9. поставив під загрозу або втратив важливі стосунки, роботу, освіту чи кар'єру через азартні ігри
10. покладається на інших, щоб надати гроші для полегшення безвихідної фінансової ситуації, спричиненої азартними іграми

У DSM-V, який буде опубліковано APA у травні 2013 року, наразі пропонується змінити класифікацію цього діагнозу з розладів контролю імпульсів, не класифікованих в іншому місці на розлади, пов'язані з речовинами, які будуть перейменовані на залежність і пов'язані з цим розлади. Критерій «вчинив протиправні дії» буде виключено, а умові буде присвоєно примітку «неорганізована азартна гра».

Важливо розуміти, що критерії DSM є клінічними діагностичними критеріями, а не інструментом вимірювання як таким. Застосування критеріїв DSM навченим клініцистом призводить до прийняття діагностичного рішення щодо того, чи має людина, якій поставили діагноз, захворювання чи ні. Хоча відокремлення діагностичних критеріїв від діагностичних інструментів широко розуміється в клінічних науках, здається, що існує певна плутанина в області проблемних азартних ігор щодо статусу критеріїв DSM. Це підтверджується маркуванням критеріїв у визначенні як «предметів», ніби критерії є компонентами шкали вимірювання. Подібним чином деякі інструменти, які використовуються для скринінгу або оцінки проблем з азартними іграми, описуються як інструменти діагностики. Це посилює плутанину дискусій у деяких проблематичних азартних іграх.

Взаємозв'язки між процесом скринінгу, процесом оцінки та процесом діагностичного рішення показані на малюнку 4.

Група людей, які можуть мати цільовий стан		
Процес перевірки, щоб визначити, чи може особа мати підвищений ризик маючи умову	Діагностичний процес прийняття рішення клініцистом, щоб визначити, чи є людина має цільовий стан	Процес оцінки для визначення гостроти стану та його симптомів, супутні умови та потреби в лікуванні

Малюнок 4. Зв'язок між скринінгом, діагностикою та оцінкою

Як правило, ці процеси проводяться послідовно, коли пул людей, які можуть мати цільовий стан, формально чи неофіційно перевіряються, потім піддаються процесу діагностичного рішення та оцінюються потреби в лікуванні. Процес діагностичного рішення може проводитися одночасно з процесом оцінювання.

Ходжінс та Стінчфілд (124) у своєму огляді оцінки розладів, пов'язаних із грою, розрізняють інструменти оцінки, що використовуються для «діагностики», та «інструменти оцінки для концептуалізації випадку та планування лікування». У їхній класифікації існує високий ступінь збігу між вимірювальними приладами, які вони розглядають під кожним заголовком. Це незвичайна і певною мірою унікальна особливість проблемної сфери азартних ігор. Існує значний ступінь плутанини щодо належного використання інструментів вимірювання для скринінгу, прийняття діагностичних рішень та/або оцінки потреб у лікуванні та гостроти. Як зазначено в огляді Годгінса та Стінчфілда, ті самі інструменти часто використовуються як взаємозамінні для різних цілей.

Проблеми перевірки в інструментах, які використовуються для перевірки та оцінки потенційних проблемних гравців

Золотим стандартом для визначення того, чи є у людини патологічна схильність до азартних ігор, є критерії DSM-IV, затверджені APA. Вимога щодо використання підготовлених клініцистів критеріїв DSM-IV у валідаційних дослідженнях є дорогим варіантом, який використовується нечасто. Це означає, що більшість скринінгових та оціночних досліджень не використовують золотий стандарт, а намагаються провести одночасну валідацію з іншими інструментами, що не належать до золотого стандарту, що погіршує якість літератури. Існує багато одночасних досліджень валідації, де кілька інструментів застосовувалися для тих самих учасників дослідження, а результати одного інструменту порівнювалися з іншими. Хоча ці дослідження є корисними та інформативними, вони не використовують критерій золотого стандарту для встановлення валідності критеріїв для досліджуваних інструментів. Таким чином, демонстрація того, що один інструмент корелює з іншим, корисна, лише якщо один із інструментів є критерієм золотого стандарту. Висока взаємна кореляція з іншим потенційно сумнівним інструментом неприйнятна.

Існують додаткові проблеми, пов'язані зі зразками, які використовуються для перевірки інструментів, які часто базуються на популяціях, які шукають лікування. Це проблематично, оскільки більшість азартних гравців насправді ніколи не звертаються за лікуванням свого захворювання. Недавнє дослідження (125) на основі двох національних досліджень поширеності в США повідомили, що лише 7-12 відсотків патологічних азартних гравців коли-небудь зверталися за офіційним лікуванням або відвідували збори Анонімних гравців (GA) протягом життя свого захворювання. Більше того, ті, хто звертається за лікуванням, як правило, мають набагато сильніші симптоми азартних ігор і частіше мають супутні захворювання. Таким чином, ці результати свідчать про те, що схильні до азартних ігор люди, які шукають лікування, можуть мати систематичні та помітно відмінні характеристики від тих, хто не звертається за лікуванням. Таким чином, дослідження, засновані на цій групі, не повинні використовуватися для визначення характеристик ширшого населення, яке має проблеми з азартними іграми. У цих дослідженнях запропоновані показники супутніх захворювань для проблемних гравців засновані на дослідженнях упереджених вибірок, у яких потенційно від 93 відсотків до 88 відсотків проблемних гравців були виключені з досліджень. Це серйозна проблема упередженості, яка впливає на корисність досліджень, які використовували цей підхід.

Хто повинен пройти скринінг і який тип скринінгу слід використовувати?

Виявлення людей з азартними іграми є першим життєво важливим кроком у взаємодії з потенційними клієнтами в наданні терапевтичного втручання. Vonita, Beaglehole і Kjellström (126) обговорили різні типи скринінгових стратегій, які можуть бути використані для ідентифікації людей з проблемами азартних ігор. Найбільш поширеними стратегіями, які використовуються в

інших умовах, є популяційний скринінг, цілеспрямований скринінг і опортуністичний скринінг.

Скринінг населення включає скринінг усіх членів спільноти щодо цільового захворювання. Його перевага полягає в тому, що він потенційно може ідентифікувати всі випадки, але має головний недолік - високу вартість скринінгу. Хоча існують значні варіації в розрахункових рівнях поширеності людей, які мають проблеми з азартними іграми в громаді, більшість оцінок потрапляє в діапазон від 0,5 до 1,5 відсотка спільноти.

Основна поширеність азартних ігор у суспільстві є ключовим стратегічним фактором у розробці протоколів перевірки. У випадку проблем з азартними іграми, якщо було застосовано скринінг населення, це потенційно може виявити групу, для якої потенційно 99,5 відсотка перевірених не мають цільового захворювання. Таким чином, здається, що популяційний скринінг потенційно забезпечить низький результат, враховуючи поточні знання про поширеність захворювання. У довгостроковій перспективі це також може призвести до низької відповідності режиму скринінгу, оскільки це невигідно з точки зору результату.

Цілеспрямований скринінг включає скринінг груп, які, як відомо, мають підвищений ризик цільового захворювання. Систематичний огляд супутніх захворювань психічного здоров'я проблемної та патологічної схильності до азартних ігор показує, що рівень супутніх захворювань психічного здоров'я є дуже високим серед людей із цільовим станом (55). Таблиця 5 показує ці взаємозв'язки.

Враховуючи набагато більшу кількість азартних гравців серед людей з іншими проблемами психічного здоров'я, вбачається розумним, що цілеспрямований скринінг людей із високим ризиком проблем психічного здоров'я (і людей, які зараз отримують або шукають лікування з такими проблемами) заслуговує на увагу.

Опортуністичний скринінг виникає, коли групу людей, які звертаються з однією метою, потім перевіряють на іншу умову. Отже, якщо лікар загальної практики має пацієнта, який звертається з приводу депресії, але потім перевіряється на проблеми з азартними іграми, то це приклад опортуністичної перевірки. Опортуністичний скринінг недорогий, оскільки у вас уже є пацієнт, який звертається з іншою метою (наприклад, лікування депресії). Перевага опортуністичних скринінгів полягає в тому, що якщо люди не бажають звертатися за допомогою щодо захворювання (наприклад, проблеми з азартними іграми), але з більшою ймовірністю шукатимуть лікування іншого (наприклад, депресії), то опортуністичний скринінг цього лікування, що шукає підгрупи населення, є ефективним. спосіб пошуку іншої «прихованої» популяції. Ця ситуація стосується проблем з азартними іграми, де кількість звернень за допомогою з приводу проблем із азартними іграми дуже низька.

Однак нещодавній огляд (55) підкреслює високу частоту виникнення проблеми з азартними іграми разом із низкою різноманітних проблем психічного здоров'я. Отже, за цих обставин перевірка людей, які звертаються до

психіатричних служб, на наявність проблем із азартними іграми (і навпаки) є розумною. Це може виявити більше «прихованих» азартних гравців, які не шукають лікування.

Також може бути можлива можливість уточнення орієнтації скринінгу на проблемну схильність до азартних ігор. Відомо, що у проблемних азартних іграх молоді чоловіки з низьким соціально-економічним статусом (SES) представлені більше порівняно з іншими групами (18, 22). Слід зазначити, що такі групи також перевищують поширеність розладів психічного здоров'я в загальній спільноті. Таким чином, перевіряючи людей на наявність проблем із азартними іграми з високим ризиком проблем із психічним здоров'ям (що включає високу частку молодих чоловіків із низьким SES), можна було б також випадково провести скринінг цієї демографічної групи як само собою зрозуміле.

Азартні ігри за все життя та минулий рік

Під час обговорення поширеності проблемних азартних ігор іноді виникає нечіткість щодо того, що мається на увазі під «поширеністю» та описуваного типу поширеності. Згідно зі стандартною епідеміологічною термінологією (127), захворюваність на хвороби в популяції визначається як кількість нових випадків захворювання протягом визначеного інтервалу часу. Точкова поширеність - це кількість випадків захворювання в популяції в певний момент часу. Період поширеності - це кількість випадків захворювання за певний період часу. Поширеність протягом життя - це кількість випадків у популяції, які будуть мати цей стан протягом життя осіб, що входять до популяції. Ці визначення поширеності та пов'язані з ними значення в популяціях досить різні.

У контексті інструментів, призначених для вимірювання поширеності азартних ігор, використання термінології на кшталт «Чи коли-небудь ви здійснювали цільову поведінку» означає оцінку поширеності періоду протягом життя людини до сьогоднішнього дня. Використання такої термінології, як «Чи виконували ви протягом останніх шести місяців» цільову поведінку, намагається оцінити поширеність патології протягом шести місяців. Використання таких термінів, як «Ви зараз» або «Ви нещодавно» є оцінкою поширеності балів для конкретного моменту, коли ставиться запитання. Ці різні термінології можуть давати дуже різні результати поширеності. SOGS–M, де респондента опитують про цільову поведінку протягом 12-місячного періоду, має дати зовсім інші результати від стандартного SOGS, де задають запитання «Чи ви коли-небудь» за все життя.

Знання точкової поширеності або поширеності проблемних азартних ігор за 12-місячний період є дуже важливим для планування служби проблемних азартних ігор і для оцінки справжнього впливу проблемних азартних ігор на суспільство. Послуги проблемних азартних ігор, засновані на припущенні, що показники проблемних азартних ігор за все життя якимось чином представляють кількість людей, які наразі потребують послуг, можуть мати величезну надлишкову спроможність. Це пов'язано з тим, що показники поширеності

протягом життя загалом є або можуть бути значно вищими, ніж показники поширеності за точку чи період.

У цих самозвітах може бути значна похибка вимірювання, спричинена, наприклад, стимулом приховувати проблеми. Уокер (128), а пізніше Светева і Уокер (15) випустили попередження щодо використання таких інструментів, як SOGS і CPGI, для вимірювання поширеності проблемної та патологічної азартної пристрасті на основі занепокоєння щодо точності даних самооцінки та концептуальна основа інструментів. Однак впровадження «об'єктивних» заходів важко застосувати на практиці.

Порівняно з іншими залежностями та вимірюванням стану здоров'я загалом, у літературі про азартні ігри мало досліджено вплив різних підходів до реєстрації. У загальній літературі щодо вимірювання стану здоров'я, наприклад, виявлено, що щоденники стану здоров'я мають вищу точність порівняно із загальними вимірюваннями самооцінки (129), а контекстні фактори для звітності значно впливають на точність.

Що слід оцінити на додаток до заходів щодо азартних ігор для людей, які потенційно мають проблеми з азартними іграми?

Зважаючи на високі показники супутньої патології щодо інших проблем психічного здоров'я, про які свідчить широкий спектр досліджень, доцільно перевіряти людей, які мають проблеми з азартними іграми, на наявність інших проблем психічного здоров'я. Існують обґрунтовані дослідження, які свідчать про те, що азартні ігри пов'язані з підвищеними ризиками:

- Тривожні розлади
- Депресія*
- Розлади особистості
- Алкогольна залежність
- Наркотична залежність
- Інші порушення контролю імпульсів
- Насильство в сім'ї

** Якщо депресія очевидна, слід розглянути протоколи перевірки ризику суїциду*

Підвищення ризику депресії та самогубства створює зобов'язання щодо догляду, які необхідно виконувати. Незважаючи на те, що даних про цю проблему немає, лікування має стосуватися повного спектру наявних проблем, а не лише проблеми з азартними іграми чи депресії окремо. Значна частина азартних гравців є складними, з низкою серйозних проблем, і стратегії лікування повинні відображати цю реальність. Наразі етіологія та послідовність цих зв'язків невідомі та потребують подальших досліджень.

Яка роль лікарів загальної практики у скринінгу та оцінці проблем з азартними іграми?

У 1999 році Австралійська медична асоціація оприлюднила новаторську заяву про вплив азартних ігор на здоров'я (130). У заяві зазначається, що практикуючі лікарі повинні знати про «несприятливий вплив азартних ігор» і

супутніх захворювань. Він рекомендував практикуючим лікарям включати азартні ігри як частину оцінки ризику способу життя. Незважаючи на цю рекомендацію, дослідження Толчарда, Томаса та Баттерсбі (131) свідчать про те, що багато австралійських лікарів загальної практики не перевіряють своїх пацієнтів на проблеми з азартними іграми. Це може бути тому, що їм не вистачає необхідних знань та інструментів для ефективної боротьби з проблемою азартних ігор, коли її виявлено. Толчард та ін. визначити інструменти та навчання, які можуть бути в змозі вирішити цю ситуацію.

У нещодавній статті «Медичний журнал Австралії» (132), авторами якої є члени GDG, було зроблено наступне спостереження.

Першим кроком має бути ефективний скринінг. Але як слід обстежувати пацієнтів і кого потрібно обстежувати? Найпопулярнішими інструментами діагностики проблемної азартної гри є Канадський індекс проблемних азартних ігор, критерії DSM-IV для патологічної схильності до азартних ігор і рейтинг азартних ігор South Oaks. Однак ці інструменти займають надто багато часу для звичайного використання в практиці первинної медичної допомоги.

Тому, враховуючи обмежений час, доступний лікарям загальної практики, Томас і його колеги (133) запропонували використовувати інструмент скринінгу за одним пунктом, який, як вони виявили, має надійні психометричні якості, як це було встановлено в результаті великого репрезентативного вікторіанського опитування.

Огляд потенційних інструментів скринінгу та оцінки проблем з азартними іграми

Було оцінено наступні інструменти скринінгу та оцінки проблем з азартними іграми.

Короткий біосоціальний скринінг азартних ігор (BBGS)

Короткий біосоціальний скринінг азартних ігор (BBGS) (134) — це нещодавно випущений скринінг із трьох елементів для патологічної азартної пристрасті. BBGS було розроблено з використанням предметів патологічної пристрасті до азартних ігор минулого року DSM-IV із Розкладу інтерв'ю IV щодо розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та пов'язаними з ним порушеннями (AUDADIS-IV) (135), які були включені до Національного епідеміологічного дослідження щодо алкоголю та пов'язаних із ним станів (NESARC) (136)).

Опитування NESARC зібрало інформацію з репрезентативної на національному рівні Сполучених Штатів випадкової вибірки осіб (N=43,093) із загального населення домашніх господарств. Гебауер та ін. цільових учасників, які схвалили п'ять або більше симптомів або ознак DSM-IV, і відрізняли цю групу патологічних гравців від учасників, які не відповідали цим критеріям. Дослідники використовували процедури аналізу даних, включаючи поетапне введення.

Канадський перелік азартних ігор серед підлітків (CAGI)

Tremblay, Stinchfield, Wiebe and Wynne (137) опублікували технічний звіт про розробку та валідацію нового інструменту оцінки азартних ігор серед підлітків; Канадський перелік азартних ігор серед підлітків (CAGI). CAGI – це

опитування, розроблене для підлітків віком від 13 до 17 років для виявлення та оцінки ризикованої та проблематичної поведінки в азартних іграх. CAGI було розроблено у відповідь на сприйману відсутність надійних заходів для використання з молоддю тими ж організаціями, що й ті, що беруть участь у CPGI. CAGI було розроблено, щоб забезпечити всі канадські юрисдикції загальним інструментом для збору інформації, щоб забезпечити надійну та точну оцінку поширеності азартних ігор серед підлітків у Канаді. CAGI було розроблено французькою та англійською мовами одночасно, щоб забезпечити його надійність як для франкомовних, так і для англомовних підлітків. Інструмент CAGI розроблявся в три етапи. На першому етапі дослідницька група створила інструмент на основі широкого огляду літератури та консультацій із клініцистами, експертами та молоддю. Результатом цього процесу стала розробка концептуальної основи, операційне визначення підлітків, які мають проблеми з азартними іграми, і чернетка пулу з 51 потенційного пункту для вимірювання ризику та проблем, пов'язаних із азартними іграми серед підлітків. На другому етапі опитування було перевірено за участю 2400 учнів середніх шкіл у Манітобі та Квебеку, а також інтерв'ю для клінічної перевірки зі студентами, які спочатку брали участь у загальному опитуванні, щоб визначити, які елементи слід включити до остаточного інструменту. На третьому етапі опитування було додатково протестовано на молодих групах високого ризику, щоб покращити спосіб вимірювання та класифікації відповідей. Зокрема, цей етап був розроблений для оцінки точності класифікації CAGI (чутливість, специфічність, позитивні та негативні прогностичні значення) для виявлення проблемної ігрової поведінки проти клінічної оцінки, а також для порівняння CAGI з існуючими інструментами для молоді з проблемою азартних ігор (конвергентна валідність). CAGI вимірює п'ять областей: типи азартних ігор, частоту участі в кожній азартній діяльності, час, витрачений на кожну азартну діяльність, загальну суму грошей, витрачених на азартні ігри, і 24 пункти, пов'язані з наслідками та тяжкістю азартних ігор. 24 пункти складаються з п'яти різних субшкал: Психологічні наслідки (6 пунктів), Соціальні наслідки (5 пунктів), Фінансові наслідки (6 пунктів), втрата контролю (4 пункти) і субшкала серйозності проблеми з азартними іграми (GPSS: 9 пунктів). Оцінки поширеності отримано з GPSS, оцінки за якими можна класифікувати за трьома рівнями: немає проблем (випадки «зеленого світла»), від низького до середнього ступеня тяжкості (випадки «жовтого світла») і високого ступеня тяжкості («червоне світло» випадків).

Канадський індекс проблемних азартних ігор (CPGI) та індекс серйозності проблемних азартних ігор (PGSI)

У 1997 році міжпровінційна група урядових установ, відповідальних за пом'якшення проблеми з азартними іграми, доручила Канадському центру з питань зловживання психоактивними речовинами (CCSA) провести трирічний дослідницький проект для вимірювання проблем з азартними іграми в Канаді. Головним результатом цього проекту стала розробка інструменту вимірювання CPGI (14) та його субінструменту оцінки PGSI. Повний CPGI складається з 31

елемента: питання щодо участі в азартних іграх (4 пункти), оцінка проблеми з азартними іграми (12 пунктів) і кореляції проблем з азартними іграми (15 пунктів). Індикатори участі в азартних іграх включають типи азартних ігор, частоту гри, тривалість гри та витрати на азартні ігри. Розділ оцінки проблемної азартної гри складається з дванадцяти пунктів, дев'ять з яких оцінюються, щоб скласти PGSI. Розробляючи PGSI, Команда дослідників і розробників критично проаналізувала існуючі інструменти, такі як SOGS і критерії DSM-IV для патологічної азартної залежності. Домени та змінні, які мав на меті вимірювати кожен інструмент, потім досліджувалися з метою включення найкращих із них у перший проект PGSI. Цей проект був уважно вивчений міжнародною групою експертів, модифікований і протестований за допомогою великого загального опитування населення національної та регіональної вибірки з 3120 дорослих канадців, повторного тесту надійності з підвибіркою 417 та інтерв'ю для клінічної перевірки з іншою підвибіркою 148 (138). PGSI оцінює два аспекти протягом 12-місячного періоду часу: проблемна поведінка в азартних іграх (5 балів) і несприятливі наслідки (4 бали) (14, 138). На відміну від дихотомічної класифікації кількох інших заходів, існує чотири категорії класифікації в PGSI: 0=азартні ігри без проблем або без азартних ігор; 1–2=низький ризик азартних ігор; 3–7=азартні ігри з помірним ризиком; і 8+=проблема з азартними іграми.

PGSI було розроблено для кращого вимірювання проблем азартних ігор серед населення в цілому порівняно з більш поширеним SOGS. Порівняно з SOGS, PGSI вважався більш заснованим на теорії, розробленим спеціально для вимірювання поширеності азартних ігор у суспільстві та кращим розрізненням підтипів азартних гравців у опитуваннях загального населення. PGSI також є коротким, зрозумілим, простим в адмініструванні, не вимагає навчання та є економічно ефективним (139).

Проте тривають дискусії щодо ряду аспектів PGSI. Основна критика полягала в тому, що вміст PGSI, DSM і SOGS значно збігається, і що він не відповідає потребі у вимірюванні проблемної азартної гри на основі оцінки шкоди. Светєва та Уокер (15), наприклад, поставили під сумнів очевидну невідповідність пунктів PGSI, які, на їхню думку, походять від концептуалізації залежностей «патологічної» азартної гри та необов'язково відображають орієнтовану на шкоду концепцію «проблемної» азартної гри, який був заявленою основою для побудови інструменту. Подібним чином Ебботт і Волберг (20) також припустили, що PGSI може не відображати такої чіткої відмінності від SOGS, як це може бути запропоновано його заявленим розташуванням у парадигмі громадського здоров'я. Як і можна було очікувати, враховуючи широке використання PGSI, PGSI, здається, стає наступником SOGS і був прийнятий як бажаний інструмент вимірювання для досліджень на рівні населення як в Канаді, так і в Австралії. На сьогоднішній день у Канаді він використовувався в загальному дослідженні, не пов'язаному з азартними іграми, Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 – Психічне здоров'я та благополуччя, великому загальнонаціональному опитуванні домогосподарств із випадковою вибіркою понад 30000 жителів Канади (141) і в багатьох провінціях

Канади, включаючи Манітобу, Онтаріо, Саскачеван, Альберту, Британську Колумбію, Нью-Брансвік, Ньюфаундленд і Лабрадор, Нову Шотландію та Острів Принца Едуарда. В Австралії PGSI використовувався в останніх опитуваннях населення в ряді штатів і територій, включаючи Квінсленд, Вікторію, Північну територію, Південну Австралію, Новий Південний Уельс і Тасманію.

Існують деякі варіації в структурі та балах PGSI в Австралії, що ускладнює інтерпретацію балів CPGI (142). Ці відмінності від стандартної практики підрахунку PGSI є унікальними для деяких австралійських юрисдикцій. Основна відмінність від рекомендованої практики полягала в змінах оцінки категорій відповідей на завдання PGSI. Стандартна оцінка пункту PGSI: «ніколи» (оцінка 0), «іноді» (оцінка 1); «більшу частину часу» (2 бали) і «майже завжди» (3 бали). Ця зміна, яка не була обґрунтована концептуально чи емпірично в жодному з досліджень, у яких вона використовувалася, також була піддана критиці в остаточному звіті Комісії з продуктивності (7). Однак у деяких австралійських опитуваннях, PGSI вводили за допомогою нестандартної форми відповіді «ніколи» (оцінка 0); «рідко» (1 бал); «іноді» (1 бал); «часто» (2 бали) і «завжди» (3 бали). На щастя, ці варіанти опитування спільноти зазвичай не знайшли свого шляху до клінічної практики, але деякі клініцисти, можливо, використовували нестандартну форму, не усвідомлюючи, що вони це роблять.

Діагностичний і статистичний посібник-IV - Адаптований для неповнолітніх (DSM-IV-J)/Діагностичний і статистичний посібник-IV - Множинна відповідь - Адаптований для неповнолітніх (DSM-IV-MR-J)

DSM-IV-J із 12 пунктів був розроблений для визначення та підрахунку патологічної схильності до азартних ігор серед гравців, які не досягли дорослого віку (143). За цією шкалою оцінка чотири або більше вказує на можливу патологічну схильність до азартних ігор, а оцінка менше чотирьох вказує на схильність до азартних ігор. У 2000 році Фішер (144) представив переглянута версію критеріїв DSM-IV-J, які стосувалися доречності використання дихотомічних (так/ні) відповідей у неклінічних ситуаціях. DSM-IV-MR-J із 12 пунктів містить дев'ять вимірів патологічної азартної залежності: захоплення, толерантність, втрата контролю, відсторонення, втеча, погоня, брехня, несоціальні/незаконні дії, сварки з сім'єю/прогул. Більшість запитань в інструменті мають чотири варіанти відповіді: Ніколи, Один чи два рази, Іноді або Часто. За словами Фішера (144), пункти шкали оцінюються таким чином на основі наданих відповідей: Відповідь «так» на пункти 1 і 3 DSM-IV-MR-J представлена відповіддю «часто». Відповідь «так» на пункт 2 представлена відповіддю «так». Відповідь «так» на пункти 4 і 5 представлена відповідями «іноді» або «часто». Відповідь «так» на запитання 6 представлена відповіддю більш ніж у половині випадків або щоразу. Відповідь «так» на питання 7, 8 і 9 представлена відповідями один або два рази, іноді або часто. Фішер (144) використовував граничну оцінку 4 або вище, щоб вказати на проблему азартних ігор. Відповідь «так» на питання 7, 8 і 9 представлена відповідями один або два рази, іноді або часто. Фішер (144) використовував граничну оцінку 4 або вище, щоб вказати на проблему азартних ігор. Відповідь «так» на питання 7, 8 і 9

представлена відповідями один або два рази, іноді або часто. Фішер (144) використовував граничну оцінку 4 або вище, щоб вказати на проблему азартних ігор. Кілька досліджень також використовували бали 2-3 за DSM-IV-MR-J, щоб вказати на ризиковану ігрову поведінку (145, 146).

Тест здоров'я раннього втручання в азартні ігри (EIGHT тест)

Тест EIGHT спочатку був розроблений як короткий проблемний скринінг для азартних ігор для використання сімейними лікарями в Новій Зеландії (147). Тест EIGHT - це інструмент для самооцінки, який складається з 8 пунктів, і який оцінює емоційні, поведінкові та когнітивні аспекти проблемної азартної гри. Його виконання займає приблизно одну хвилину. Тест було використано приблизно для 1000 осіб у закладах первинної медичної допомоги та для понад 200 клієнтів спеціалізованих служб лікування проблеми з азартними іграми. Він продемонстрував високу чутливість, високу внутрішню надійність, хорошу надійність тестування та повторного тестування та хорошу кореляцію з SOGS. Граничним показником для позитивного результату є чотири або більше балів, визначених аналізом ROC і процесом Delphi. EIGHT зазвичай використовується в клінічній практиці та як інструмент самооцінки в різних юрисдикціях.

Двадцять запитань анонімних гравців (GA20)

GA20 є найстарішим інструментом, розробленим для того, щоб допомогти людині визначити, чи є він або вона пристрасним гравцем і хоче припинити грати в азартні ігри (148). Він був розроблений GA через рік після створення, і GA віддає перевагу інструменту перевірки. GA20 - це 20 тестів вимірювання тривалості, яке визначає конкретні ситуації та поведінку, типові для азартних гравців. Елементи оцінюють фінансові кореляти продовження азартних ігор, особисті наслідки надмірної азартної гри (наприклад, труднощі зі сном, каюття, зниження амбіцій) і соціальні кореляти, пов'язані з надмірною азартною грою (наприклад, важке домашнє життя, суперечки про азартні ігри). Оцінка 7 або більше вказує на пристрасть до азартних ігор. Незважаючи на те, що він продовжує і широко використовується в клінічній практиці та як інструмент самооцінки, до останнього часу цей інструмент не привертав серйозної уваги дослідникам. Кілька досліджень наразі вивчали продуктивність і психометричні властивості GA20 порівняно з іншими інструментами (149–153).

Анкета брехня-ставка

Анкета Lie-Bet (150, 151) є старішим інструментом скринінгу, який широко використовувався в клінічних умовах, але з обмеженими доказами досліджень. Два запитання Lie-Bet досить добре розрізняють патологічну азартну ігроманію та неproblemну азартну гру і є корисними для перевірки, щоб визначити, чи слід використовувати довший інструмент (наприклад, SOGS, DSM-IV) для прийняття діагностичних рішень.

Массачусетський азартний скринінг (MAGS)

MAGS було розроблено, щоб забезпечити короткий клінічний скринінговий інструмент, який може дати індекс непатологічної та патологічної схильності до азартних ігор під час 5-10-хвилинного опитування або інтерв'ю (154). Він вимірює біологічні (наприклад, толерантність і відмова), психологічні

(наприклад, імпульсивний розлад і почуття провини) і соціальні проблеми, які присутні у надмірних гравців, які можуть або не можуть пройти лікування. Опитування 856 підлітків, які навчалися в приміських школах Бостона, склало дані про розвиток для MAGS. MAGS з 26 пунктів включає 2 окремі підшкали: підшкалу MAGS з 14 пунктів (на основі Короткого Мічиганського скринінгового тесту на алкоголізм) і підшкалу DSM-IV з 12 пунктів. В додаток, Шаффер (154) визначив підшкалу з 7 пунктів (MAGS-7), яка включала 7 пунктів, які суттєво класифікували респондентів як на патологічних, так і на непатологічних гравців. Прогностичну достовірність MAGS-7 підтверджує його здатність класифікувати 96 відсотків старшокласників, які повідомили про те, що вони грали в азартні ігри. MAGS-7 оцінюється за допомогою загальної оцінки дискримінантної функції, отриманої з коефіцієнта дискримінантної функції для кожного пункту. Цей загальний дискримінантний бал класифікує респондентів як непатологічних гравців, гравців з перехідним періодом або патологічних гравців. Загальний дискримінантний бал значно корелює із загальним балом DSM-IV. Кілька досліджень підтвердили підшкалу MAGS DSM-IV у дорослих зразках (154, 155).

Національний центр дослідження громадської думки DSM Screen for Gambling Problems (NODS)

Розробка NODS сталася завдяки тому, що Національна комісія з вивчення впливу азартних ігор визначила, що критерії DSM-IV є обов'язковими в її замовлених епідеміологічних дослідженнях з метою виявлення проблемних і патологічних гравців у дослідженнях спільноти (156). Таким чином, SOGS не можна було використовувати, оскільки він використовував критерії DSM-III і, отже, не міг відповідати цьому критерію дизайну. NODS містить 17 пунктів за весь період життя та 17 відповідних пунктів минулого року з максимальним балом 10. Існують різні, але обмежені дослідження психометричних властивостей NODS. На сьогодні докази є позитивними, але дослідження NODS є дуже незначною частиною тих, у яких використовували SOGS або PGSI. Через дизайн предмета та структуру оцінки, стверджується, що показники проблемної та патологічної схильності до азартних ігор нижчі, ніж для інших інструментів, тобто, видається, що він є більш суворим, ніж критерії джерела DSM. Це потенційно проблематично і вимагає широкомасштабного перевірного дослідження для вирішення цієї проблеми.

NODS-CLiP

Toce-Gerstein, Gerstein and Volberg (157) (2009) описують розробку та продуктивність NODS-CLiP. Вибірку з 17180 учасників було зібрано з восьми громадських досліджень, проведених у Сполучених Штатах між 1999 і 2003 роками, включаючи шість телефонних опитувань із довільним набором цифр (RDD) на рівні штату, одне національне опитування RDD та одне особисте систематичне випадкове опитування вибіркового опитування клієнтів азартних ігор у восьми штатах. Дані всіх досліджених гравців (N=8867) були повторно проаналізовані для порівняння діагностичного статусу, отриманого з 17-пунктового NODS, перевіреного інструменту на основі DSM-IV, з результатами всіх 2-4- пунктових підмножин NODS елементи. Було виявлено, що три питання

NODS змогли ідентифікувати більшість патологічних і проблемних гравців у цій вибірці.

Вимірювання проблемної та патологічної пристрасності до азартних ігор (PPGM)

PPGM є одним із нещодавно розроблених інструментів, призначених для оцінки патологічної та проблемної схильності до азартних ігор за останні 12 місяців у клінічній та загальній популяції (158). PPGM складається з 14 пунктів, які розділені на 3 розділи: проблеми (7 питань), порушення контролю (4 питання) та інші питання (3 питання). PPGM визнає, що існує безперервність азартних ігор, і це відображається в 4 категоріях оцінки: азартні ігри в розвазі, азартні ігри з ризиком, азартні ігри з проблемами та патологічні азартні ігри. Для того, щоб бути класифікованим як патологічний гравець, потрібно підтвердити кілька показників порушення контролю, а також кілька проблем. Щоб бути класифікованим як «проблемний гравець», необхідно підтримати один або кілька пунктів із розділу «Проблеми» та один або більше пунктів із розділу «Порушений контроль». Класифікація як гравця групи ризику вимагає схвалення проблеми або проблеми з порушенням контролю, але не обох. Будь-хто, хто не класифікується як патологічний, проблемний або ризикований гравець, класифікується як азартний гравець. Цей захід відрізняється від деяких найпоширеніших інструментів тим, що він стосується всіх потенційних збитків від азартних ігор (наприклад, фінансових, психічних/здоров'я, юридичних), і ці питання про шкоду висловлюються таким чином, що запитують про заподіяння шкоди самій людині, а також хтось із них близьких.

Скринінг азартних ігор South Oaks (SOGS)

Скринінг азартних ігор South Oaks був розроблений Лесьєром і Блумом у 1987 році (159). SOGS із 20 пунктів, який базувався на оригінальних діагностичних критеріях патологічної схильності до азартних ігор, був розроблений для використання в клінічних умовах (стаціонарні пацієнти з алкогольними/наркотичними діагнозами). Однак SOGS швидко був прийнятий для використання в епідеміологічних дослідженнях і став найбільш широко використовуваним показником у різних контекстах. SOGS має граничний бал, який можна інтерпретувати, містить різноманітні елементи, які дозволяють оцінити широкий спектр проблем, і може бути успішно використаний для оцінки терапевтичних змін. Є також суттєві докази того, що SOGS має прийнятну внутрішню узгодженість, надійність тесту-повторного тестування та одночасну валідність з іншими показниками проблемної азартної гри та шкоди, пов'язаної з грою, особливо в клінічних популяціях (16, 20).

Однак SOGS отримав певну критику з моменту його розробки, особливо в Австралії та Канаді. Основна критика SOGS полягала в тому, що вона була розроблена та випробувана в клінічних умовах без перевірки за допомогою зразків спільноти. Хоча були спроби захистити SOGS (наприклад, (160)), його також критикували на тій підставі, що він не підкріплюється чітко визначеною теоретичною структурою чи визначенням; призводить до високого рівня хибнопозитивних результатів у зразках громади (зокрема в Австралії); не має

чіткої розмірної структури; містить кілька пунктів, які не розрізняють звичайних і проблемних гравців; не підтримується встановленими нормами; і може бути нечутливим до культурного різноманіття контекстів (наприклад, корінного населення Австралії) (16, 20, 107, 139, 161-163).

Незважаючи на значну критику SOGS, він залишається найпоширенішим інструментом вимірювання патологічної азартної пристрасті. Огляд Hodgins і Stinchfield (124) неоднозначний щодо подальшого рекомендованого використання. Вони відзначають велику кількість досліджень, у яких його використовували, але також обговорюють недоліки, зазначаючи, що популярність його використання, здається, зменшується через ці проблеми. Ключовою проблемою його зменшення використання є його залежність від уже застарілих критеріїв DSM-III. DSM-V незабаром буде доступний, тому узгодження з цими критеріями буде важливим фактором для розробки інструментів для проблемних азартних ігор.

Скринінг азартних ігор South Oaks - переглянуто для підлітків (SOGS-RA)

SOGS-RA є підлітковою адаптацією SOGS для дорослих, розробленою для оцінки поведінки підлітків у азартних іграх і проблем, пов'язаних з азартними іграми, протягом останніх 12 місяців (164). У цій редакції пункти з оригінального SOGS були переформульовані, щоб зробити їх більш відповідними віку, а оцінку було скориговано. Зокрема, у переглянутому тесті наголошується на частоті поведінки в азартних іграх і поведінкових індексах, які часто пов'язують із проблемою азартних ігор, а не з грошима. Шкала містить 16 пунктів, але чотири пропущені для оцінки. Існують певні відмінності в протоколах підрахунку балів між дослідженнями для SOGS-RA, найпоширенішим з яких є класифікація підлітків як неproblemних гравців (оцінки 0 або 1), гравців групи ризику (оцінки 2 або 3) або проблемні гравці (оцінки 4 або більше).

Скринінг азартних ігор Сіднейського університету Лавалля (SLUGS)

SLUGS - це нещодавно розроблений короткий скринінг із семи пунктів, призначений для виявлення порушення контролю, суб'єктивної шкоди та вираженого бажання лікуватися (165). Заявлена мета перевірки полягає в тому, щоб визначити кількість гравців, які повідомляють про порушення контролю, проблемних гравців, які грають більше часу або грошей, ніж вони можуть собі дозволити, що, таким чином, призводить до шкоди, що вимагає втручання, і тих, хто висловлює бажання отримати лікування. Елементи оцінюються за візуальною аналоговою шкалою з опорними точками в діапазоні від 0 – ніколи/мінімально до 100 – завжди/надзвичайно.

Вікторіанський азартний скринінг (VGS)

VGS спочатку був розроблений як інструмент з 21 елемента, який оцінював три аспекти: задоволення від азартних ігор, шкоду для інших і шкоду для себе. У пілотному дослідженні, призначеному для емпіричної оцінки цих трьох факторів, Ven-Tovim et al. (166) виявили, що лише 15 пунктів шкоди для власної шкали були суттєво пов'язані з проблемою азартних ігор. Тому граничні бали були встановлені лише для цієї шкали.

Грунтуючись на записаних на відео інтерв'ю у відкритому форматі та оцінках експертів проблемних випадків азартних ігор, було встановлено межу 21 або вище. VGS використовує 5-бальну шкалу оцінок від 0 – ніколи до 4 – завжди, і пункти підсумовуються, щоб отримати загальний бал. Подальші дослідження з використанням VGS позначили субшкалу шкоди собі з 15 пунктів як VGS (167, 168).

GDG знає про кілька інших інструментів скринінгу та оцінки з ще неопублікованою інформацією про розвиток. До них входять інструмент перевірки одного елемента (133), індекс серйозності проблем із азартними іграми (169) і фокусний скринінг азартних ігор для дорослих (FLAGS) (170).

Інструмент перевірки одного елемента

Члени GDG випробували тест з одним елементом, який продемонстрував адекватні психометричні можливості (133). Структуроване опитування за допомогою телефонного зв'язку з довільним набором цифр було проведено серед репрезентативної вибірки громади за віком і статтю з 2013 дорослих австралійців віком від 18 років. Інструмент скринінгу азартних ігор за одним пунктом («Чи були у вас коли-небудь проблеми з азартними іграми?») і PGSI застосовувалися разом із низкою інших заходів щодо азартних ігор, охорони здоров'я та соціальних заходів.

Було виявлено, що інструмент скринінгу за одним пунктом має чутливість 0,79 і 0,71 і специфічність 0,96 і 0,97 щодо категорії проблемних азартних ігор PGSI. Нещодавно опублікована стаття про інструмент скринінгу за одним елементом виявила чутливість 0,21 і 0,98 щодо PGSI (171).

Коментар щодо доступних інструментів скринінгу та оцінювання

Огляд Томаса, Джексона та Блащинського (163) у 2003 році, огляд Еббота та Волберга (20) у 2006 році та огляд Ходгінса та Стінчфілда у 2008 році (124) виявили значні недоліки в наборі інструментів для вимірювання, доступному клініцистам та дослідникам з точки зору проблеми вимірювання азартні ігри.

В огляді Томаса, Джексона та Блащинського (163) відсутність ясності мети інструментів, тобто, було підкреслено, як їх слід використовувати, коли і з ким. Першим кроком у розробці протоколів вимірювальних інструментів було чітке вирішення цього питання. Автори визначили п'ять основних цілей інструментів:

Поточна мета діагностики (у кого зараз проблема?)

Поточна мета класифікації за ступенем серйозності (наскільки серйозною є проблема та який ступінь її шкідливих наслідків?)

Прогностична діагностична мета (хто ризикує розвинути проблему в майбутньому?)

Мета проекту втручання (що потрібно для вирішення проблеми та її полегшення?)

Мета сортування або скринінгу, щоб направити особу для подальшої оцінки або дії (яка подальша оцінка або дія потрібна?).

Вони стверджували, що було б дивно, якби один і той самий інструмент міг виконувати кілька цілей, водночас зазначивши, що поточна практика полягає в тому, що ті самі інструменти вільно використовуються для всіх різних цілей.

Автори також стверджували, що слід прийняти АВС-модель змісту інструментів; що ставлення до азартних ігор, поведінка та наслідки були ключовими областями змісту, які вимагали розгляду при розробці інструментів.

Багато питань, порушених у цьому огляді та наступних оглядах, залишаються важливими в поточному контексті. Ті самі інструменти регулярно використовуються як взаємозамінні в скринінгу, підтримці діагностичних рішень і в протоколах оцінки. Формулюючи рекомендації, було важливо пам'ятати, з одного боку, що рекомендації можна робити лише щодо того, що існує, але такі рекомендації можуть увічнити те, що є незадовільною ситуацією.

Існує нагальна потреба в значних зусиллях щодо розробки інструментів вимірювання азартних ігор, які спеціально орієнтовані на різні цілі інструментів. Нинішній універсал гальмує розвиток. Крім того, такі інструменти необхідно перевірити на відповідність відповідним золотим стандартам, включаючи, де це доцільно, критерії DSM, які вводять клініцисти. Зміни в критеріях, передбачених у DSM-V, надають нові можливості для періоду розробки інструментів високої якості.

Як оцінити, які інструменти слід рекомендувати?

Вимірювання проблемних азартних ігор стає досить переповненим місцем. Багато інструментів нещодавно з'явилися за відносно короткий проміжок часу. Ці нові розробки частково пов'язані з незадоволенням продуктивністю та концептуалізацією основ, PGSI та SOGS. З точки зору рекомендацій, недавня розробка багатьох із цих інструментів створює особливі проблеми. Щоб поставити аналіз цих інструментів на певну систематичну основу, було застосовано наступну методологію оцінки.

Для цілей цього огляду були розглянуті такі критерії.

Доступність австралійських порівняльних даних через використання у відповідних зразках дослідження

Можливість порівнювати та адекватно інтерпретувати результати дослідження залежить від наявності відповідних зразків дослідження, з якими можна проводити такі порівняння. Оскільки це австралійська настанова, увага зосереджена на інструментах, які були використані та підтверджені, як перший пріоритет, у контексті Австралії, а потім як другий пріоритет, у міжнародному контексті. Для цілей цього документа австралійські порівняльні дані будуть класифіковані за такими категоріями:

Розширений = використовувався в кількох дослідженнях у різних юрисдикціях

Добре = використовувався в багатьох дослідженнях в Австралії

Обмежено = використовувався в одному дослідженні в Австралії

Ні = не використовувався в жодному дослідженні в Австралії

Стислість

Стислість інструменту вимірювання в клінічному контексті є ключовою властивістю. Довгі інструменти дуже важко застосувати в клінічному контексті, а також у контексті досліджень. Для цілей цього документа стислість класифікуватиметься за такими категоріями:

Короткий = 1–3 елементи
 Середній = 4–12 елементів
 Довгий = 13+ елементів

Висока чутливість і специфічність

Чутливість і специфічність вимірюють фактичну ефективність виявлення справжніх випадків і відхилення помилкових. Чутливість — це відсоток позитивних результатів тесту серед тих, хто має розлад, а специфічність — відсоток негативних результатів серед тих, хто не має розладу. Ці два атрибути є життєво важливими для продуктивності інструменту та уникнення марних зусиль на скринінг та оцінку. Для цілей цього документа чутливість і специфічність будуть класифіковані за такими категоріями:

Відмінно = .95+
 Добре = .90 – .94
 Справедлива = <.90
 Обмежені дані = дані не знайдені

Психометричні властивості

До них належать висока внутрішня узгодженість, висока надійність тестування та повторного тестування та висока валідність. Хоча традиційно вони мають високу вагу в оглядах інструментів вимірювання, вони є вторинними щодо фактичної ефективності вимірювання, як показано чутливістю та специфічністю. Загалом сподіваються, що хороші психометричні властивості призведуть до гарної продуктивності, але це не обов'язково так за всіх обставин. Для цілей цього документа психометричні властивості будуть класифіковані за такими категоріями:

Відмінно = .90+
 Добре = .85 – .89
 Справедлива = <.85
 Обмежені дані = дані не знайдені

Ці критерії були використані для формулювання короткого списку рекомендованих інструментів. Застосування цих критеріїв до інструментів є питанням судження, а також відображає певні місцеві або місцеві проблеми. Це австралійська інструкція, і, хоча добре розроблений інструмент є міжнародним явищем, продуктивність і доступність даних перевірки в межах певної юрисдикції – ні. Таким чином, хоча деякі інструменти можуть мати високу ефективність у різних юрисдикціях, якщо дослідження розробки та перевірки не проводилися в контексті, в якому вони потенційно можуть бути використані, важко рекомендувати їх для використання на абсолютно невипробуваній основі. Як обговорювалося раніше, це не означає, що вони можуть погано працювати, це просто невідомо. Іншим основним фактором є довжина інструменту. У напруженому клінічному контексті дуже ретельний і довгий інструмент, розроблений для дослідницьких цілей, не підходить. Немає доступних ресурсів для адміністрування та оцінки таких інструментів. Таким чином, довжина інструменту вважалася дуже важливим фактором. Під час формулювання цих

рекомендацій ще одним фактором, який враховувався, були інструменти з багатообіцяючими результатами, але було виявлено лише обмежені дані (тобто лише дані валідаційного дослідження). Ці інструменти були рекомендовані, але потребують подальших досліджень їхніх психометричних властивостей, а також даних про чутливість і специфічність. Під час формулювання цих рекомендацій ще одним фактором, який враховувався, були інструменти з багатообіцяючими результатами, але було виявлено лише обмежені дані (тобто лише дані валідаційного дослідження).

Було створено дві таблиці даних для узагальнення скринінгу та інструментів оцінки:

У таблиці 6 оцінено інструменти, розроблені для використання у дорослих; і в таблиці 7 оцінено інструменти, розроблені для використання в популяції дітей і підлітків. Ці таблиці містять повну інформацію щодо досліджень розробки та валідації та наведені в Додатку А1. Для цілей оцінки інструменту включено рейтинги чотирьох критеріїв у тілі цього тексту, які отримані з таблиць даних. Ці оцінки та подальший вибір рекомендованих на даний момент інструментів є предметом експертної оцінки, яка відображає конкретні критерії. Як зазначалося вище, критерії оцінки інструменту спрямовані на просте використання та високу ефективність у клінічних контекстах; не лише дотримання пуристських психометричних принципів і властивостей. Це така швидка сфера розвитку, що дуже ймовірно, що результати такої оцінки зміняться за відносно короткий період, оскільки нові інструменти стануть доступними, а поточні інструменти піддадуться більш надійним і широкомасштабним перевірочним дослідженням. Тим не менш, зараз потрібні рекомендації, і вони створені на основі поточних знань і місцевих вимог.

Таблиця 6. Оцінка скринінгу та інструментів оцінки проблеми схильності до азартних ігор серед дорослих

Інструмент	Австралійський орієнтир даних	Стислість	Чутливість/ специфічність	Психометричні властивості
Короткий біосоціальний тест азартних ігор (BBGS)	Немає	Коротко	Відмінно*	Обмежені дані
Тест здоров'я раннього втручання в азартні ігри (EIGHT)	Немає	Середній	Чесно	Чудово
Двадцять запитань анонімних гравців (GA20)	Немає	Довго	Чесно	Добре
Анкета брехня-ставка	Немає	Коротко	Чесно*	Обмежені дані
Національний центр дослідження громадської думки DSM Screen for Gambling Problems (NODS)	Немає	Довго	Чесно	Добре
NODS-CLiP	Обмежений	Коротко	Добре*	Обмежені дані

Інструмент	Австралійський орієнтир даних	Стислість	Чутливість/ специфічність	Психометричні властивості
Вимірювання проблемної та патологічної пристрасті до азартних ігор (PPGM)	Немає	Довго	Відмінно*	Чесно*
Індекс тяжкості азартних ігор (PGSI) Канадського індексу азартних ігор (CPGI)	Екстенсивний	Середній	Чесно	Чесно
South Oaks Gambling Screen (SOGS)	Екстенсивний	Довго	Чесно	Чесно
Скринінг азартних ігор Сіднейського університету Лавалля (SLUGS)	Немає	Середній	Обмежені дані	Добре*
Вікторіанський азартний скринінг (VGS)	Екстенсивний	Довго	Обмежені дані	Чудово

* Лише інформація про валідаційне дослідження. Опис класифікацій див. у тексті.

Таблиця 7. Оцінка скринінгу дітей і підлітків, які мають проблеми з азартними іграми, та інструменти оцінки

Інструмент	Австралійський орієнтир даних	Стислість	Чутливість і специфічність	Психометричні властивості
Підшкала серйозності проблем із азартними іграми CAGI (GPSS)	Немає	Середній	Добре*	Обмежені дані
DSM-IV-J/DSM-IV-MR-J	Так	Середній	Чесно	Чесно
Массачусетський азартний скринінг (MAGS)	Немає	Середній	Чесно	Чесно
Скринінг азартних ігор South Oaks – переглянуто для підлітків (SOGS-RA)	Немає	Середній	Чесно	Чесно

* Лише інформація про валідаційне дослідження. Опис класифікацій див. у тексті.

З цієї вправи стає очевидним, що, незважаючи на висловлене незадоволення SOGS і PGSI деякими коментаторами в літературі з вимірювання проблемних азартних ігор, навряд чи існують якісь широкі альтернативи з надійною місцевою перевіркою та доступними даними про порівняльні показники. Це сфера основної поточної діяльності, і огляд і аналіз показують, що це доречна сфера інвестицій для розвитку. Таким чином, якщо один включив PGSI і, можливо, SOGS, інші претенденти матимуть обмежені дані про продуктивність, щоб рекомендувати їх. Тим не менш, зараз потрібні коротші тести з високою продуктивністю. Таким чином, для формулювання рекомендацій використовувалося професійне судження.

Рекомендації щодо скринінгу та оцінки проблемної азартної залежності

Незважаючи на брак доказів на підтримку формулювання рекомендацій, заснованих на доказах, було зроблено наступні консенсусні рекомендації та практичні моменти. Ці рекомендації ґрунтувалися на інших наявних доказах, а також на клінічному досвіді та експертизі GDG та Консультативної групи експертів.

Лікарям-практикам рекомендується отримати подальшу місцеву консультацію щодо того, які інструменти є найбільш підходящими для певних груп населення та умов.

2.1 Рекомендації на основі консенсусу

Рекомендація 1 на основі консенсусу
<p>Тих, у кого виявлено проблеми з азартними іграми за допомогою початкового огляду (тобто 1–3 пунктів), можна направити на подальшу оцінку та лікування відповідним чином підготовленими спеціалістами-практиками з проблем з азартними іграми. Скринінг можна використовувати в закладах первинної медичної допомоги, де клієнти групи ризику можуть звертатися за послугами. Вони можуть включати:</p> <p>Людей, які звертаються з іншими проблемами психічного здоров'я</p> <p>Людей, які походять з груп із відносно високим рівнем азартних ігор</p>
Рекомендація 2 на основі консенсусу
<p>Дорослих із високим ризиком проблем із психічним здоров'ям, у тому числі тих, хто звертається за лікуванням чи обстеженням щодо проблем із психічним здоров'ям, можна перевірити та оцінити на наявність проблем із азартними іграми за допомогою валідованого інструменту чи інструментів вимірювання.</p> <p>Рекомендовані інструменти:</p> <p>Короткий опис (1–3 шт.)</p> <p>Короткий біосоціальний скринінг азартних ігор (BBGS)* Анкета брехні-ставки*</p> <p>NODS-CLiP*</p> <p>Середній (4–12 елементів)</p> <p>Індекс тяжкості азартних ігор (PGSI) Канадського індексу азартних ігор (CPGI)</p> <p>Довгі (>13 позицій)</p> <p>South Oaks Gambling Screen (SOGS)</p> <p>Victorian Gambling Screen (VGS)</p> <p>Вимірювання проблемної та патологічної пристрасності до азартних ігор (PPGM)*</p> <p><i>* Лише інформація про валідаційне дослідження</i></p>

Рекомендація 3 на основі консенсусу

Підлітки та діти з високим ризиком проблем із психічним здоров'ям, у тому числі ті, які звертаються за лікуванням або для обстеження з приводу проблем із психічним здоров'ям, можуть пройти обстеження та оцінити наявність проблем із азартними іграми за допомогою валідованого інструменту чи інструментів вимірювання. Рекомендовані інструменти:

Діагностичний і статистичний посібник-IV-множинні відповіді-адаптований для неповнолітніх (DSM-IV-MR-J)

Субшкала серйозності проблеми азартних ігор (GPSS) канадського переліку азартних ігор у підлітків (CAGI)*

** Лише інформація про валідаційне дослідження*

2.2 Практичні моменти**Практичний пункт 1**

Оригінальні та підтвержені версії та протоколи оцінки всіх інструментів можуть бути використані в епідеміологічних і клінічних умовах.

Практичний пункт 2

Для повної оцінки може знадобитися структуроване клінічне інтерв'ю (наприклад, діагностичне інтерв'ю щодо серйозності азартних ігор (DIGS), структуроване клінічне інтерв'ю щодо патологічної схильності до азартних ігор (SCIP)).

Практичний пункт 3

Люди з високим ризиком проблем із азартними іграми, включно з тими, хто звертається за лікуванням або для оцінки проблем із залежністю від азартних ігор, можуть пройти скринінг на інші проблеми з психічним здоров'ям, зокрема:

Тривожні розлади

Депресія*

Розлади особистості

Алкогольна залежність

Наркотична залежність

Інші розлади контролю імпульсів

Насильство в сім'ї

** Якщо депресія очевидна, слід розглянути протоколи перевірки ризику суїциду*

Рекомендації щодо подальших досліджень для скринінгу та оцінки проблеми з азартними іграми**Рекомендації для подальших досліджень**

Необхідно розробити інструменти з чітко визначеною метою їх використання, включаючи сортування/скринінг, діагностику, класифікацію, гостроту, цілі розробки/відбору втручання та групи населення.

Рекомендації для подальших досліджень
Ефективність інструментів скринінгу та оцінки слід додатково досліджувати за допомогою великих репрезентативних вибірок спільноти (та порівнювати із вибірками тих, хто шукає лікування), використовуючи сучасні критерії DSM, які застосовуються клініцистами за золотим стандартом, щоб визначити найефективніші інструменти для всього населення та ключових підгруп. Показники ефективності повинні включати: чутливість специфічність область під кривою оператора приймача (ROC) валідність (конструкція, зміст і критерій)
Рекомендації для подальших досліджень
Необхідно підтвердити поточні вимірювання проблемних азартних ігор, за якими вони повідомляють себе, порівняно з об'єктивними показниками, які не ґрунтуються лише на вимірюваннях самооцінки дорослих, підлітків і дітей.
Рекомендації для подальших досліджень
Потрібна адаптація існуючих або створення нових інструментів скринінгу та оцінки проблемних азартних ігор, перевірених у різних культурних групах і, зокрема, для корінних народів.
Рекомендації для подальших досліджень
Потрібні рандомізовані контрольовані дослідження, щоб оцінити, чи ведуть і скринінг, і оцінка до кращих результатів і/ або вищих показників залученості до послуг для дорослих, підлітків і дітей.

Частина 3

Лікування

Азартні ігри

Цей розділ розпочнеться з огляду доказової бази лікування, після чого буде наведено перелік клінічних питань, які ґрунтувалися на огляді доказів. Якщо було достатньо доказів для надання рекомендації, заснованої на доказах, надається стислий виклад доказів, а потім відповідна рекомендація на основі доказів. Було кілька лікувальних втручань, для яких не було знайдено доказів або їх було недостатньо. У цих випадках надаються ключові рекомендації для майбутніх досліджень. Оскільки існує невелика кількість доказів, що стосуються конкретних питань, пов'язаних з різними підгрупами населення, надається деяка довідкова інформація про ці додаткові сфери.

Огляд доказової бази лікування проблеми азартних ігор

Відсутність єдиної теорії етіології азартних ігор відображається в різноманітності застосовуваних підходів до лікування. Blaszczyński та Nowecki (10) намагалися надати деяке пояснення етіології проблеми з азартними іграми, і їх «модель шляхів» припускає, що потрібні різні підходи до лікування, оскільки існують різні шляхи розвитку захворювання.

Література щодо втручання в азартні ігри характеризується різноманітністю психологічних підходів до лікування та моделей (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (СВТ), мотиваційна терапія (МЕТ)) і фармакологічних втручань (наприклад, антидепресанти та антагоністи опіоїдів) із різними рівнями

доказів. Метою огляду на основі доказів є вивчення доказів щодо кожного клінічного питання та надання рекомендацій щодо найкращих методів лікування.

Огляд психологічних втручань виявив різноманітність і складність стратегій лікування, способу доставки, використаних матеріалів, місця, дози та залучення практикуючого лікаря. Хоча існує консенсус щодо того, що він потрібен, стандартної таксономії для опису змісту втручань не існує (172). Опубліковані рекомендації, такі як Консолідовані стандарти звітності про дослідження (CONSORT), і таксономії втручання (наприклад, (172, 173)) були розроблені для покращення якості звітності. Ці вказівки та стандарти включають характеристики доставки, наприклад, що було призначено (вміст), як це було проведено (спосіб доставки), де було проведено втручання (обстановка/місце), скільки було призначено (доза/схема) і що було використано в доставці (матеріали) (див. Таблицю 8; (172)).

Таблиця 8. Деякі характеристики втручання

Розмір	Визначення	Контрольний список параметрів
Характеристики доставки		
Режим	Спосіб контакту між інтервентом і учасником	Віч-на-віч (індивідуальна або групова) Телефон (індивідуальна або групова) Інтернет (індивідуальна або групова) Відео/CD інструкція Телефонний зв'язок з комп'ютером Розсилка письмових матеріалів Персональний цифровий помічник, мобільний телефон
Матеріали	Матеріали, які використовуються при проведенні втручання	Посібники/робочі зошити Інформаційні листи/контрольні Брошури Відеокасети Аудіокасети CD/DVD Допоміжні пристрої Інтернет
Місцезнаходження	Де проводиться втручання	Дім учасника Класна кімната Кабінет медичного працівника Лікарня, поліклініка, операційна Робочий майданчик Общинний центр Будинок престарілих Заклад групового проживання Дослідницький заклад
Розклад	Тривалість та інтенсивність втручання	Загальна тривалість втручання Кількість сеансів Хвилини контакту за сеанс Розподіл сеансів за часом

Необхідно бути обережним у прийнятті висновків, зроблених у літературі про результати психологічного та фармакологічного лікування, оскільки їх достовірність, як правило, скомпрометована важливими методологічними обмеженнями (174–176), такими як малий розмір вибірки, що не дозволяє уникнути помилок типу II, низька кількість жінок-проблемних гравців, високі показники вибуття та відсутність намірів лікування. Література щодо результатів психологічного лікування також характеризується дослідженнями, які не включають порівняльні чи контрольні групи, випадковим розподілом умов лікування або оцінкою ручних втручань. Крім того, мало уваги приділено гетерогенності форм азартних ігор, впливу супутніх захворювань на реакцію на лікування або механізмам дії, що лежать в основі психологічного втручання при проблемах із азартними іграми. Література щодо фармакологічного втручання характеризується надійною суттєвою відповіддю на плацебо, завдяки чому відповідь на фармакологічні засоби часто статистично не відрізняється від плацебо. Незважаючи на те, що з часом вони можуть зменшуватися (177, 178), високі показники відповіді на плацебо ускладнюють визначення ефективності фармакологічних втручань у короткотермінових дослідженнях або відкритих дослідженнях, які не мають умов плацебо.

Результати досліджень, що оцінюють фармакологічні втручання, також можуть не поширюватися на більшу популяцію азартних гравців, оскільки багато з них мають гомогенні та нерепрезентативні зразки, отримані за суворими критеріями виключення (наприклад, поточні супутні захворювання осі I, такі як депресія). Багатьох також, як правило, бентежить коротка тривалість фази лікування та відсутність подвійного сліпого аналізу. Більше того, мало відомо про ймовірність рецидиву після припинення прийому лікарських засобів через відсутність періодів спостереження, під час яких оцінювали б ефект лікування після закінчення періоду лікування.

Розглядаючи використання будь-якої рекомендованої терапії, слід також зазначити, що довгострокова підтримка терапевтичних переваг, отриманих від лікування проблеми з азартними іграми, є малодослідженою сферою. Відсутність лонгітюдних досліджень людей, які пройшли лікування від азартних ігор, означає, що доказова база недостатня щодо частоти рецидивів і довгострокової ефективності. Різноманітні відносно невеликі та короткі дослідження рецидивів, які були проведені, свідчать про те, що навіть за найкращих методів, таких як СВТ, вони можуть бути досить високими. Досвід клініцистів і якісні дослідження тих, хто пройшов лікування від азартних ігор, показують, що рецидив може бути правилом, а не винятком.

Клінічні питання, які використовуються для розробки рекомендацій щодо лікування

Були поставлені такі клінічні питання.

Психологічні втручання для проблеми азартних ігор

1а. Для людей із проблемами азартних ігор чи когнітивно-поведінкові втручання ефективніші, ніж відсутність втручання?

1b. Для людей із проблемами азартних ігор чи когнітивно-поведінкові втручання ефективніші за інші психологічні втручання?

2. Для людей з проблемами азартних ігор чи психологічні втручання, окрім когнітивно-поведінкових втручань, є більш ефективними, ніж відсутність втручання?

3. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи добровільне самовиключення ефективніше, ніж відсутність втручання?

4a. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічне втручання, що здійснюється практиком, ефективніше, ніж відсутність втручання?

4b. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічні втручання, які здійснюють практикуючі спеціалісти, є ефективнішими, ніж психологічні втручання, які здійснюються не практиками?

4c. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічне втручання, що здійснюється практиком, ефективніше, ніж психологічне втручання самодопомоги?

4d. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічні втручання, які здійснюються непрактиками, ефективніші за відсутність втручання?

4e. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічні втручання, які здійснюються непрактиками, ефективніші за психологічні втручання самодопомоги?

4f. Для людей з проблемами азартних ігор чи психологічне втручання самодопомоги ефективніше, ніж відсутність втручання?

5. Для людей із проблемами азартних ігор чи тривалі психологічні втручання, що проводяться практиком, є більш ефективними, ніж короткі психологічні втручання, що здійснюються практиком?

6a. Для людей з проблемами азартних ігор чи індивідуальні психологічні втручання більш ефективні, ніж групові психологічні втручання?

6b. Для людей із проблемами азартних ігор чи групове психологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

7. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічні втручання, що здійснюються в стаціонарі або в інтернатних установах, є більш ефективними, ніж психологічні втручання, що здійснюються в громадських умовах?

8a. Чи психологічні втручання, спрямовані на утримання від азартних ігор, більш ефективні для людей, які мають проблеми з азартними іграми, ніж психологічні втручання, спрямовані на утримання від них?

8b. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічні втручання з метою відмови від утримання ефективніші, ніж відсутність втручання?

Фармакологічні втручання для проблеми азартних ігор

9a. Чи є антидепресанти ефективнішими для людей із проблемами азартних ігор, ніж відсутність втручання?

9b. Чи є антидепресанти ефективнішими за інші фармакологічні засоби для людей із проблемами азартних ігор?

10a. Для людей із проблемами азартних ігор чи препарати-антагоністи опіоїдів ефективніші, ніж відсутність втручання?

10b. Чи є препарати-антагоністи опіоїдів ефективнішими за інші фармакологічні засоби для людей із проблемами азартних ігор?

11a. Для людей із проблемами азартних ігор чи стабілізатори настрою/протисудомні препарати ефективніші, ніж відсутність втручання?

11b. Для людей із проблемами азартних ігор чи стабілізатори настрою/протисудомні препарати ефективніші за інші фармакологічні заходи?

12a. Для людей із проблемами азартних ігор чи інші фармакологічні втручання, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/протисудомних препаратів, є більш ефективними, ніж відсутність втручання?

12b. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи фармакологічні втручання, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/протисудомних препаратів, є більш ефективними, ніж інші фармакологічні втручання?

Психологічні та фармакологічні втручання для проблеми азартних ігор

13. Чи є фармакологічне втручання більш ефективним, ніж психологічне втручання для людей із проблемами азартних ігор?

14a. Для людей з проблемами азартних ігор чи поєднане психологічне та фармакологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

14b. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи комбіновані психологічні та фармакологічні втручання більш ефективні, ніж психологічні чи фармакологічні втручання окремо?

Цільове втручання для проблеми азартних ігор

15a. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами чи є психологічне чи фармакологічне втручання більш ефективним, ніж відсутність втручання?

15b. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання ефективнішим за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами?

16a. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами або розладами чи втручання, спрямовані спочатку на лікування проблем азартних ігор, є більш ефективними, ніж втручання, спрямовані спочатку на лікування супутніх психічних симптомів або розладів?

16b. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами чи послідовні втручання ефективніші, ніж одночасні втручання?

17a. Для жінок із проблемами азартних ігор психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші, ніж відсутність втручання?

17b. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання для жінок із проблемами азартних ігор?

18a. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання ефективнішим для чоловіків із проблемами азартних ігор, ніж відсутність втручання?

18b. Для чоловіків із проблемами азартних ігор психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання?

19a. Для молодих людей, які мають проблеми з азартними іграми, психологічне чи фармакологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

19b. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для молодих людей із проблемами азартних ігор?

20a. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання більш ефективним, ніж відсутність втручання?

20b. Для людей похилого віку з проблемами азартних ігор чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання?

21a. Чи психологічні чи фармакологічні втручання є ефективнішими для людей із проблемами азартних ігор на EGM, ніж відсутність втручання?

21b. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор на EGM?

22a. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші, ніж відсутність втручання, для людей із проблемами азартних ігор, які займаються будь-якою гральною діяльністю, окрім EGM?

22b. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор, які займаються будь-якою гральною діяльністю, окрім EGM?

Результати, використані для розробки рекомендацій щодо лікування

Там, де це було доступно, для кожного клінічного питання оцінювали такі результати:

Гральна поведінка – будь-яка міра витрат, частоти чи тривалості.

Серйозність азартних ігор – будь-який стандартизований і підтверджений показник серйозності азартних ігор.

Психологічний дистрес – будь-яка стандартизована та перевірена міра психологічного дистресу, наприклад, депресія, розлад настрою, негативний афект або симптоми тривоги.

Вживання алкоголю та психоактивних речовин - будь-який стандартизований і підтверджений показник вживання алкоголю та психоактивних речовин (вживання, зловживання, залежність).

Якість життя - будь-який стандартизований і перевірений показник якості життя.

Рекомендації щодо лікування проблемної азартної залежності

У цьому розділі надається коротка інформація про кожну широку сферу втручання (наприклад, психологічні та фармакологічні втручання), після чого йдуть відповідні клінічні питання та короткий виклад доказів, які були включені в огляд.

Якщо було достатньо доказів, надається рекомендація, що ґрунтується на доказах. Практичні моменти супроводжують рекомендації, засновані на доказах, де це необхідно. Детальну інформацію про докази можна знайти в Додатку А1.

Для багатьох запитань було недостатньо доказів, щоб зробити рекомендацію на основі доказів. Це чітко зазначено в тексті. Нездатність визначити високоякісні докази щодо певних втручань є важливою для виявлення прогалин у знаннях. У відповідних випадках надається короткий опис того, що відомо на сьогодні, на основі іншої літератури та клінічної експертизи.

Ця інформація може бути використана як ресурс для використання дослідниками та практикаками до тих пір, поки не стануть доступними якісні докази. Жодних рекомендацій на основі консенсусу щодо питань лікування не було зроблено. За необхідності були сформульовані рекомендації щодо подальших досліджень.

Загалом 34 RCT (про які йдеться у 37 статтях) відповідали критеріям включення до клінічних питань лікування та допомогли сформувати основу рекомендацій, заснованих на доказах.

Психологічні втручання для проблеми азартних ігор

3.1 Когнітивно-поведінкова терапія (СВТ)

Визначення та теоретичні передумови СВТ обговорюються у великій та потужній літературі. СВТ - це загальний термін, що стосується терапії, яка включає в себе як поведінкові втручання (прямі спроби зменшити дисфункціональні емоції та поведінку шляхом зміни поведінки), так і когнітивні втручання (спроби зменшити дисфункціональні емоції та поведінку шляхом зміни індивідуальних оцінок і моделей мислення). Як зазначив Брюїн (179), «когнітивно-поведінкова терапія (СВТ) включає дуже різноманітний набір термінів і процедур» (стор. 31). Британська асоціація поведінкової та когнітивної психотерапії зазначає, що СВТ базується на прагматичному поєднанні принципів поведінкової та когнітивної теорій. Як когнітивне, так і поведінкове втручання ґрунтуються на припущенні, що попереднє навчання має дезадаптивні наслідки і що мета втручання полягає в зменшенні дистресу або дезадаптивної поведінки шляхом надання більш адаптивного досвіду навчання. Проте інтеграція між когнітивним і поведінковим підходами вже давно обговорюється через відсутність теоретичного збігу між цими двома підходами (179). Роль кондиціонування не є явною в когнітивних втручаннях, а роль когнітивних процесів не є явною в поведінкових втручаннях.

Незважаючи на те, що ця комбінація призводить до суттєвих і постійних дебатів щодо того, що насправді являє собою СВТ, і чи слід поєднувати поведінкові та когнітивні втручання, СВТ прагматично розвинулась для вирішення широкого спектру складних і рефрактерних клінічних проблем шляхом зміни переконань і поведінки за допомогою багатьох процедур. Незважаючи на цю різноманітність і прагматизм, визначення Асоціації СВТ (http://www.babcp.com/Public/What_is_CBT.aspx) охоплює більшість ключових питань:

Когнітивна та/або поведінкова психотерапія - це психологічні підходи, що ґрунтуються на наукових принципах і які, як показали дослідження, є ефективними для широкого кола проблем. Клієнти та терапевти працюють разом, коли терапевтичний альянс сформовано, щоб визначити та зрозуміти проблеми з точки зору зв'язку між думками, почуттями та поведінкою. Підхід зазвичай зосереджується на труднощах тут і зараз і покладається на те, що терапевт і клієнт формують спільний погляд на проблему індивіда. Потім це призводить до ідентифікації персоналізованих, як правило, обмежених у часі цілей і стратегій терапії, які постійно контролюються та оцінюються. Лікування за своєю суттю є розширюючим, результатом є зосередження на конкретних психологічних і практичних навичках (наприклад, у обмірковуванні та дослідженні значення, приписуваного подіям і ситуаціям, і переоцінці цих значень), спрямованих на надання клієнту можливості вирішити свої проблеми, використовуючи власні ресурси. Набуття та використання таких навичок розглядається як головна мета та активний компонент у просуванні змін з наголосом на застосуванні вивченого на практиці між сесіями («домашнє завдання»). Таким чином, загальна мета полягає в тому, щоб індивід приписував поліпшення своїх проблем власним зусиллям у співпраці з психотерапевтом. Когнітивні та/або поведінкові психотерапевти працюють з окремими особами, сім'ями та групами.

Ці підходи можна використовувати, щоб допомогти будь-кому, незалежно від здібностей, культури, раси, статі чи сексуальних уподобань. Когнітивну та/або поведінкову психотерапію можна використовувати окремо або в поєднанні з медикаментами, залежно від серйозності або характеру проблеми кожного клієнта.

СВТ є одним із найбільш визнаних і досліджених психологічних методів лікування емоційної, психологічної та психіатричної дисфункції. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності (NICE) (<http://www.nice.org.uk>) рекомендує СВТ для широкого кола проблем психічного здоров'я. На даний момент вони включають:

Депресія (6-20 сеансів)

Тривога (7-14 годин)

Обсесивно-компульсивний розлад

Дисморфічний розлад тіла

Хронічна втома

Посттравматичний стресовий розлад (8-12 сеансів)

Наразі від NICE немає жодних рекомендацій щодо використання СВТ для лікування азартних ігор. Перелік розладів, які, як було встановлено, ефективно лікуються за допомогою СВТ, набагато ширший, ніж той, що надається в рекомендаціях і настановах NICE. Національна служба охорони здоров'я Великобританії визначила створення служб СВТ як національний пріоритет охорони здоров'я для вирішення проблем психічного здоров'я та поведінки.

Припущення, яке лежить в основі, як правило, імпліцитне в поведінкових поясненнях проблемної азартної гри, полягає в тому, що азартні ігри є набутою

дезадаптивною поведінкою, яка є результатом поєднання історії особистого підкріплення та переважаючих умов підкріплення (180). Графіки позитивного підкріплення включають графік змінного співвідношення «випадкової» фінансової вигоди та графік підкріплення з фіксованим інтервалом суб'єктивного збудження та фізіологічного збудження. Існує також негативний графік підкріплення, який забезпечує втечу від емоційного болю та аверсивних стресових станів. Оперантне підкріплення дозволяє підтримувати азартні ігри достатньо довго, щоб збудження та хвилювання були пов'язані з пов'язаними з азартними іграми зовнішніми стимулами через класичне обумовлення (10, 180). Ці широко узагальнені умовні стимули включають зовнішні стимули, такі як ситуації, місця та час, або внутрішні стимули, такі як стани настрою, фізіологічне збудження або пізнання. Ці оперантні та класичні графіки управління також можуть поєднуватися з раннім впливом азартних ігор і ефектами моделювання, щоб схилити людей до участі в азартних іграх (180).

Відповідно до принципів навчання, поведінкові підходи зазвичай застосовують класичні та оперантні методи управління, щоб зменшити збудження та хвилювання, пов'язані з азартними іграми. При оцінці втручання щодо проблем із азартними іграми було досліджено низку поведінкових процедур, включаючи аверсивні методи, приховану сенсibilізацію, позитивне підкріплення, методи впливу, методи контролю стимулів, систематичну десенсibilізацію, поведінкове консультування та вплив сигналів. Інші поведінкові процедури включають уявну десенсibilізацію, альтернативне планування діяльності, навчання вирішенню проблем, фінансове планування та встановлення лімітів, навчання соціальним навичкам і спілкуванню, а також запобігання рецидивам.

Когнітивні пояснення припускають, що гравці мають недійсні переконання, які базуються на хибних припущеннях і підтримуються упередженою інтерпретацією доказів (181). Найпоширеніші когнітивні упередження включають надмірну впевненість у здатності ідентифікувати системи виграшу; віра в те, що перемога неминуча; переконання, що ставлення, переконання, молитва, конкретні місця або поведінка можуть вплинути на результати азартних ігор; робити ставки на основі інстинкту, прикмет, передчуттів і почуттів; розглядати удачу як особисту або залежну від обставин навколишнього середовища; згадування перемог і ігнорування поразок; і персоналізація ігрових автоматів (182). Вважається, що неадекватна концептуалізація статистичної незалежності та випадковості є основною ознакою когнітивних спотворень, пов'язаних з азартними іграми.

Когнітивні формулювання розвитку та підтримки азартних ігор передбачають, що втручання має виявити когнітивні викривлення та упередження та виправити їх за допомогою методів когнітивної реструктуризації. Когнітивні неправильні уявлення про основні поняття випадковості (наприклад, помилки гравців, гонитва за програшами, дисконтування програшів, переоцінка навичок і ефективності систем або забобонна поведінка) зазвичай виправляються доказами, пов'язаними з

незалежністю гри, нездатністю стратегії чи забобони для контролю результату та негативне очікування перемоги.

З'являється все більше доказів ефективності СВТ для лікування азартних ігор у різних ситуаціях та в поєднанні з іншими втручаннями. Незважаючи на те, що в літературі немає вагомої основи для диференціації доступних варіантів лікування, когнітивно-поведінкова терапія була обережно рекомендована як «найкраща практика» для психологічного лікування азартних ігор (183).

Щоб отримати кваліфікацію для проведення СВТ, необхідні відповідна підготовка та кваліфікація. Навчання з СВТ майже повсюдно включено до навчальних програм психології, клінічної психології та психіатрії. Таким чином, психологи, клінічні психологи та психіатри, які пройшли тренінги з СВТ у своїй загальній підготовці, належним чином підготовлені та кваліфіковані для проведення цього лікування. В інших професіях, таких як консультування та соціальна робота, підготовка з СВТ не є загальною частиною стандартної підготовки. Таким чином, деяким практикуючим лікарям може знадобитися додаткове навчання для проведення СВТ. Існує багато таких курсів, які пропонуються в акредитованих системах безперервної професійної освіти відповідних коледжів, включаючи Австралійське психологічне товариство та Королівський коледж психіатрів Австралії та Нової Зеландії.

Критерії включення до клінічного запитання 1

У цій настанові когнітивно-поведінкові втручання визначено як будь-яке когнітивне, поведінкове або когнітивно-поведінкове втручання, наприклад:

Когнітивно-поведінкова терапія (СВТ)

Раціональна емоційна терапія (RET) або раціональна емоційно-поведінкова терапія (REBT)

Когнітивна терапія (СТ)

Когнітивна перебудова або корекція

Поведінкова терапія/консультування

Терапія аверсії (наприклад, зняття аверсії, електрична аверсія, фарадичний шок)

Процедури експозиції та десенсибілізації (уявні або *in vivo*) (наприклад, процедури прихованого управління або сенсибілізації, процедури впливу сигналу [короткочасні або тривалі] з або без запобігання відповіді; затоплення; імпульсивна терапія; релаксація, прогресуюча релаксація м'язів, тренування прикладної релаксації; контроль стимулів)

Процедури підкріплення (наприклад, позитивне підкріплення, укладання контрактів на випадок непередбачених обставин, винагорода на випадок непередбачених ситуацій, управління непередбаченими випадками, самопідкріплення, модифікація поведінки)

Поведінкова активація (наприклад, альтернативне або приємне розклад/планування діяльності, заміна дозвілля)

Навчання навичкам (наприклад, навчання вирішенню проблем, навчання спілкуванню, навчання соціальним навичкам, навчання самовпевненості)

Профілактика рецидивів

Терапія на основі сприйняття, наприклад, діалектична поведінкова терапія (DBT), терапія прийняття та зобов'язань (ACT), когнітивна терапія на основі уважності (MBCT) або зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR)

Відображення зв'язків вузлів – техніка, призначена для візуального представлення та виділення взаємозв'язків між думками, емоціями, діями та впливом середовища (184).

Ці когнітивно-поведінкові втручання можуть здійснюватися в будь-якому режимі, з використанням будь-яких матеріалів, у будь-якому місці, у будь-якій дозі та з будь-яким рівнем участі практикуючого.

Резюме доказів для клінічного питання 1а. Для людей із проблемами азартних ігор чи когнітивно-поведінкові втручання ефективніші, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено десять рандомізованих контрольованих досліджень (RCT). Було виявлено, що одне RCT має низький ризик зміщення, два – помірний ризик зміщення, а сім – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях були зроблені різні порівняння:

Індивідуальна СВТ проти групової СВТ проти контролю списку очікування (185)

Індивідуальне направлення на СВТ проти GA (186)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ і мотиваційна співбесіда проти контролю в списку очікування (187)

Робочий зошит СВТ та мотиваційне інтерв'ю проти робочого зошита СВТ та мотиваційного інтерв'ю та 6-сеансової додаткової підтримки по телефону проти лише робочого зошита СВТ проти контролю в списку очікування (188)

Індивідуальна СВТ проти контролю списку очікування (189, 190)

Групова СВТ проти контролю списку очікування (174)

Індивідуальне направлення на СВТ і GA проти робочої книги СВТ і направлення GA проти направлення GA (191)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків у групі проти групового невідображення та керування списком очікування (184)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків групи та керування списком очікування (184).

Дослідження, в яких порівнювали індивідуальну СВТ з контрольною групою, показали, що СВТ була вищою за контрольну групу щодо зменшення тяжкості азартних ігор, ігрової поведінки та психологічного дистресу (185, 186, 189-191). Дослідження, які порівнювали групову СВТ з контрольною, виявили суперечливі результати. Одне дослідження показало, що групова СВТ була вищою за контроль у списку очікування щодо зниження поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і деяких заходів психологічного стресу (185). Одне дослідження показало, що групова СВТ була вищою за контроль у списку очікування щодо зменшення тяжкості азартних ігор, але не було виявлено відмінностей між групами в ігровій поведінці (174). Дослідження, які порівнювали робочий зошит із самодопомоги СВТ з контрольною, показали досить подібні результати. Одне дослідження не виявило відмінностей між

групами в ігровій поведінці (187), одне дослідження виявило, що робочий зошит із самопомоги КПТ був кращим за контрольну групу зі списку очікування щодо зниження поведінки, пов'язаної з азартними іграми, але лише під час подальшої оцінки (188), а одне дослідження, яке оцінювало як ігрову поведінку, так і тяжкість ігор, не виявило відмінностей між самопомогою Група робочого журналу СВТ і контрольна група направлення GA (191). Два РКД, які порівнювали групове відображення зв'язків вузлів, розширене СВТ з контролем списку очікування, виявили дещо суперечливі результати.

В одному RCR було виявлено, що розширене СВТ зіставлення групових вузлів-зв'язків перевершує контроль списку очікування щодо зменшення тяжкості азартних ігор. Для обох груп було виявлено значне зниження витрат на азартні ігри від показників до лікування та після лікування. Суттєве зниження тривалості азартних ігор було виявлено лише в групі, яка отримувала розширене картування. У другому RCT було виявлено значне зниження показників тяжкості азартних ігор, витрат на азартні ігри та психологічних розладів від оцінок до лікування та результатів після лікування у групі, що розширено картографуванням, а не для контролю в списку очікування. Не було виявлено суттєвих відмінностей між показниками до і після лікування ні в групі з розширеним картуванням, ні в контрольній групі зі списком очікування щодо тривалості азартних ігор (184).

Рекомендація 1, заснована на доказах	
Індивідуальну або групову когнітивно-поведінкову терапію слід використовувати, щоб зменшити схильність до азартних ігор, тяжкість ігор і психологічний дистрес у людей, які мають проблеми з іграми.	B
Практичний пункт	
У разі призначення когнітивно-поведінкової терапії можна розглянути наступне: Практикуючі лікарі з відповідною кваліфікацією та підготовкою Ручне виконання втручання	

Резюме доказів для клінічного запитання 1b. Для людей з проблемами азартних ігор чи когнітивно-поведінкові втручання ефективніші за інші психологічні втручання?

Для включення було визначено одне RCT (192). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень
Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні азартних ігор порівняно з іншими психологічними втручаннями.

3.2 Інші психологічні втручання

Окрім когнітивно-поведінкових втручань, існує низка інших психологічних втручань, які були оцінені для проблеми з азартними іграми. Багато з цих втручань оцінюють ефективність втручань, заснованих на мотиваційному інтерв'ю, у лікуванні проблеми з азартними іграми.

Мотиваційне інтерв'ю (МІ) це орієнтований на клієнта, директивний стиль консультування, який допомагає людям вивчити та вирішити амбівалентність щодо зміни поведінки (193). Мета цього немануалізованого стилю втручання — тихо прояснити амбівалентність і викликати розмову про зміни, використовуючи основні навички інформування з вибором, цілеспрямованого слухання та постановки цікавих запитань. Дух, що лежить в основі цього втручання, передбачає співпрацю, в якій терапевт і клієнт разом прагнуть змін; викликання, за допомогою якого вважається, що клієнт володіє внутрішніми цілями та ресурсами для змін; і автономія, за якої терапевт поважає право клієнта та здатність керувати собою та сприяє інформованому вибору (194). Принципи цього втручання полягають у висловлюванні та слуханні з емпатією, розуміння мотивації клієнта та емпатичний розвиток невідповідності між теперішньою поведінкою та ширшими цілями та цінностями, опір виправляючому рефлексу (тобто перекочування з опором) і підтримка самоефективності та розширення можливостей (193, 194). Було стверджено, що «в основі МІ лежить тиха цікавість щодо мотивації клієнта та здатність використовувати слухання, щоб спонукати до роздумів і розглянути особисту цінність зміни поведінки» (193).

Низка конкретних ручних методів втручання була отримана з мотиваційного інтерв'ю, в тому числі Терапія підвищення мотивації (МЕТ). МЕТ — це втручання, що складається з чотирьох сеансів і було розроблено спеціально як одне з трьох втручань, перевірених у рамках проекту MATCH (195), клінічного випробування лікування зловживання алкоголем і алкогольної залежності. Він включає двосесансове обстеження, яке передбачає всебічну оцінку вживання алкоголю та пов'язаної з ним поведінки клієнта з подальшим систематичним зворотним зв'язком із клієнтом про результати. Ці сеанси супроводжуються двома повторними сеансами (на 6 і 12 тижні). Цей формат було обрано для паралельного 12-тижневого (і 12 сеансів) формату двох більш інтенсивних процедур у дослідженні. МІ є домінуючим стилем, який використовують консультанти в МЕТ. Однак цілком можливо запропонувати мотиваційне співбесіду без будь-якого формального оцінювання.

Порівняно з СВТ, небагато практиків мають навчання МІ/МЕТ, включене в стандартну підготовку. Для того, щоб отримати відповідну кваліфікацію та підготовку з МІ/МЕТ, необхідно пройти курс або курси з МІ. Мережа тренерів з мотиваційних інтерв'ю (MINT) має систему акредитації для практиків МІ. На додаток до MINT у системах безперервної професійної освіти відповідних коледжів також зазвичай пропонується навчання МІ. Практикуючі лікарі, які не проходили МІ/МЕТ, включені до стандартного навчання, які бажають надати таке лікування проблемної азартної залежності, повинні пройти це навчання.

Критерії включення до клінічного питання 2

У цій настанові інші психологічні втручання були визначені як будь-яка терапія за визначенням дослідника, яка не включає терапію, раніше зазначену як когнітивну та/або поведінкову, наприклад:

Терапія підвищення мотивації (МЕТ, МІ, коротка мотиваційна терапія, методи підвищення комплаєнсу, втручання для покращення комплаєнсу)

Терапія, орієнтована на рішення

Терапія, орієнтована на клієнта

Психодинамічні втручання

Підтримуюче консультування або терапія

Парна та сімейна терапія (адаптована терапія для пар, конгруентна терапія для пар, сімейна терапія, подружня терапія, інтегративна поведінкова терапія для пар, шлюбне консультування, структуроване сімейне втручання, системна терапія)

Десенсибілізація рухів очей, гіпноз

Фінансове консультування (фінансове консультування, управління, планування або встановлення лімітів)

Ці психологічні втручання можуть здійснюватися в будь-якому режимі, з використанням будь-яких матеріалів, у будь-якому місці, у будь-якій дозі та з будь-яким рівнем участі практикуючого.

Резюме доказів для клінічного запитання 2. Чи психологічні втручання, окрім когнітивно-поведінкових втручань, ефективніші за відсутність втручання для людей із проблемами азартних ігор?

Для включення було визначено сім RCT. Чотири RCT мали низький ризик зміщення, а три RCT мали високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях були зроблені різні порівняння:

Персоналізований зворотний зв'язок проти контролю за списком очікування (196)

Мотиваційне інтерв'ю проти контрольного інтерв'ю (197)

Сеанс консультування проти контролю в списку очікування (198)

Робочий зошит СВТ для самодопомоги проти робочого зошита СВТ для самодопомоги+мотиваційне інтерв'ю по телефону проти контролю за списком очікування (187)

Робочий зошит СВТ для самодопомоги проти робочого зошита СВТ для самодопомоги+мотиваційне інтерв'ю по телефону проти зошита СВТ для самодопомоги+мотиваційне інтерв'ю по телефону+6 додаткових телефонних підтримок проти контролю в списку очікування (188)

МЕТ+СВТ проти МЕТ проти короткої поради проти лише оцінки (199, 200)

Встановлено, що персоналізований зворотний зв'язок є кращим, ніж контроль за списком очікування, у зменшенні деяких показників ігрової поведінки, однак між групами не було виявлено відмінностей у тяжкості азартних ігор (196). Не було виявлено суттєвих відмінностей між сеансом консультування та контрольною групою щодо ігрової поведінки (198). Було встановлено, що мотиваційне інтерв'ю є кращим від контрольного інтерв'ю

щодо зниження схильності до азартних ігор, однак не було виявлено відмінностей між групами щодо тяжкості азартних ігор (197).

У двох RCT мотиваційне інтерв'ю в поєднанні з робочим зошитом для самодопомоги виявилось кращим, ніж контроль за списком очікування, у зниженні поведінки щодо азартних ігор (187, 188). Два RCT, які порівнювали MET, комбіноване MET і СВТ, короткі поради та лише контрольну оцінку, виявили дещо суперечливі результати. В одному RCT не було виявлено відмінностей між групами MET або MET+СВТ у порівнянні з контрольною групою лише для оцінки, ані щодо ігрової поведінки, ані щодо тяжкості азартних ігор (199). Група короткої консультації була вищою за контрольну групу лише за оцінкою щодо зниження поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і тяжкості гри (199). Інше RCT не виявило відмінностей між двома втручаннями MET і контрольною групою для днів, в яких грали в азартні ігри, однак лише умова MET показала значно більше зниження в доларах, поставлених з часом, порівняно з контрольною умовою (200). Усі три активні умови (MET, MET+СВТ і коротка порада) також продемонстрували значно більше зниження тяжкості азартних ігор порівняно з контрольною умовою (200). Загалом результати показали, що мотиваційні інтерв'ю були кращими, ніж контрольні групи, у зниженні поведінки, пов'язаної з азартними іграми. Результати також показали, що MET був кращим, ніж контрольні групи, у зниженні тяжкості азартних ігор і деяких показниках ігрової поведінки.

Рекомендація 2, заснована на доказах	
Мотиваційні інтерв'ю та мотиваційна терапія повинні використовуватися для зниження рівня поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і тяжкості азартних ігор у людей, які мають проблеми з азартними іграми.	B
Практичний пункт	
Можна розглянути практикуючих лікарів з відповідною кваліфікацією та підготовкою. Можна розглянути ручне надання терапії підвищення мотивації	

Незважаючи на те, що була зроблена рекомендація, заснована на фактичних даних, було визнано доцільним розробити рекомендацію для подальших досліджень, оскільки існує багато психологічних втручань, які не були оцінені при лікуванні людей з проблемами азартних ігор.

Рекомендації для подальших досліджень
Рандомізовані контрольовані випробування, де це можливо, слід проводити для визначення ефективності психологічних втручань, крім когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного інтерв'ю та терапії підвищення мотивації, у лікуванні проблемної залежності від азартних ігор у порівнянні з відсутністю втручання або іншими психологічними втручаннями

3.3 Добровільне самовиключення

Самовиключення було визначено як стратегію зменшення попиту в рамках підходу до мінімізації шкоди до політики та регулювання азартних ігор (201). Програми самовиключення – це галузеві програми, призначені для допомоги проблемним гравцям припинити або обмежити свою ігрову поведінку шляхом

обмеження їхнього доступу до ігрових можливостей (202). Вони вимагають, щоб особи добровільно підписали угоду про відмову у вході до певних гральних закладів або щоб їх попросили залишити, якщо вони ідентифіковані з певних гральних закладів. Періоди самовідсторонення можуть бути різними, при цьому вони можуть бути обмежені за часом (наприклад, 6 місяців) або включати довічну заборону (202).

Незважаючи на широку доступність програм самовиключення, існує обмежена кількість досліджень щодо вивчення характеристик людей, які користуються цими послугами, і ефективності цих програм. Дослідження свідчать про те, що більше половини тих, хто виключає себе, є чоловіками, а більшість класифікується як патологічні гравці (203, 204). Люди, які самовідлучилися, найчастіше дізнаються про програми самовідсторонення від своїх друзів або родичів, за ними йде інформація, отримана від грального закладу та ЗМІ (204). Ряд дослідників виявили, що не кожен, хто просить самоізоляцію, також бажає отримати консультацію (203, 204). Ladouceur та його колеги (203) виявили, що 49 відсотків учасників дослідження, які підписали угоди про самовиключення, розглядали можливість звернутися за консультацією, але лише 10 відсотків насправді це зробили.

Ефективність програм самовиключення можна виміряти кількома способами: коефіцієнт використання, відповідність вимогам самовиключення та вплив на ігрову поведінку (205). Рівень використання самовиключення загалом низький, за оцінками, від 0,4 до 7 відсотків проблемних гравців користуються програмами самовиключення (205–207). Висновки показують, що, хоча багато тих, хто самовиключився, повідомляють про впевненість у тому, що вони можуть успішно триматися подалі від закладів азартних ігор протягом періоду самовідсторонення, від 10 до 50 відсотків порушують угоду про самовідсторонення, зайшовши в заклад грального закладу (203, 204, 207). Цікаво, що Ladouceur та його колеги (204) виявили, що 45 відсотків тих, хто відмовився від гри, мали намір повернутися до місця проведення азартних ігор після завершення періоду самовідсторонення. Самовиключені порушують в середньому від 3 до 6 разів протягом періоду самовиключення і приблизно половина грають в інші ігри протягом періоду самовиключення (203, 207). Висновки показують, що приблизно 30 відсотків тих, хто самовідлучився, утримуються протягом періоду самовідсторонення. Висновки також показують, що програми самоізоляції пов'язані зі зниженим бажанням грати в азартні ігри, підвищеним сприйняттям контролю, зменшенням інтенсивності негативних наслідків і зниженням тяжкості азартних ігор (204). Існує очевидна потреба в подальшому дослідженні поведінки тих, хто порушує правила гри, так само як є потреба знати більше про подальшу поведінку тих, хто скасовує заборону на самовиключення.

Критерії включення до клінічного запитання 3

У цій настанові добровільне самовиключення було визначено як добровільне самовиключення з будь-якого грального закладу (наприклад, казино Crown) або гральної організації (наприклад, Австралійської асоціації готелів).

Резюме доказів для клінічного запитання 3. Чи є добровільне самовиключення більш ефективним для людей із проблемами азартних ігор, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані випробування для визначення ефективності самовиключення в лікуванні проблеми з азартними іграми порівняно з відсутністю втручання

3.4 Залучення практикуючого лікаря до психологічного втручання

Самодопомога - це лікування, яке потребує мінімального професійного часу та ресурсів або їх повної відсутності. Ці втручання можуть надати безпечні, економічно ефективні та ефективні за часом альтернативи традиційним психологічним втручанням, особливо для тих гравців, у яких проблеми з азартними іграми виникли раніше та менш серйозні. Багато з цих втручань також можуть бути доцільними для азартних гравців, які не мають або не бажають отримати доступ до місцевих послуг, і підвищити доступність лікування для проблемних гравців, які знаходяться у географічно віддалених районах. На сьогоднішній день література про результати самопомоги при проблемі з азартними іграми включала переважно використання когнітивно-поведінкових робочих зошитів для самопомоги. Інші втручання включають індивідуальні відгуки та втручання через Інтернет.

Критерії включення до клінічного запитання 4

У цій настанові Психологічні втручання визначалися як будь-яке психологічне втручання, яке виконує терапевт або клініцист. Психологічне втручання може мати будь-яку теоретичну орієнтацію, установку, модальність або метод доставки. Непрактикуючий психологічне втручання було визначено як будь-яке психологічне втручання, яке виконує особа, яка не є терапевтом або лікарем. Це включало однолітків, допоміжних працівників і старших. Самодопомога психологічне втручання було визначено як будь-яке психологічне втручання, коли люди переважно допомагають собі з мінімальною допомогою або без допомоги інших. Це включало робочі зошити для самопомоги та Інтернет- або онлайн-терапію, яка не передбачає контакту з клініцистом.

Резюме доказів для клінічного питання 4а. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічне втручання, що здійснюється практиком, ефективніше, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено 13 RCT. Було виявлено, що три RCT мають низький ризик зміщення, два – помірний ризик зміщення, а вісім – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях розглядалися різні порівняння:

Індивідуальна СВТ проти групової СВТ проти контролю списку очікування (185)

Індивідуальне направлення СВТ проти ГА (контроль списку очікування) (186)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ і мотиваційна співбесіда проти контролю в списку очікування (187)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ + мотиваційне інтерв'ю проти робочого зошита СВТ + мотиваційне інтерв'ю + 6 додаткова телефонна підтримка проти контролю в списку очікування (188)

Індивідуальна СВТ проти контролю списку очікування (189, 190)

Групова СВТ проти контролю списку очікування (174)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків у групі проти групового невідображення та керування списком очікування (184)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків групи та керування списком очікування (184)

Індивідуальне направлення на СВТ і ГА проти робочої книжки СВТ і направлення ГА проти лише направлення ГА (191)

МЕТ і СВТ проти МЕТ проти короткої поради проти лише оцінки (199, 200)

Сеанс консультування проти контролю (198)

СВТ: кілька досліджень порівнювали практикуючих СВТ з певною формою контрольної групи. Результати цих досліджень були досить узгодженими в тому, що СВТ, проведена практикуючими лікарями, була більш ефективною, ніж контрольна група, у зниженні поведінки та тяжкості азартних ігор (185, 186, 189–191). Два дослідження, які оцінювали психологічний дистрес, також виявили, що СВТ, яку проводив практикуючий лікар, була більш ефективною для зменшення психологічного дистресу, ніж контрольна група (185, 186). Деякі суперечливі результати були знайдені для групової когнітивної терапії практикуючим лікарем, де одне дослідження показало, що воно було більш ефективним у зниженні поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і певного психологічного стресу порівняно з контролем у списку очікування (185), тоді як інше дослідження показало, що групова когнітивна терапія, яку проводив практикуючий лікар, була більш ефективною у зменшенні тяжкості азартних ігор, але не в ігровій поведінці (174). Два РСТ, які досліджували ефективність СВТ із розширеним відображенням вузлів-зв'язків, виявили, що розширене лікування відображення було кращим за контроль за списком очікування щодо зменшення тяжкості азартних ігор. Обидва РСТ також виявили значне зменшення витрат на азартні ігри від періоду до лікування та після лікування в групі, яка вивчала картографування, проте лише одне з РСТ виявило значне зменшення тривалості азартних ігор. Також було виявлено значне зниження психологічних розладів у порівнянні з періодом до лікування та після лікування у групі, яка отримувала розширене відображення вузлів-зв'язків (184), лише одне з РСТ виявило значне зменшення тривалості азартних ігор.

MI/MET: Встановлено, що мотиваційне інтерв'ю, проведене по телефону, у поєднанні з робочим зошитом СВТ для самопомоги є кращим за контроль за списком очікування щодо ігрової поведінки (187, 188). Два RCT, які порівнювали MET, комбіноване MET і СВТ, короткі поради та контрольну групу лише з оцінкою, виявили дещо суперечливі результати. Одне RCT не виявило відмінностей між групами MET або MET + СВТ у порівнянні з контрольною групою в ігровій поведінці або тяжкості азартних ігор протягом 6-тижневого періоду дослідження, однак умова MET + СВТ виявилася значно ефективнішою для зниження важкості азартних ігор, ніж контрольна група протягом 9-місячного періоду спостереження (199). Було встановлено, що коротка порада є кращою, ніж контроль лише для оцінки, у зниженні поведінки та тяжкості азартних ігор (199). Інше RCT не виявило відмінностей між двома втручаннями MET і контрольною групою для днів, в яких грали в азартні ігри, однак умова MET показала значно більше зниження поставлених доларів з часом порівняно з контрольною умовою (200). Усі три активні умови (MET, MET + СВТ і коротка порада) також продемонстрували значно більше зниження тяжкості азартних ігор порівняно з контрольною умовою (200). Загалом результати цих досліджень були узгодженими в тому, що мотиваційне інтерв'ю було кращим за контрольну групу щодо зниження схильності до азартних ігор. Дослідження, у яких порівнювали MET з контрольною групою, показали, що MET перевершує контрольну групу щодо зменшення тяжкості азартних ігор і деяких показників ігрової поведінки.

ІНШЕ: одне RCT, яке вивчало ефективність сеансу консультування та контрольної групи, не виявило суттєвих відмінностей між двома втручаннями щодо ігрової поведінки (198).

Загалом результати показали, що психологічні втручання, проведені практикуючими фахівцями, були кращими, ніж контрольні групи, у зменшенні тяжкості азартних ігор та ігрової поведінки, а в деяких випадках і психологічного дистресу.

Рекомендація 3, заснована на доказах	
Психологічні втручання, які проводить практикуючий лікар, повинні використовуватися для зменшення тяжкості пристрасті до азартних ігор та поведінки, пов'язаної з азартними іграми, у людей із проблемами, пов'язаними з азартними іграми.	В
Практичний пункт	
Якщо практикуючий лікар повинен призначити психологічне втручання, можна розглянути наступне: Уподобання клієнтів Доступність послуг Практикуючі лікарі з відповідною кваліфікацією та підготовкою Ручне виконання втручання	

Резюме доказів для клінічного запитання 4b. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи психологічні втручання, які здійснюють практикуючі спеціалісти, є ефективнішими, ніж психологічні втручання, які здійснюються непрактиками?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані випробування щодо ефективності психологічних втручань, що здійснюються практикуючими фахівцями, у лікуванні проблеми з азартними іграми, порівняно з психологічними втручаннями, які не здійснюють практикуючі спеціалісти (працівники-рівники, допоміжні працівники та люди похилого віку).

Резюме доказів для клінічного запитання 4с. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічне втручання, що здійснюється практиком, ефективніше, ніж психологічне втручання самопомоги?

Для включення було визначено три RCT. Було виявлено, що одне RCT має низький ризик зміщення, одне RCT – помірний ризик зміщення, а одне RCT – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях розглядалися різні порівняння:

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ + мотиваційна співбесіда проти контролю в списку очікування (187)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ + мотиваційне інтерв'ю проти робочого зошита СВТ + мотиваційне інтерв'ю + 6 додаткова телефонна підтримка проти контролю в списку очікування (188)

Направлення GA проти направлення GA + робоча книжка СВТ проти направлення GA + індивідуальна СВТ (191)

Два дослідження показали, що комбінований зошит із СВТ із самопомоги та втручання в мотиваційному інтерв'ю, проведене по телефону, був кращим, ніж втручання лише зошита з СВТ із самопомоги у зменшенні тяжкості азартних ігор та у зменшенні деяких показників ігрової поведінки (187, 188).

Встановлено, що втручання СВТ, проведене практикуючим лікарем, перевершує втручання в робочому зошиті СВТ для самопомоги у зниженні поведінки щодо азартних ігор (191). Загалом результати показали, що психологічне втручання, здійснюване практиком, було кращим, ніж психологічне втручання самопомоги в зменшенні тяжкості азартних ігор і ігрової поведінки.

Рекомендація 4, заснована на доказах

Психологічні втручання, які проводить практикуючий лікар, повинні використовуватися замість психологічних втручань для самопомоги, щоб зменшити тяжкість азартних ігор і ігрову поведінку в людей з проблемами азартних ігор.

В

Практичний пункт

Якщо практикуючий лікар повинен призначити психологічне втручання, можна розглянути наступне:
 Уподобання клієнтів
 Доступність послуг
 Практикуючі лікарі з відповідною кваліфікацією та підготовкою
 Ручне виконання втручання

Резюме доказів для клінічного запитання 4d. Для людей з проблемами азартних ігор, чи психологічні втручання, які здійснюються непрактиками, ефективніші, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження для визначення ефективності психологічних втручань, які не проводять лікарі (однолітків, допоміжних працівників і осіб похилого віку) у лікуванні азартних ігор порівняно з відсутністю втручання.

Резюме доказів для клінічного запитання 4e. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічні втручання, які здійснюють непрактики, ефективніші за психологічні втручання самопомоги?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності психологічних втручань, які не проводять лікарі (однолітків, допоміжних працівників і осіб похилого віку) у лікуванні проблемних азартних ігор у порівнянні з психологічними втручаннями самопомоги.

Резюме доказів для клінічного запитання 4f. Для людей з проблемами азартних ігор чи психологічне втручання самопомоги ефективніше, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено п'ять RCT. Було виявлено, що два RCT мають низький ризик зміщення, одне RCT – помірний ризик зміщення, а два RCT – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях розглядалися різні порівняння:

СВТ та МІ через Інтернет у порівнянні зі списком очікування (208)

Персоналізований зворотний зв'язок проти контролю за списком очікування (196)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ + мотиваційне інтерв'ю по телефону проти контролю в списку очікування (187)

Робочий зошит СВТ проти робочого зошита СВТ + телефонне мотиваційне інтерв'ю проти робочого зошита СВТ + телефонне мотиваційне інтерв'ю + 6 додаткова телефонна підтримка проти контролю в списку очікування (188)

Направлення GA проти направлення GA + робоча книжка СВТ проти направлення GA + індивідуальна СВТ (191)

Суперечливі результати були виявлені в трьох дослідженнях, у яких порівнювали робочі зошити для самодопомоги з СВТ із контрольним списком очікування. Деякі виявили, що психологічні втручання для самодопомоги перевершують контрольну групу щодо зниження ігрової поведінки та тяжкості азартних ігор, а інші – ні. Два дослідження не виявили суттєвих відмінностей між групами в ігровій поведінці (187, 191), і одне з цих досліджень також оцінювало тяжкість азартних ігор і не виявило суттєвих відмінностей між групами (191). Одне дослідження показало, що робочий зошит із самодопомоги СВТ був кращим, ніж контроль за списком очікування, щодо зменшення поведінки, пов'язаної з азартними іграми, але лише під час подальшого оцінювання (188).

Встановлено, що втручання з персоналізованим зворотним зв'язком є кращим, ніж контроль за списком очікування, щодо зменшення деяких показників ігрової поведінки, але суттєвих відмінностей між групами в тяжкості азартних ігор виявлено не було (196). Встановлено, що втручання через Інтернет для самодопомоги є кращим, ніж контроль за списком очікування, щодо зменшення тяжкості азартних ігор (208).

Сукупність доказів для цього питання була оцінена GDG як C, яка ґрунтувалася на кількох дослідженнях із низьким ризиком упередженості. Рекомендація, заснована на доказах, зазвичай формулюється для доказів рівня C. Однак у цьому випадку не було зроблено жодних рекомендацій на основі доказів через різноманітні та суперечливі висновки, які вказували на відсутність конкретного напрямку впливу.

Більше того, більшість досліджень, присвячених втручанням із самодопомоги, не повідомляють про рівень прихильності. Імовірно, це пов'язано зі складністю моніторингу того, наскільки люди фактично використовують ресурси самодопомоги. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності психологічного втручання самодопомоги в лікуванні проблеми азартних ігор порівняно з відсутністю втручання.

3.5 Тривалість психологічного втручання

Мінімальні або короткі втручання – це те лікування, яке вимагає менше професійного часу та/або ресурсів, ніж типове для традиційної терапії (209). У літературі про азартні ігри вони визначені як такі, що коливаються від 10 хвилин до чотирьох сеансів (199). З точки зору поетапного лікування, ці втручання можуть забезпечити безпечну, економічно ефективну та ефективну за часом

альтернативу традиційним психологічним втручанням, особливо для тих гравців, які мають більш ранній початок і менш серйозні проблеми з азартними іграми. У новітній літературі успішно застосовано низку втручань із проблемою азартних ігор, що передбачають мінімальний контакт з терапевтом, включаючи робочі зошити самопомоги з додатковими сеансами, короткими порадами, особистими втручаннями з невеликою кількістю сеансів, короткими втручаннями, які проводяться по телефону та в Інтернеті, і втручання, що здійснюються через аудіокасети та відеоконференції. Короткі втручання для проблеми азартних ігор зазвичай включали комбінацію MI, MET.

Критерії включення до клінічного запитання 5

У цій настанові тривале психологічне втручання визначено як будь-яке психологічне втручання тривалістю більше чотирьох сеансів терапії, яке проводить терапевт або клініцист (210). Короткі психологічні втручання визначалися як будь-яке психологічне втручання від 5 хвилин простих порад до одного-чотирьох повних сеансів терапії, які проводяться терапевтом або клініцистом (210).

Резюме доказів щодо клінічного запитання 5. Чи тривалі психологічні втручання, що проводяться практиком, є ефективнішими для людей із проблемами азартних ігор, ніж короткі психологічні втручання, що здійснюються практиком?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності тривалих психологічних втручань, що здійснюються практикуючими лікарями, у лікуванні азартних ігор порівняно з короткими втручаннями.

3.6 Групове психологічне втручання

Визначення диференціальної ефективності індивідуального та групового лікування для людей з проблемами азартних ігор, оскільки лікування, що проводиться в груповому оточенні, може мати кілька переваг перед лікуванням, що проводиться на індивідуальній основі (174, 211). Групове лікування забезпечує економічно ефективну форму надання лікування як функцію лікування більшої кількості проблемних гравців, особливо коли попит на лікування перевищує пропозицію. Групова терапія також може сприяти відчуттю нормалізації у проблемних гравців, формуванню почуття згуртованості та членства в групі, сприянню взаємного прийняття та підтримки, зменшенню потенціалу сорому та стигми, формуванню відчуття структури та зменшенню потенціалу брехні, або самообман. Це також може сприяти навчанню через спостереження, ідентифікації загальних проблем і рішень, конфронтація з іншими членами групи та навички міжособистісного спілкування. Враховуючи потенційні переваги групового лікування, дивно, що лише кілька досліджень оцінювали ефективність групового втручання для людей із проблемами азартних

ігор. У цій літературі групові інтервенції, як правило, включали когнітивно-поведінкові стратегії.

Критерії включення до клінічного запитання 6

У цій настанові індивідуальне психологічне втручання було визначено як будь-яке психологічне втручання, що проводиться з окремими особами, парами чи сім'ями. Групове психологічне втручання було визначено як будь-яке психологічне втручання, яке проводиться з двома або більше не пов'язаними людьми (тобто не втручання в пари чи сім'ї).

Резюме доказів для клінічного питання 6а. Для людей з проблемами азартних ігор чи індивідуальні психологічні втручання більш ефективні, ніж групові психологічні втручання?

Для включення було визначено одне RCT (185). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження ефективності індивідуальних психологічних втручань у лікуванні азартних ігор порівняно з груповими психологічними втручаннями.

Резюме доказів для клінічного запитання 6б. Для людей із проблемами азартних ігор чи групове психологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено чотири RCT. Було виявлено, що одне RCT має помірний ризик зміщення, а три RCT – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях розглядалися різні порівняння:

Індивідуальна СВТ проти групової СВТ проти контролю списку очікування (185)

Групова СВТ проти контролю списку очікування (174)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків вузлів у групі проти розширеного лікування у відображенні зв'язків без вузлів у порівнянні з контролем списку очікування (184)

СВТ із розширеним відображенням зв'язків групи та керування списком очікування (184)

Усі чотири дослідження порівнювали форму групової СВТ з контролем у списку очікування. Одне дослідження показало, що групова СВТ була вищою за контроль у списку очікування щодо зниження поведінки, пов'язаної з азартними іграми, і деяких заходів психологічного стресу (185). Одне дослідження показало, що групова СВТ була вищою за контроль у списку очікування щодо зменшення серйозності азартних ігор, однак не було виявлено відмінностей між групами в ігровій поведінці (174). Два РКД, які досліджували ефективність СВТ із розширеним відображенням вузлів-зв'язків, виявили, що розширене лікування відображення було кращим за контроль за списком очікування щодо зменшення

тяжкості азартних ігор. Обидва RCT також виявили суттєве зниження витрат на азартні ігри в групі, яка вивчала картографування, від періоду до лікування та після лікування, проте лише одне з RCT виявило суттєву різницю в тривалості азартних ігор. Також було виявлено значне зниження психологічних розладів у порівнянні з періодом до лікування та після лікування у групі, яка отримувала розширене відображення вузлів-зв'язків (184). Загалом, результати показали, що групова СВТ була вищою за контрольні групи у зниженні ігрової поведінки та тяжкості азартних ігор.

Рекомендація 5, заснована на доказах	
Групове психологічне втручання може бути використане для зменшення ігрової поведінки та тяжкості азартних ігор у людей з проблемами азартних ігор.	C
Практичний пункт	
<p>Якщо необхідно призначити групове психологічне втручання, можна розглянути наступне:</p> <ul style="list-style-type: none"> Уподобання клієнтів Доступність послуг Практикуючі лікарі з відповідною кваліфікацією та підготовкою Ручне виконання втручання 	

3.7. Налаштування психологічного втручання

У багатьох юрисдикціях люди з проблемами азартних ігор можуть обирати психологічне втручання, яке проводиться в стаціонарі або в стаціонарі, у громаді чи амбулаторно. Стаціонарне лікування, як правило, передбачає розміщення на період від 21 до 28 днів, тоді як лікування, що проводиться в умовах громади, як правило, надається в клініці, яка зазвичай не пропонує розміщення для 1-2-годинних щотижневих сеансів, що тривають кілька тижнів (51). Враховуючи те, що втручання, які проводяться в стаціонарі, є дорожчими та потребують більше ресурсів, потребує оцінки співвідношення витрат і вигод від проведення цих втручань.

Ladouceur та його колеги (51) порівняли характеристики 134 патологічних гравців, які зверталися за стаціонарним лікуванням, і 99 патологічних гравців, які шукали амбулаторного лікування. Результати показали, що патологічні гравці, які зверталися за стаціонарним лікуванням, повідомляли про більш серйозні проблеми з азартними іграми, більшу частоту азартних ігор, більшу тривалість гри, вищі витрати, нижче сприйняття контролю, більші негативні наслідки азартних ігор, вищу середню суму втрачених грошей, вищу ймовірність відсутності кошти для задоволення своїх повсякденних потреб, і більша ймовірність оголосити про банкрутство, ніж патологічні гравці, які отримують амбулаторне лікування. Порівняно з амбулаторними патологічними гравцями, стаціонарні патологічні гравці також повідомили про більшу ймовірність повідомляти про три розлади осі I, проблеми зловживання алкоголем, проблеми, пов'язані з шизоїдом, розлади особистості, депресія, думки про самогубство, спроби самогубства, тривога, вживання алкоголю, проблеми, пов'язані з

наркотиками та алкоголем, а також імпульсивність, ніж патологічні гравці, які отримують амбулаторне лікування. Більша кількість стаціонарних пацієнтів, ніж амбулаторних пацієнтів, отримували допомогу з приводу азартних ігор, але більше стаціонарних пацієнтів, ніж амбулаторних пацієнтів, припинили лікування.

Учасники повинні були визначити причини вибору стаціонарного або амбулаторного методу втручання. Амбулаторні пацієнти повідомили, що вони обрали цей спосіб лікування з таких причин: щоб зберегти роботу (39%), щоб залишатися поруч із сім'єю, дружиною або друзями (28%), вони не вважали свою проблему достатньо серйозною для стаціонарного лікування (25%), щоб підтримувати свою повсякденну діяльність (24%), не могли дозволити собі оплачувати стаціонарне лікування (8%), а стаціонарне лікування для них не працювало (5%). Стаціонарні пацієнти обирають цей спосіб лікування з наступних причин: амбулаторне лікування не спрацювало для них (26%), їм потрібно було зосередитися виключно на своїй проблемі азартних ігор (25%), вони хотіли підтримки та нагляду 24 години на добу (24%), вони воліли триматися подалі від азартних ігор (21%).

Програми стаціонарної реабілітації для проблем із азартними іграми більш поширені в деяких юрисдикціях, наприклад у Сполучених Штатах, ніж в інших юрисдикціях, наприклад в Австралії. Ці програми часто перебувають під сильним впливом моделі захворювання або залежності від азартних ігор, пов'язаних зі сферою вживання наркотиків і алкоголю. Ці стаціонарні або інтернатні програми часто поєднують програми для проблемної азартної залежності та алкогольної залежності та складаються з таких компонентів, як індивідуальна та групова терапія, зустрічі загальної ради, освіта залежностей, психодрама, лекції, інструкції щодо релаксації, консультування сім'ї, фінансове та професійне консультування та медико-юридична консультація (212-216). Велика кількість компонентів, що входять до складу цієї мультимодальної терапії, як правило, не дає можливості ідентифікувати основні інгредієнти, що сприяють покращенню.

Критерії включення до клінічного питання 7

У цій настанові стаціонарне або інтернатне середовище визначено як будь-яке психологічне втручання, яке використовується для лікування особи, яка офіційно госпіталізована (або «госпіталізована») до закладу (наприклад, лікарні, інтернатного закладу) і залишається щонайменше один ніч в закладі. Стаціонарний догляд включає розміщення, яке надається в поєднанні з лікуванням, коли останнє є переважною діяльністю під час перебування в стаціонарі. Громадське середовище було визначено як будь-яке психологічне втручання, що проводиться в умовах (наприклад, клініка, кабінет лікаря, денний хірургічний центр), яке не потребує ночівлі в лікарні чи інтернатному закладі.

Резюме доказів для клінічного запитання 7. Чи є психологічні втручання, що здійснюються в стаціонарі чи інтернаті, більш ефективними для людей, які мають проблеми з азартними іграми, ніж психологічні втручання, які проводяться в громадських умовах?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані випробування для визначення ефективності стаціонарних психологічних втручань у лікуванні азартних ігор у порівнянні з психологічними втручаннями, які проводяться в громаді.

3.8. Цілі психологічного втручання

Повна відмова історично розглядалася як єдиний законний і прийнятний критерій успіху для азартних ігор (217, 218). Прихильники цілей відмови від утримання зазвичай не заперечують утримання як законну мету лікування.

Вони, однак, стверджують, що єдиний суворий критерій повної відмови може не підходити для всіх азартних гравців і що надання контрольованих азартних ігор як альтернативної цілі лікування може запропонувати більш реалістичний і привабливий варіант для деяких проблемних гравців (218, 219). Забезпечення цілей щодо відмови від утримання може запропонувати альтернативу тим особам, які перевантажуються при розгляді поняття повної відмови, а також для тих, хто має менш серйозні проблеми з азартними іграми (217, 218).

Життєздатність цілей неабстинентного лікування загалом підтверджується емпіричною літературою (219–222). Значна частка проблемних гравців обирає цілі, пов'язані з утриманням від азартних ігор, якщо вони доступні (223–226). Хоча найпоширенішою причиною утримання від азартних ігор є віра в те, що контроль неможливий, найпоширенішими причинами для проблемних гравців, які обирають азартні цілі без утримання від азартних ігор, є те, що азартні ігри зберігають певну насолоду, що утримання є нереальним або приголомшливим, і що вони хочуть успішно керувати соціальні ситуації, пов'язані з азартними іграми (225). Здається, існує невелика різниця щодо демографічних, ігрових і психосоціальних характеристик між проблемними гравцями, які обирають цілі утримання та неутримання (224–226). Як і контрольоване вживання алкоголю, вибір мети лікування при проблемі з азартними іграми здається непостійним,

Наразі не існує стандартизованого поняття того, що таке контрольована гра в азартні ігри (218), у дослідженнях застосовуються дещо інші частота, тривалість і обмеження витрат (221, 222, 225). З огляду на довгострокову мету створення емпіричних рекомендацій щодо поміркованої азартної гри, щоб допомогти клініцистам у виборі найбільш відповідної цілі лікування, Вайнсток, Леджервуд і Петрі (155) досліджували поведінкові показники безпроблемної азартної гри у вибірці патологічних гравців, які шукали лікування, через рік після початку лікування. Вони виявили, що індекси поведінки в азартних іграх, не пов'язані зі шкодою, включають азартні ігри не частіше одного разу на місяць, не більше 1,5 години на місяць і витрати не більше 1,9 відсотка місячного доходу на азартні ігри.

Критерії включення до клінічного запитання 8

У цій настанові психосоціальне втручання з метою утримання було визначено як будь-яке психологічне втручання з метою утримання (як визначено дослідником). Психологічні втручання з метою відмови від утримання визначалися як будь-яке психологічне втручання з метою відмови від утримання. Враховуючи відсутність узгодженого визначення контрольованих або модерованих азартних ігор, цілі утримання та утримання також були визначені учасником випробування.

Резюме доказів для клінічного питання 8a. Чи психологічні втручання, спрямовані на утримання від азартних ігор, більш ефективні для людей, які мають проблеми з азартними іграми, ніж психологічні втручання, спрямовані на утримання від них?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендації на основі доказів надати неможливо.

Резюме доказів для клінічного запитання 8b. Для людей із проблемами азартних ігор чи психологічні втручання з метою відмови від утримання ефективніші, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендації на основі доказів надати неможливо. Було визнано доцільним розробити рекомендації для подальших досліджень, щоб відповісти на клінічні питання 8a і 8b.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності психологічних втручань, спрямованих на утримання від азартних ігор, у порівнянні з психологічними втручаннями, спрямованими на утримання від азартних ігор і без втручання.

Фармакологічні втручання для проблеми азартних ігор

Нещодавно з'явилася велика кількість літератури, що оцінює ефективність фармакологічних втручань у проблемній ігровій поведінці. Клінічна гетерогенність проблемних азартних ігор призвела до вивчення широкого спектру психофармакологічних засобів, включаючи антидепресанти, стабілізатори настрою та антагоністи опіоїдів.

3.9. Антидепресанти

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) є найбільш часто досліджуваною формою антидепресантів у лікуванні проблеми з азартними іграми. Їх використання ґрунтується на гіпотезі, що серотонінергічна система проблемних гравців є гіпоактивною (227). У літературі використано декілька SSRI (флувоксамін, циталопрам, пароксетин, сертралін та есциталопрам) для лікування азартних ігор. Ці дослідження були збентежені високим рівнем відповіді на плацебо та не змогли послідовно продемонструвати ефективність SSRI у лікуванні азартних ігор. SSRI зазвичай добре переносяться при лікуванні азартних ігор, однак поширені побічні ефекти включають нудоту,

головні болі, діарею, неспокій, підвищене потовиділення, збільшення ваги, сонливість і безсоння (228).

На додаток до SSRI, інші дослідження вивчали ефективність інших антидепресантів, таких як кломіпрамін (трициклічний антидепресант), нефазодон (антидепресант синтетичного походження, який є специфічним антагоністом рецептора 5-HT₂) і бупропіон (пригнічує зворотне захоплення дофаміну та норадреналіну та має хімічну структуру, подібну до психостимуляторів).

Критерії включення до клінічного питання 9

У цій настанові антидепресанти були визначені як будь-які психоактивні препарати, класифіковані як антидепресанти, включаючи трициклічні антидепресанти (ТЦА), необоротні інгібітори моноаміноксидази (MAO), SSRI та інші антидепресанти (включаючи тетрациклічні антидепресанти, оборотні інгібітори моноаміноксидази), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну, а також норепінефрин і специфічні серотонінергічні антидепресанти [NaSSA]).

Резюме доказів для клінічного питання 9а. Чи є антидепресанти ефективнішими для людей із проблемами азартних ігор, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено сім RCT. Було виявлено, що два RCT мають помірний ризик зміщення, а п'ять RCT – високий ризик зміщення.

У цих дослідженнях розглядалися різні порівняння:

Флувоксамін проти плацебо (177, 229)

Бупропіон проти плацебо (230)

Есциталопрам проти плацебо (231)

Пароксетин проти плацебо (232, 233)

Сертралін проти плацебо (234)

У двох дослідженнях, у яких порівнювали флувоксамін і плацебо, не було виявлено суттєвих відмінностей щодо ігрової поведінки чи тяжкості азартних ігор (177, 229). У RCT, у якому порівнювали бупропіон і плацебо, не було виявлено суттєвих відмінностей щодо ігрової поведінки, тяжкості пристрасті до азартних ігор або психологічного дистресу (230). У RCT, що порівнювало сертралін і плацебо, не було виявлено суттєвих відмінностей щодо тяжкості азартних ігор (234). Було встановлено, що пароксетин перевершує плацебо у зниженні тяжкості азартних ігор, однак не було виявлено відмінностей між групами щодо психологічного дистресу (232). В іншому RCT, у якому порівнювали пароксетин і плацебо, не було виявлено суттєвих відмінностей у тяжкості азартних ігор або якості життя (233). Двофазне дослідження, у якому порівнювали есциталопрам з плацебо, показало легке погіршення тяжкості азартних ігор, яке не досягло статистичної значущості в учасників, які продовжували переходити від відкритої фази до подвійної сліпої фази припинення (231). Загалом результати показали, що антидепресанти нічим не відрізнялися від плацебо щодо зниження тяжкості азартних ігор.

Рекомендація 6, заснована на доказах	
Антидепресанти не слід використовувати лише для зменшення тяжкості пристрасті до азартних ігор у людей із проблемами пристрасті до азартних ігор.	В
Практичний пункт	
Через характер досліджень зразків ця рекомендація стосується лише тих, хто має проблеми з азартними іграми, а не тих, хто може мати інші супутні захворювання, такі як депресія та тривога. Ця рекомендація переважно базується на доказах оцінки ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну.	

Резюме доказів для клінічного запитання 9b. Чи є антидепресанти ефективнішими за інші фармакологічні засоби для людей із проблемами азартних ігор?

Для включення було визначено два RCT (235, 236). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів. Враховуючи попередні рекомендації щодо антидепресантів, засновані на доказах, було визнано недоцільним розробляти рекомендації для подальших досліджень.

3.10 Опіюїдні антагоністи

Застосування антагоністів опіюїдів у лікуванні азартних ігор ґрунтується на гіпотезі про те, що надмірне вироблення ендогенних опіюїдів сприяє проблемним азартним іграм і дефіциту контролю імпульсів (227, 237). Використання налтрексону, антагоніста μ -опіюїдних рецепторів тривалої дії, який впливає на систему винагороди, знижуючи рівень дофаміну, підтримується при лікуванні азартних ігор. Зазвичай налтрексон добре переноситься при лікуванні азартних ігор, однак поширеними побічними ефектами є біль у животі або шлунку, головні болі, запаморочення, втома та тривога (228). Однак існує занепокоєння, що клінічне застосування налтрексону може бути обмежене ризиком гепатотоксичності (тобто пошкодження печінки, викликаного хімічними речовинами), особливо при застосуванні високих доз (238).

Критерії включення до клінічного запитання 10

У цій настанові препарати-антагоністи опіюїдів визначені як будь-які психотропні препарати, класифіковані як препарати-антагоністи опіюїдів. Приклади включають налоксон, налтрексон, налорфін, левалорфан, ципродим, налтріндол, норбіналтофімін і налмефен.

Резюме доказів для клінічного питання 10a. Для людей з проблемами азартних ігор чи препарати-антагоністи опіюїдів ефективніші, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено три RCT. Було виявлено, що два RCT мають помірний ризик зміщення, а одне RCT – високий ризик зміщення.

Ці дослідження розглядали два різних порівняння:

Налтрексон проти плацебо (239, 240)

Налмефен проти плацебо (238)

Два дослідження показали, що налтрексон перевершує плацебо у зниженні тяжкості азартних ігор (239, 240). Одне з цих досліджень також виявило, що налтрексон перевершує плацебо щодо зменшення психологічного стресу (239). Одне дослідження показало, що налмефен перевершує плацебо в зниженні тяжкості азартних ігор (238). Загалом результати показали, що опіоїдний антагоніст, налтрексон, перевершував плацебо у зниженні тяжкості азартних ігор.

Рекомендація 7, заснована на доказах	
Налтрексон може бути використаний для зменшення тяжкості азартних ігор у людей з проблемами азартних ігор.	C
Практичний пункт	
<p>У разі призначення налтрексону можна розглянути наступне: Налтрексон не має (на момент подання звіту) проблем із азартними іграми як зареєстрованого показання, тому це показання не отримуватиме субсидії за схемою фармацевтичних пільг (PBS). Що практикуючий лікар має відповідні навички та підготовку. Рекомендовані протипоказання ретельно вивчаються перед призначенням</p>	

Будь-ласка, рекомендації щодо фармакологічного втручання, описані в цій настанові, слід застосовувати з обережністю та з уважним урахуванням індивідуальних потреб пацієнта.

На момент написання цієї настанови налтрексон, хоча він і був схвалений для використання в Австралії за іншими показаннями, не був схвалений для лікування азартних ігор. TGA не було дозволено оприлюднювати конкретну інформацію щодо того, чому цей конкретний препарат наразі не схвалено для використання для лікування азартних ігор (наприклад, чи його відсутність схвалення пов'язано з відхиленням заявки або відсутністю заявки на його затвердження будь-коли подано).

Конкретна інформація щодо дозування препарату, побічних ефектів, способу застосування, протипоказань доступна в документації до кожного препарату. Цю документацію слід ретельно вивчати та дотримуватися. В Австралії застосування терапевтичних препаратів суворо регулюється TGA. Поки що австралійським TGA не було схвалено жодних препаратів для лікування азартних ігор у формі зареєстрованих показань або схваленого використання для лікування азартних ігор; однак це не виключає використання ліків за незареєстрованими показаннями або призначення «не за призначенням». Зареєстровані показання гарантують дотримання відповідних процесів дослідження та схвалення для забезпечення ефективності та безпеки пацієнта при застосуванні препарату.

Резюме доказів для клінічного запитання 10b. Чи є препарати-антагоністи опіоїдів ефективнішими за інші фармакологічні засоби для людей із проблемами азартних ігор?

Для включення було визначено одне RCT (236). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження ефективності препаратів-антагоністів опіоїдів у лікуванні азартних ігор порівняно з іншими фармакологічними втручаннями.

3.11 Стабілізатори настрою/протисудомні засоби

Застосування стабілізаторів настрою/антиконвульсантів у лікуванні азартних ігор ґрунтується на подібності клінічних проявів азартних ігор і біполярного розладу (241). Ця література переважно оцінює використання препаратів літію, але також містить дослідження, що оцінюють використання карбамазепіну, вальпроату та топірамату. Ці фармакологічні агенти зазвичай добре переносяться при лікуванні азартних ігор, однак поширені побічні ефекти стабілізаторів настрою включають втрату волосся, шкірні реакції, збільшення ваги та подовження часу кровотечі (228).

Критерії включення до клінічного запитання 11

У цій настанові стабілізатори настрою/протисудомні препарати визначені як будь-які психоактивні препарати, класифіковані як стабілізатори настрою або протисудомні препарати. Приклади включають препарати літію, вальпроєву кислоту (вальпроат натрію), карбамазепін, окскарбазепін, ламотриджин, топірамат.

Резюме доказів для клінічного питання 11а. Для людей із проблемами азартних ігор чи стабілізатори настрою/ протисудомні ліки ефективніші, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено одне RCT (56). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 11b. Для людей із проблемами азартних ігор чи стабілізатори настрою/протисудомні препарати ефективніші за інші фармакологічні заходи?

Для включення було визначено одне RCT (235). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів. Було визнано доцільним розробити рекомендації для подальших досліджень, щоб відповісти на клінічні питання 11a і 11b.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження ефективності стабілізаторів настрою/протисудомних препаратів у лікуванні азартних ігор порівняно з відсутністю втручання та іншими фармакологічними втручаннями.

3.12. Інші фармакологічні втручання

У новій літературі також оцінюються інші фармакологічні засоби, такі як амінокислота N-ацетилцистеїн і антипсихотичний засіб другого покоління оланзапін. Поширені побічні ефекти амінокислоти N-ацетилцистеїну включають

лихоманку та сонливість, а поширені побічні ефекти антипсихотика оланзапіну включають сонливість, втота та швидке збільшення ваги (228).

Критерії включення до клінічного запитання 12

У цій настанові фармакологічні втручання, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/ протисудомних препаратів, визначені як будь-які інші психоактивні препарати, включаючи бензодіазепіни, антипсихотичні препарати та інші ліки.

Резюме доказів для клінічного питання 12а. Для людей із проблемами азартних ігор чи інші фармакологічні втручання, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/протисудомних препаратів, є більш ефективними, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено три RCT (242-244). Однак порівняння фармакологічних втручань не було узгодженим, тому рекомендації на основі доказів не було зроблено.

Резюме доказів для клінічного запитання 12b. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи фармакологічні втручання, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/ протисудомних препаратів, є більш ефективними, ніж інші фармакологічні втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива.

Було визнано доцільним розробити рекомендації для подальших досліджень, щоб відповісти на клінічні питання 12а і 12b.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження ефективності інших фармакологічних втручань, окрім антидепресантів, антагоністів опіоїдів і стабілізаторів настрою/протисудомних препаратів, у лікуванні азартних ігор у порівнянні з відсутністю втручання та іншими фармакологічними втручаннями.

Психологічні та фармакологічні втручання для проблеми азартних ігор

3.13. Фармакологічні та психологічні втручання

Незважаючи на те, що оцінка втручань при проблемній залежності від азартних ігор залишається відносно обмеженою, література щодо результатів лікування проблемної залежності від азартних ігор надає деякі докази того, що цей розлад піддається втручанням. Існують певні емпіричні докази низки психологічних втручань, зокрема (більш детальний опис див. у розділах 3.1, 3.2 та 3.5):

Когнітивно-поведінкові втручання

Терапія підвищення мотивації.

Мінімальні або короткі втручання, що здійснюються практиком

Програми самодопомоги

Анонімні азартні гравці

Приблизний загальний рівень успішності психологічного лікування оцінюється в 70 відсотків після 6-місячного спостереження, 50 відсотків через 1

рік і 30 відсотків після 2-річного спостереження (245). Незважаючи на покращення доказової бази, жодне психологічне лікування не відповідає поточним стандартам доказової ефективності (183). Когнітивно-поведінкова терапія була обережно рекомендована як «найкраща практика» для психологічного лікування проблеми з азартними іграми (183, 245). Однак наявні дані не дають чітких рекомендацій щодо того, які психологічні втручання підходять для окремих азартних гравців. Будь ласка, зверніться до розділів 3.1–3.8, щоб отримати рекомендації, розроблені для цієї настанови на основі доказів.

Нещодавно з'явилася велика кількість літератури, що оцінює ефективність фармакологічних втручань для безпосереднього лікування проблемної ігрової поведінки. Клінічна гетерогенність проблемних азартних ігор призвела до вивчення широкого спектру психофармакологічних засобів, включаючи антидепресанти, стабілізатори настрою та антагоністи опіоїдів. Будь ласка, зверніться до розділів 3.9–3.12 щодо рекомендацій, розроблених для цієї настанови на основі доказів.

Ступінь, до якого психологічні втручання є більш ефективними, ніж фармакологічні втручання, залишається незрозумілим, враховуючи використання різних умов контролю та показників результатів.

Критерії включення до клінічного запитання 13

Будь-яке фармакологічне втручання в порівнянні з будь-яким психологічним втручанням (див. розділи 3.1–3.12 для вичерпного списку критеріїв включення).

Резюме доказів для клінічного питання 13. Чи є фармакологічні втручання більш ефективними, ніж психологічні, для людей із проблемами азартних ігор?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива. Було визнано доцільним розробити рекомендації щодо подальших досліджень.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження щодо ефективності фармакологічних втручань у лікуванні азартних ігор порівняно з психологічними втручаннями.

3.14. Комбіновані психологічні та фармакологічні втручання

Комбінація психологічної та фармакологічної терапії може мати значні переваги перед монотерапією, забезпечуючи додатковий або навіть синергічний вплив на ефективність (246). Однак поєднання психологічних і фармакологічних втручань не завжди переважало будь-яку форму лікування окремо в дослідженнях результатів лікування психіатричних розладів (247, 248). Залишається нестача досліджень, які б оцінювали використання психологічних втручань у поєднанні з фармакологічними втручаннями в лікуванні проблеми з азартними іграми.

Критерії включення до клінічного запитання 14

Будь-яке психологічне втручання в поєднанні з будь-яким фармакологічним втручанням відповідало критеріям включення.

Резюме доказів для клінічного питання 14а. Для людей з проблемами азартних ігор чи поєднане психологічне та фармакологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому рекомендація, заснована на доказах, була неможлива.

Резюме доказів для клінічного запитання 14б. Для людей, які мають проблеми з азартними іграми, чи комбіновані психологічні та фармакологічні втручання більш ефективні, ніж психологічні чи фармакологічні втручання окремо?

Для включення було визначено одне RCT (249). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Було визнано доцільним розробити рекомендації для подальших досліджень, щоб відповісти на клінічні питання 14а і 14б.

Рекомендації для подальших досліджень

Там, де це можливо, слід проводити рандомізовані контрольовані дослідження для визначення ефективності комбінованих психологічних і фармакологічних втручань у лікуванні проблеми з азартними іграми порівняно з відсутністю втручання, а лише з фармакологічним або психологічним втручанням.

Цільове втручання для проблеми азартних ігор

3.15 Проблеми з азартними іграми та супутні психіатричні симптоми

Різні профілі психіатричної супутньої патології в азартних іграх можуть зрештою призвести до індивідуальних втручань. Сучасна тенденція у фармакотерапевтичній літературі полягає у виборі препарату з класу втручань відповідно до домінуючої коморбідної психопатології (237). Було запропоновано використовувати антагоністи опіоїдів, якщо є супутній розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю та психоактивних речовин, SSRI, коли є супутні симптоми депресії або тривоги, і препарати літію, коли є супутні симптоми субсиндромальної гіпоманії або манії. Існує обмежена кількість нещодавніх досліджень, які успішно застосували такі цільові втручання до підгруп проблемних гравців із супутніми розладами, включаючи розлади біполярного спектру, тривожність, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (ADHD), гнів та вживання психоактивних речовин.

Залишається багато клінічних питань, пов'язаних із наслідками лікування коморбідних психічних станів. Чи потрібно лікувати пристрасть до азартних ігор і супутній психічний стан одночасно чи послідовно? Якщо розлади потрібно лікувати послідовно, який розлад буде лікуватися першим і на якій основі? Вінтерс і Кушнер (57) надають деякі рекомендації, взяті з більш просунутої літератури про зловживання психоактивними речовинами. Вони радять:

скринінг поширених супутніх розладів після прийому для лікування проблемної залежності від азартних ігор;

період спостереження за супутньою симптоматикою, оскільки починається лікування проблеми з азартними іграми;

повторна оцінка супутнього розладу після періоду утримання або зниження азартних ігор; і

специфічне лікування супутнього захворювання, якщо воно зберігається за відсутності проблемної ігрової поведінки.

Незважаючи на цю пораду, в літературі про азартні ігри ще належить оцінити послідовні втручання для проблемних азартних ігор і супутніх захворювань.

Критерії включення для клінічного питання 15 і клінічного питання 16

У цій настанові люди з проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами або розладами визначені як люди, які звертаються за лікуванням від азартних ігор із супутніми психіатричними симптомами або розладами. Супутні психіатричні симптоми були визначені дослідником і могли бути будь-якими симптомами, пов'язаними з діагнозом DSM-IV Axis I або Axis II.

Ці симптоми вимірюються за допомогою будь-якого стандартизованого або перевіреного вимірювання. Приклади:

Депресивні розлади (наприклад, великий депресивний розлад, дистимічний розлад)

Тривожні розлади (наприклад, панічний розлад, специфічні фобії, обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад)

Біполярні розлади (наприклад, біполярний розлад I, біполярний розлад II, циклотимічний розлад)

Розлади вживання алкоголю та інших психоактивних речовин

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)

Розлади особистості (Вісь II) (наприклад, параноїчні, шизоїдні, шизотипічні, антисоціальні, прикордонні, театральні, нарцисичні, уникаючі, залежні, обсесивно-компульсивні)

Шизофренія та інші психотичні розлади

Інші розлади контролю імпульсів (наприклад, клептоманія)

Розлади адаптації

Імпульсивність

Гнів

Резюме доказів для клінічного питання 15а. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами чи є психологічне чи фармакологічне втручання більш ефективним, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено два RCT (56, 231). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 15b. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання ефективнішим за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами?

Для включення було визначено два RCT (192, 249). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного питання 16а. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами або розладами чи втручання, спрямовані спочатку на лікування проблем азартних ігор, є більш ефективними, ніж втручання, спрямовані спочатку на лікування супутніх психічних симптомів або розладів?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 16б. Для людей із проблемами азартних ігор і супутніми психіатричними симптомами чи розладами чи послідовні втручання ефективніші, ніж одночасні втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

3.16 Жінки та азартні ігри

У багатьох юрисдикціях жінки мають доступ до послуг допомоги в азартних іграх на такому ж рівні, як і чоловіки, при цьому EGM є найпоширенішою проблемною формою азартних ігор. Незважаючи на те, що в даний час проведено мало обґрунтованих досліджень ефективності лікування жіночої азартної залежності, є деякі докази того, що когнітивно-поведінкова терапія (CBT) є ефективною для жінок (185, 221, 250).

Резюме доказів для клінічного питання 17а. Для жінок із проблемами азартних ігор психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено одне RCT (185). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 17б. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання для жінок із проблемами азартних ігор?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

3.17 Чоловіки та азартні ігри

У багатьох юрисдикціях чоловіки отримують доступ до послуг допомоги в азартних іграх на вищих або порівнянних рівнях, ніж жінки, при цьому EGM є найпоширенішою проблемною формою азартних ігор (42). Чоловіки також були надмірно представлені в дослідженнях результатів лікування проблем з азартними іграми. Цікаво, однак, що більшість групових досліджень оцінювали ефективність лікування на змішаних гендерних вибірках, і лише деякі проводили гендерний аналіз, щоб виявити специфічну реакцію на лікування чоловіків чи жінок, які мають проблеми з азартними іграми.

Резюме доказів для клінічного питання 18а. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання ефективнішим для чоловіків із проблемами азартних ігор, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено два RCT (177, 190). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 18b. Для чоловіків із проблемами азартних ігор психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання?

Для включення було визначено два RCT (235, 236). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

3.18 Молодь та азартні ігри

Цілком можливо, що вік клієнта, який проходить лікування від азартних ігор, може бути пов'язаний з оптимальними методами лікування для цієї конкретної вікової групи. За інших умов здоров'я зазвичай застосовуються різні підходи до лікування молодих і літніх людей. Вікові підходи до лікування молодих азартних гравців ще потребують адекватної оцінки.

Критерії включення до клінічного запитання 19

У цій настанові молоді люди визначалися як люди молодше 25 років.

Резюме доказів для клінічного питання 19a. Для молодих людей, які мають проблеми з азартними іграми, психологічне чи фармакологічне втручання ефективніше, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного питання 19b. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для молодих людей із проблемами азартних ігор?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

3.19. Люди похилого віку та азартні ігри

Незважаючи на те, що стигматизація є основною перешкодою для пошуку допомоги для азартних гравців загалом, вона може відчуватися гостріше серед людей похилого віку (92, 251), які часто вважають, що у своєму віці вони повинні «знати краще» (252). Дійсно, така свідомість і сприйняті стандарти поведінки свідчать про те, що люди похилого віку можуть бути найбільш схильними до приховування проблемної поведінки (251, 253). Таким чином, проблеми з азартними іграми можуть бути серйозними, перш ніж виникне бажання звернутися за офіційною допомогою. Дослідження показали, що людям похилого віку може знадобитися до 17 років, перш ніж звернутись за допомогою (254, 255).

Часто на момент звернення за допомогою люди похилого віку можуть мати комплекс супутніх захворювань, таких як депресія, тривога, недоїдання та інші проблеми зі здоров'ям, які можуть маскувати основні проблеми з азартними іграми (88, 251). Аналіз проблемних азартних ігор у людей похилого віку показує, що більшість людей похилого віку з проблемами азартних ігор є поведінково обумовленими та емоційно вразливими (256), і що пізні проблеми з азартними іграми більше пов'язані з емоційними проблемами, ніж проблемною сімейною історією чи правовими проблемами (257).

Критерії включення до клінічного запитання 20

У цій настанові люди похилого віку визначені як люди віком від 60 років.

Резюме доказів для клінічного питання 20а. Чи є психологічне чи фармакологічне втручання більш ефективним, ніж відсутність втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 20б. Для людей похилого віку з проблемами азартних ігор чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-які інші втручання?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

3.20. Модальність азартних ігор

Визнання відмінностей між проблемними гравцями, які повідомляють про проблеми з різними формами азартних ігор, може мати наслідки для спеціально розроблених заходів. Однак це питання, як правило, не розглядалося в літературі про результати лікування, яка базується на припущеннях, що всі форми азартних ігор є еквівалентними і що результати, що стосуються однієї форми азартних ігор, можна узагальнити на інші форми (258).

Критерії включення для клінічного питання 21 і клінічного питання 22

У цій настанові було оцінено людей, які звернулися за лікуванням від азартних ігор з основною модальністю азартних ігор на ЕГМ. Також оцінювали людей, які звернулися за лікуванням від азартних ігор з основною формою азартних ігор, відмінною від ЕГМ.

Резюме доказів для клінічного питання 21а. Чи психологічні чи фармакологічні втручання є ефективнішими для людей із проблемами азартних ігор на ЕГМ, ніж відсутність втручання?

Для включення було визначено два RCT (185, 242). Цього було недостатньо, щоб сформулювати рекомендацію на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 21б. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор на ЕГМ?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного питання 22а. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші, ніж відсутність втручання, для людей із проблемами азартних ігор, які займаються будь-якою гральною діяльністю, окрім ЕГМ?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Резюме доказів для клінічного запитання 22б. Чи психологічні чи фармакологічні втручання ефективніші за будь-яке інше втручання для людей із проблемами азартних ігор, які займаються будь-якою гральною діяльністю, окрім ЕГМ?

Не було визначено жодних досліджень для включення, тому не можна було надати жодних рекомендацій на основі доказів.

Докази надто обмежені, щоб давати будь-які рекомендації щодо цільових втручань на основі доказів. Було визнано доцільним надати наступну рекомендацію для подальших досліджень, щоб відповісти на клінічні питання 15-22.

Рекомендації для подальших досліджень
<p>Якщо це можливо, слід провести рандомізоване контрольоване дослідження, щоб отримати більш достовірні дані про ефективність. Ці дослідження мають передбачати вивчення потенційних відмінностей у результатах для ключових груп, включаючи:</p> <ul style="list-style-type: none"> Люди з проблемами азартних ігор із супутніми психіатричними симптомами та без них Чоловіки та жінки з проблемами азартних ігор Молоді та старші люди з проблемами азартних ігор Люди з проблемами азартних ігор на електронних ігрових автоматах або азартними іграми, крім EGM <p>Інші групи можуть включати людей з проблемами азартних ігор:</p> <ul style="list-style-type: none"> З різного культурного середовища. З корінних громад.

Частина 4

Поширення та оцінка

Запропонована стратегія поширення та впровадження

Схвалення цієї настанови буде запропоновано NHRMC після публічних консультацій.

Остаточна версія настанови разом із супровідними документами буде доступна для медичних працівників і громадськості на веб-сайті PGRTC і в реєстрі клінічних настанов (www.clinicalguidelines.gov.au). Друковані копії настанови також будуть розповсюджені та доступні за запитом.

Розробка заснованих на фактичних даних рекомендацій щодо скринінгу, оцінки та лікування схильності до азартних ігор є першим етапом у забезпеченні надання найкращої допомоги людям, які мають проблеми з азартними іграми. Однак наявність доказів і власне керівних принципів не є гарантією того, що буде надана якісна допомога на основі доказів. Розповсюдження цієї настанови є лише першим кроком у цьому процесі.

Шляхи, якими ця настанова буде реалізовуватися, відрізнятимуться залежно від місцевості відповідно до місцевих потреб. Поважаючи необхідність локалізації підходів, все ж надається наступне обговорення стратегій поширення та впровадження. Пропонується чотирьохетапний процес розповсюдження (рис. 5):



Малюнок 5. Стратегія розповсюдження

Запропоновані етапи розповсюдження цієї настанови

Першим етапом стратегії розповсюдження є розповсюдження повного посібника всім урядам, ключовим установам і професійним організаціям, які беруть участь у наданні послуг із втручання в азартні ігри. До них належать, але не обмежуються:

Австралійські федеральні міністри, міністри штатів і територій, відповідальні за дослідження проблем азартних ігор і послуги з втручання.

Голови відділів усіх федеральних урядів, урядів штатів і територій Австралії, відповідальних за дослідження проблем азартних ігор і послуги з втручання

Групи споживачів

Gamblers Help та подібні агентства в австралійських штатах і територіях

Австралійська асоціація соціальних працівників

Австралійське психологічне товариство та пов'язані з ним коледжі

Австралійська асоціація консультантів

Австралійська асоціація клінічної психології

Королівський австралійський коледж лікарів загальної практики

Королівський австралійський коледж лікарів

Австралійська медична асоціація

Королівський коледж психіатрів Австралії та Нової Зеландії

Австралійський коледж медсестер психічного здоров'я

Королівський коледж медсестер Австралії

Австралійська федерація медсестер

Дослідження азартних ігор в Австралії

Міжнародний аналітичний центр з досліджень, політики та практики азартних ігор

Національна асоціація вивчення азартних ігор

Вибрані австралійські та новозеландські дослідники азартних ігор

Австралійська комісія продуктивності

Австралазійська ігрова рада

Австралійська асоціація готелів
 Австралійська асоціація казино
 Міністерський дорадчий комітет з питань відповідального ігрового бізнесу
 Вікторії та подібні органи в інших штатах і на територіях
 Громадські організації, зацікавлені в охороні здоров'я громади
 Інші технічні робочі групи, які займаються проблемами азартних ігор,
 перевіркою, оцінкою та лікуванням

Буде створено веб-сайт, де можна буде завантажити керівництво та допоміжні матеріали та надати відгук.

Другим етапом стратегії розповсюдження є розробка привабливих коротких версій настанови для використання:

Фахівці первинної медичної допомоги

Лікарі загальної практики

Фахівці з питань психічного здоров'я, які відіграють основну роль у скринінговій оцінці та лікуванні азартних ігор

Фахівці з питань психічного здоров'я, які не відіграють першочергової ролі в скринінговій оцінці та лікуванні азартних ігор

Споживчі агентства та споживачі

Менеджери служб, які займаються скринінговою оцінкою та лікуванням азартних ігор

Представники широкої громадськості

Третім етапом стратегії розповсюдження є розробка та проведення коротких навчальних занять із використання цієї настанови та проведення цих занять для:

Фахівці первинної медичної допомоги

Лікарі загальної практики

Фахівці з питань психічного здоров'я, які відіграють основну роль у скринінговій оцінці та лікуванні азартних ігор

Фахівці з питань психічного здоров'я, які не відіграють першочергової ролі в скринінговій оцінці та лікуванні азартних ігор

Споживчі агентства

Менеджери служб, які займаються скринінговою оцінкою та лікуванням азартних ігор

Четвертий етап у процесі розповсюдження – це оцінка сприйняття настанови. Це обговорюється в наступному розділі.

Перешкоди для реалізації цієї настанови

Найбільш часто згадуваним систематичним оглядом бар'єрів для впровадження є огляд Франке (259).

У своєму огляді автори визначили такі перешкоди:

Інструкції, які легко зрозуміти, легко випробувати та не вимагають спеціальних ресурсів, мають більше шансів бути використаними.

Інші мають судити про те, чи вдалося подолати ці перешкоди, але це, безперечно, було центральним питанням у підготовці настанови. Створення керівних принципів, які легко зрозуміти та реалізувати, було центральним питанням GDG. Щоб досягти цього, було використано кілька ключових публікацій NHMRC (3, 5), які надали детальну інформацію та шаблони для процесу розробки та забезпечили створення зручного для користувача документа. Надані рекомендації не вимагають значних ресурсів для реалізації, але вони вимагають певних зобов'язань. Однак впровадження рекомендацій щодо лікування вимагає набору навичок серед практикуючих лікарів, що передбачає значну підготовчу підготовку.

Залучення цільових професіоналів уже на етапі розробки збільшує шанси на успішне впровадження.

Включення ключових груп інформаторів було невід'ємною частиною процесу розробки, як детально описано в «Стандартах і процедурах NHMRC для зовнішніх розроблених настанов» (3).

Недостатня обізнаність, обмежене знайомство та відсутність згоди з настановами є основними перешкодами для прийняття настанов.

Це питання, яке буде вирішено на етапі 3 процесу шляхом проведення цільових навчальних заходів для ключових груп. Оскільки настанова заснована на доказах, розбіжності будуть обмежені. Крім того, рекомендації неважко реалізувати, але деякі практики не погодяться з доказами.

Обмежені часові та кадрові ресурси, а також робочий тиск досить часто називають екологічними характеристиками, які, як кажуть, негативно впливають на впровадження настанови.

З точки зору кадрових і часових ресурсів, проблемні азартні послуги в Австралії мають відносно хороші ресурси за рахунок великих доходів, отриманих від ліцензування та оподаткування ігрової індустрії. Тим не менш, ця ситуація може легко змінитися, якщо до служб почнуть звертатися більше, ніж нинішня частка людей, які страждають від азартних ігор. Таким чином, за поточних обставин ці проблеми не повинні бути основними перешкодами для впровадження настанови.

У рамках розробки плану впровадження настанови було враховано низку міркувань щодо кожної рекомендації, заснованої на доказах. Вони включали такі міркування:

Чи призведе рекомендація до змін у звичайному догляді?

Чи є якісь наслідки щодо ресурсів, пов'язані з виконанням рекомендації?

Чи вимагатиме впровадження рекомендації змін у тому, як зараз організовується допомога?

Чи відомо ГРН про будь-які перешкоди для реалізації рекомендацій?

Див. Додаток А1 щодо конкретних проблем впровадження, які були виявлені для кожної рекомендації на основі доказів.

Вартість рекомендацій

Рекомендовані дії, включені в цю інструкцію, у деяких випадках призведуть до нових процедур і додаткових витрат для практиків і послуг.

Стосовно рекомендацій щодо скринінгу та оцінки, різні австралійські юрисдикції вже виступають і впровадили деякі з цих рекомендацій. Наприклад, вікторіанські шаблони інструментів координації послуг (SCTT) (www.health.vic.gov.au/pcps/coordination/sctt2009.htm) вже рекомендують використовувати інструмент скринінгу за одним пунктом у закладах первинної медичної допомоги для груп високого ризику, як зазначено в цій настанові (див. рекомендацію 1 на основі консенсусу). У Південній Австралії лікарям загальної практики, медсестрам та іншим клініцистам також рекомендовано проводити обстеження за допомогою тих самих інструментів, які вже використовуються у Вікторії

в ініціативах SCTT (http://www.problemgambling.sa.gov.au/asp/gps_nurses_and_clinicians.aspx).

В інших юрисдикціях окремі спеціалісти та служби вже застосували цей підхід. Там, де служби вже запровадили такі ініціативи, настанова посилить поточну практику, і не буде додаткових витрат. У деяких службах витрати будуть знижені, оскільки вони наразі використовують довші інструменти для «відсіву».

Для юрисдикцій і служб, які ще не запровадили такі ініціативи, будуть певні витрати на впровадження. Більшість служб первинної медичної допомоги та охорони психічного здоров'я вже мають складні системи прийому, в які можна легко включити короткі інструменти скринінгу без значних витрат. З іншого боку, скромні витрати на скринінг будуть компенсовані ефективнішим пошуком випадків для людей, які страждають від азартних ігор. Наразі більшість людей із проблемами азартних ігор виявляються на пізній стадії розвитку проблеми з високим рівнем гостроти. Це не сприяє оптимальним клінічним результатам і ранньому втручанню.

Що стосується лікування, рекомендації настанови не призведуть до серйозних змін у поточній практиці в Австралії. СВТ вже широко використовується як терапія вибору при лікуванні проблеми з азартними іграми. Навчання СВТ є стандартним у клінічних навчальних програмах психології та психіатрії. В інших професіях, таких як консультування та соціальна робота, підготовка з СВТ не є загальною частиною стандартної підготовки. Таким чином, деяким практикуючим лікарям може знадобитися додаткове навчання для проведення СВТ. Використання MET у лікуванні азартних ігор зараз не є широко поширеним в Австралії через відсутність навчання цьому методу в стандартних навчальних програмах психології та психіатрії. Однак деякі австралійські лікарі вже використовують MET у поєднанні з СВТ та MI/ MET широко рекомендований для використання в інших станах. Уряд Співдружності спонсорував розробку навчальних пакетів з MET. Рекомендація MET як життєздатної терапії для лікування азартних ігор матиме певні фінансові наслідки. Наприклад, введення підготовки практиків у навчальні плани

потребуватиме певних витрат. Поточні практики можуть отримати доступ до акредитованих курсів навчання в MET через мережу MINT, і ці курси мають відповідні витрати (http://www.motivationalinterview.org/quick_links/about_mi.html). Навчання MINT має міжнародну схему акредитації для свого навчання та градуїовані рівні акредитованих знань, щоб забезпечити компетентність своїх практиків.

Австралійське агентство з регулювання охорони здоров'я контролює реєстрацію практикуючих лікарів в Австралії. Однак наявність юридичного дозволу на практику за професією не означає, що практикуючий спеціаліст має досвід роботи в усіх сферах. Таким чином, хоча це може бути законним для практикуючого лікаря, який не пройшов спеціального навчання з MI/MET або СВТ, проводити такі втручання, це не є розумною та хорошою практикою. Лікарі-практики, які бажають здійснювати такі втручання для людей із проблемами азартних ігор, повинні переконатися, що вони мають відповідні компетенції, отримані шляхом спеціального навчання в акредитованих навчальних програмах, включаючи акредитовані програми MINT для MI/MET та акредитовані коледжами програми СВТ, щоб безпечно та ефективно їх проводити.

Грунтуючись на даних досліджень, ця настанова рекомендує використовувати налтрексон для лікування людей із проблемами азартних ігор. В даний час використання налтрексону та інших фармакотерапевтичних засобів для лікування азартних ігор досить рідкісне явище в Австралії, оскільки азартні ігри не є зареєстрованим показанням для налтрексону чи інших методів лікування, схвалених TGA. Найкращі обставини, за яких налтрексон може бути використаний - це контекст зареєстрованого клінічного випробування, де систематично відстежується прогрес і результати пацієнта. Якби рекомендація щодо налтрексону була реалізована та налтрексон призначався б частіше, це, очевидно, мало б фінансові наслідки. однак, ці витрати ляжуть переважно на особи, які мають проблеми з азартними іграми, через відсутність покриття Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS). Інші психологічні методи лікування з доведеною ефективністю в даний час можуть бути доступні за невелику вартість або безкоштовно для пацієнта через фінансовані державою служби лікування проблеми з азартними іграми та через підтримку Medicare психіатричних служб.

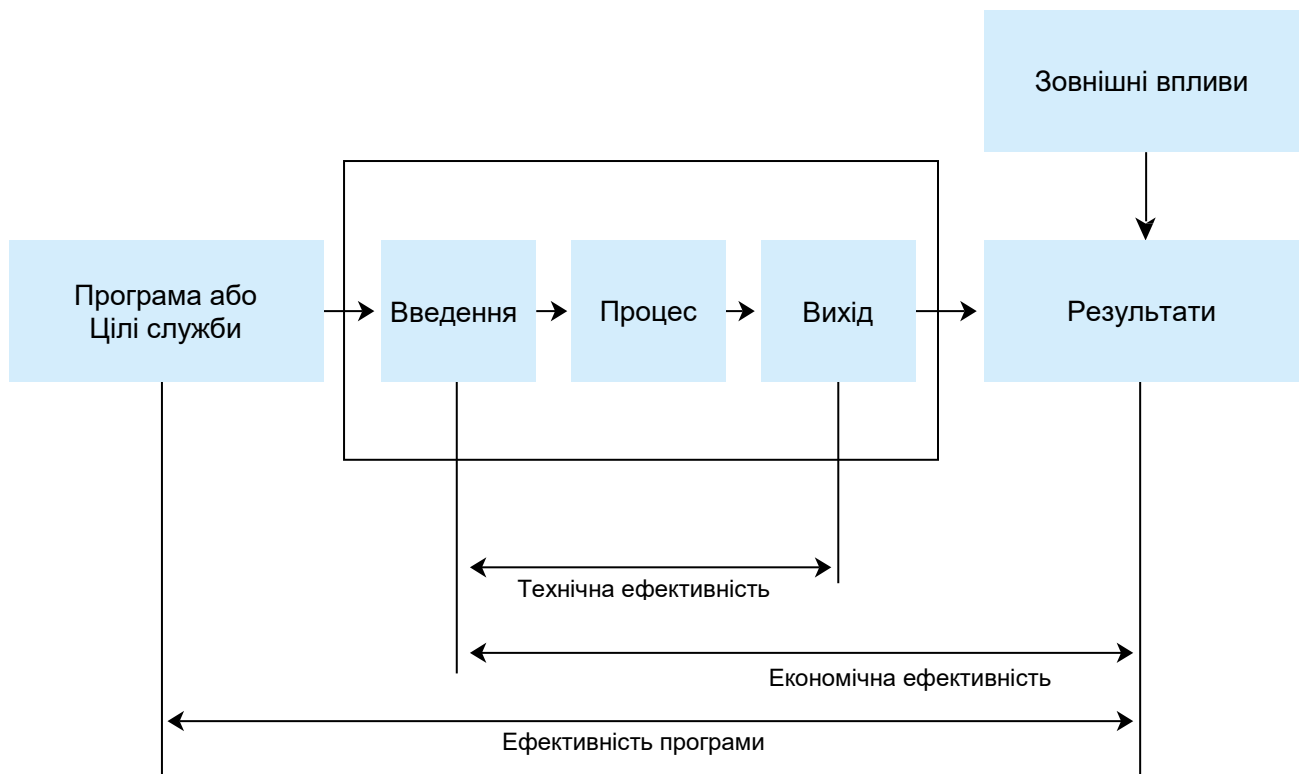
Важко підрахувати «тягар» «хвороби» та пов'язані з цим витрати, пов'язані з азартними іграми, оскільки відповідні дослідження витрат не проводилися. Подібним чином важко визначити економію, яка буде досягнута, якщо люди будуть проходити більш відповідний і ефективний скринінг, оцінку та лікування. З іншого боку, суспільні витрати та витрати уряду були змодельовані агенціями, включаючи Австралійську комісію з продуктивності. У 2008-2009 роках «соціальні» витрати, пов'язані з азартними іграми, оцінювалися в діапазоні від 4,7 до 8,4 мільярдів доларів (7). Широкий діапазон оцінки відображає невизначеність у розрахунку таких оцінок витрат. Деякі з цих впливів не обмежуються самими азартними гравцями, а передбачають накладення витрат на членів сім'ї, роботодавців та інших непов'язаних людей (наприклад, через

крадіжки та крадіжки деякими проблемними гравцями для фінансування своєї азартної діяльності). Крім того, є вимоги до ресурсів громадських і комунальних послуг. Хоча наразі немає точних оцінок тягаря хвороб, пов'язаних із азартними іграми, здається, що «соціальні витрати» є значними.

Оцінка виконання настанови

Буде проведено оцінку цієї настанови, щоб визначити ступінь застосування та реалізації рекомендацій. Це включатиме оцінку того, хто (наприклад, які типи практиків) прочитав і використав настанову та в яких умовах.

Теорія програми буде використана для оцінки засвоєння настанови. В австралійському контексті теорія програм була охоплена серією «Огляд державних послуг», яка щорічно публікується Комісією з продуктивності з 1951 року, а також за окремими юрисдикціями. Огляд було засновано під егідою Ради урядів Австралії. Графік, наданий у розділі 1 Огляду комісії з продуктивності, надає корисне та просте зображення ключових елементів теорії програм і відтворено на малюнку 6.



Малюнок 6. Стратегія оцінювання

Для цілей цього проекту були прийняті такі терміни та визначення. Таблиця 9 підсумовує ключові терміни та їх визначення.

Таблиця 9. Ключові терміни та визначення оцінки

Термін	Значення
Вихід	Опис дій, які стали результатом інвестицій у програму
Результат	Загальний ефект від виконання програми
Індикатор	Дані, які фіксують зміни в області, що вимірюється за певний період часу
Індикатор виходу	Дані, які вимірюють зміни в результатах
Показник результату	Дані, які вимірюють зміни в результатах
Цільова	Призначений результат для результату або результату, зазвичай пов'язаного з певним часовим проміжком
Віха	Визначена точка вздовж континууму між початковою точкою (еталонною або базовою лінією) і завершенням програми

Ефективність програми та економічна ефективність відповідно оцінюються шляхом порівняння цілей програми та вхідних даних програми з результатами програми.

Цілі та запропоновані показники представлені в таблиці 10.

Таблиця 10. Цілі та показники програмної та економічної ефективності

Мета	Пропонований показник
Щоб отримати схвалення NHMRC для цієї настанови	Схвалення дано
Отримати схвалення настанови професійними організаціями	Кількість отриманих схвалень
Домогтися схвалення настанови юрисдикціями	Кількість отриманих схвалень
Широко розповсюдити копії повної настанови	Кількість розповсюджених копій повної настанови; включаючи фізичні копії та завантаження
Підготувати споживчі та професійні скорочені версії настанови	Підготовлені короткі версії
Широко розповсюдити короткі версії настанови серед споживачів і професій	Кількість розповсюджених примірників; – включаючи фізичні копії та завантаження
Досягти широкого застосування настанови фахівцями-практиками, які безпосередньо беруть участь у проведенні скринінгової оцінки	Кількість практиків, які засвоїли рекомендації настанови, як визначено в дослідженні аудиту

Глосарій

Площа під кривою оператора приймача (ROC) – ця область представляє ймовірність того, що навмання обраний суб'єкт із умовою (правильно) оцінений або ранжований з більшою підозрою, ніж навмання обраний суб'єкт без цієї умови.

Оцінка – Процес, який забезпечує остаточний діагноз стану та оцінює терапевтичну потребу випадку.

Кокранівський систематичний огляд – Процес, за допомогою якого всі емпіричні докази, які відповідають заздалегідь визначеним критеріям прийнятності, систематично ідентифікуються, оцінюються та зіставляються, щоб відповісти на конкретне запитання дослідження.

Когнітивно-поведінкова терапія – Відноситься до терапії, яка включає як поведінкові втручання (прямі спроби зменшити дисфункціональні емоції та поведінку шляхом зміни поведінки), так і когнітивні інтервенції (спроби зменшити дисфункціональні емоції та поведінку шляхом зміни індивідуальних оцінок і моделей мислення).

Супутня патологія – Виникнення більш ніж одного розладу одночасно.

Рекомендація на основі консенсусу – Заява на основі висновку експерта через недостатність наявних доказів.

Діагноз – Процес, за допомогою якого клініцист визначає, чи є у людини цільовий стан.

Рекомендація на основі доказів – Твердження, засноване на даних дослідження.

Азартна поведінка – Будь-яка міра витрат, частоти або тривалості азартних ігор.

Поширеність протягом життя – Кількість випадків у популяції, які будуть мати цей стан протягом життя окремих осіб, що входять до популяції.

Мета-аналіз – Метод статистичного аналізу, який поєднує та узагальнює результати низки незалежних досліджень.

Терапія підвищення мотивації – Ручне втручання, отримане від мотиваційного інтерв'ю.

Мотиваційне співбесіда – Орієнтований на клієнта, директивний стиль консультування, який допомагає людям досліджувати та розв'язувати амбівалентність щодо зміни поведінки.

Психологічне втручання здійснював непрактикуючий лікар – будь-яке психологічне втручання, здійснюване особою, яка не є терапевтом або клініцистом. Це включає в себе рівних, допоміжних працівників і старших.

Патологічна азартна гра - Постійна і повторювана дезадаптивна ігрова поведінка, яка руйнує особисті, сімейні або професійні заняття.

Поширеність – Кількість випадків захворювання в популяції за певний період часу.

Фармакологічне втручання – Відноситься до будь-якої терапії, яка базується на лікарських препаратах.

Практичний пункт – Заява, яка містить відповідні практичні поради та інформацію для клініцистів і практикуючих лікарів.

Практикуючий лікар здійснив психологічне втручання – будь-яке психологічне втручання, проведене терапевтом або клініцистом.

Проблема з азартними іграми – Проблемні азартні ігри характеризуються труднощами в обмеженні грошей та/або часу, витраченого на азартні ігри, що призводить до несприятливих наслідків для гравця, інших людей або суспільства.

Точкова поширеність – Кількість випадків захворювання в популяції на певний момент часу.

Психологічний стрес - Поняття, яке охоплює депресію, розлади настрою, негативні афекти або симптоми тривоги.

Якість життя - Багатовимірне поняття, яке охоплює соціальні, професійні, психологічні та фізичні аспекти функціонування людини та задоволення від життя.

Рандомізоване контрольоване дослідження – Клінічне випробування, що включає принаймні одне лікування та одне контрольне лікування, одночасне зарахування та подальше спостереження досліджуваної та контрольної групи, і в якому лікування, яке буде призначено, вибирається шляхом випадкового процесу.

Надійність – Відноситься до здатності вимірювання давати узгоджені результати, коли однакові об'єкти вимірюються за однакових умов.

Скринінг – Процес, спрямований на визначення того, чи має особа підвищений ризик наявності цільового захворювання

Психологічне втручання самопомоги – Будь-яке психологічне втручання, коли люди переважно допомагають собі з мінімальною допомогою або без допомоги інших.

Чутливість – Відноситься до здатності інструменту визначати позитивні результати.

Специфіка – Відноситься до здатності інструменту визначати негативні результати.

Структуроване клінічне інтерв'ю – Інтерв'ю, яке містить конкретні та чіткі запитання, критерії та правила для оцінки того, чи має особа певний стан. Це зменшує мінливість в інтерпретації результатів і забезпечує більш надійний і дійсний інструмент для діагностики та оцінки.

Термін дії – Свідчення того, що дослідження дозволяє зробити правильні висновки щодо питання, на яке воно мало відповісти, або що тест вимірює те, що він мав намір виміряти концептуально. Це включає конструкцію, зміст і валідність критеріїв.

Добровільне самовідчуження – Галузева програма, розроблена для того, щоб допомогти гравцям припинити або обмежити свою поведінку в азартних іграх, обмеживши їхній доступ до ігрових можливостей, підписавши угоду, яка відмовляє їм у доступі до певних закладів азартних ігор або просить їх покинути їх, якщо їх ідентифікують у цих закладах.

Література

1. Anderson C, Cowlishaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, et al. Pharmacological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(1).
2. Anderson C, Cowlishaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, et al. Psychological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;1.
3. NHMRC. NHMRC standards and procedures for externally developed guidelines. Canberra: NHMRC; 2007; Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/nh56.pdf.
4. NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC1999.
5. NHMRC. NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. Canberra: NHMRC2009.
6. Productivity Commission 1999. Australia's gambling industries, Report No. 10. Canberra AusInfo.
7. Productivity Commission 2010. Gambling, Report no. 50. Canberra.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: Author; 2000.
9. Blaszczynski A. How to treat problem gambling. Australian Doctor 12th August. 2005:37-44.
10. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction. 2002 May;97(5):487-99.
11. National Research Council. Pathological gambling: A critical review. Washington DC: National Academy Press; 1999.
12. Petry NM. Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
13. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis. Boston: Harvard Medical School, Division of Addictions; 1997.
14. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
15. Svetieva E, Walker M. Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index (CPGI). Journal of Gambling Issues. 2008;22.
16. Neal P, Delfabbro P, O'Neil M. Problem gambling and harm: Towards a national definition. Melbourne: Gambling Research Australia; 2005.
17. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. A hierarchy of gambling disorders in the community. Addiction. 2003;98(12):1661-72.
18. Volberg RA, Nysse-Carris KL, Gerstein DR. 2006 California Problem Gambling Prevalence Survey. Chicago, IL: National Opinion Research Center; 2006.
19. Wardle H, Moody A, Spence S, Orford J, Volberg R, Jotangia D, et al. British Gambling Prevalence Survey 2010. Retrieved from http://www.gamblingcommission.gov.uk/research__consultations/research/bgps/bgps_2010.aspx 2011.
20. Abbott MW, Volberg RA. The measurement of adult problem and pathological gambling. International Gambling Studies. 2006 Nov;6(2):175-200.
21. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. Journal of Gambling Studies. 2007 Sep;23(3):245-57.
22. Wardle H, Sproston K, Orford J, Erens B, Griffiths M, Constantine R, et al. British gambling prevalence survey 2007. London: National Centre for Social Research 2007.
23. Wiebe J, Volberg RA. Problem gambling prevalence research: a critical overview – A report to the Canadian Gaming Association. Authors; 2007.

24. Gotestam KG, Johansson A. Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV-based telephone interview study. *Addictive Behaviors*. 2003;28(1):189-97.
25. Lund I, Nordlund S. Pengespill og pengeproblemer i Norge Oslo: Statens institutt for rusmiddelforsning; 2003. Report No.: Rapport nr. 2/2000.
26. Study on Hong Kong People's Participation in Gambling Activities: Key Statistics; 2005.
27. Ipsos-Reid Public Affairs and Gemini Research. British Columbia problem gambling prevalence study: Final report. British Columbia: Ministry of Public Safety and Solicitor General; 2008.
28. Lemaire J, Mackay T, Patton D. Manitoba gambling and problem gambling 2006. Winnipeg, Manitoba: Addictions Foundation of Manitoba; 2008.
29. Schrans T, Schellinck T. 2003 Nova Scotia gambling prevalence study. Halifax: Nova Scotia Office of Health Promotion; 2004.
30. Queensland Department of Employment Economic Development and Innovation. Queensland household gambling survey. Queensland 2010.
31. Department of Justice. A study of gambling in Victoria. Melbourne: Victorian Government 2009.
32. South Australian Department for Families and Communities. Gambling prevalence in South Australia: October to December 2005. Adelaide 2006.
33. Young M, Abu-Duhou, I Barnes, T Creed E, Morris M, Stevens M, et al. Northern Territory Gambling Prevalence Survey 2005. Darwin: School for Social and Policy Research 2006.
34. Nielson AC. Prevalence of gambling and problem gambling in New South Wales. Sydney: NSW Office of Liquor, Gaming and Racing 2007.
35. Davidson T, Rogers B. 2009 Survey of The Nature and Extent of Gambling, and Problem Gambling, in the Australian Capital Territory. ACT: Australian National University 2010.
36. South Australian Centre for Economic Studies. Social and economic impact study into gambling in Tasmania. Adelaide 2008.
37. Abbott MW, Williams M, Volberg R. Seven Years On: A Follow-Up Study of Frequent and Problem Gamblers Living in the Community. Wellington: Department of Internal Affairs; 1999.
38. Dowling N, Smith D, Thomas T. Electronic gaming machines: Are they the "crack-cocaine" of gambling? *Addiction*. 2005; 100:33-45.
39. Thomas SA, Jackson AC. Risk and protective factors, depression and comorbidities in problem gambling: A report to beyond blue. Melbourne: Problem Gambling Research and Treatment Centre; 2008.
40. Victorian Department of Justice. A study of gambling in Victoria – problem gambling from a public health perspective. Melbourne; 2009.
41. Breen RB, Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 2002 Spr;18(1):31-43.
42. Jackson AC, Thomas SA, Thomason N, Holt TA. Change and continuity in a help-seeking problem gambling population: A five year record. *The Journal of Gambling Issues*. 2005;13.
43. Griffiths M. Gambling technologies: Prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*. 1999 Fal;15(3):265-83.
44. Griffiths MD. Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies*. 1993; 9:101-20.
45. Fabian T. Pathological gambling: A comparison of gambling at German-style slot machines and "classical" gambling. *Journal of Gambling Studies*. 1995 Fal;11(3):249-63.
46. Kroeber H-L. Roulette gamblers and gamblers at electronic game machines: Where are the differences? *Journal of Gambling Studies*. 1992 Spr;8(1):79-92.
47. Oliveira MP, Silva MT. A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *Journal of Gambling Studies*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001;17(2):137-49.
48. Petry NM. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*. 2003;98(5):645-55.

49. Sharpe L. A reformulated cognitive - Behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(1):1-25.
50. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Pathological gambling: A review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;8(6):334-9.
51. Ladouceur R, Sylvain C, Sevigny S, Poirier L, Brisson L, Dias C, et al. Pathological gamblers: Inpatients' versus outpatients' characteristics. *Journal of Gambling Studies*. 2006 Dec;22(4):443-50.
52. Department of Justice. Problem gambling resource kit: a guide to assist health and welfare workers who encounter problem gambling issues. Melbourne: Victorian Government 2007.
53. Kessler RC, Hwang I, Labrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*. 2008;38(9):1351-60.
54. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.
55. Lorains F, Cowlishaw S, Thomas S. Prevalence of Comorbid Disorders in Problem and Pathological Gambling: Systematic Review and Meta-Analysis of Population Surveys. *Addiction* 2011;106(3):490-8.
56. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Baldini Rossi N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *The American journal of psychiatry*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2005 Jan;162(1):137-45.
57. Winters KC, Kushner MG. Treatment Issues Pertaining to Pathological Gamblers with a Comorbid Disorder. *Journal of Gambling Studies*. 2003 Fal;19(3):261-77.
58. Fernandez-Montalvo J, Echeburua E. Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*. 2004;18(5):500-5.
59. Stinchfield R, Kushner MG, Winters KC. Alcohol Use and Prior Substance Abuse Treatment in Relation to Gambling Problem Severity and Gambling Treatment Outcome. *Journal of Gambling Studies*. 2005 Sep;21(3):273-97.
60. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW. The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian women. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010; 101:171-5.
61. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101:473-5.
62. Bondolfi G, Jermann F, Ferrero F, Zullino D, Osiek CH. Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;117(236-239).
63. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders - results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1093-6.
64. Fiegelman W, Wallisch LS, Lesieur HR. Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:467-70.
65. Gerstein D, Hoffman J, Larison C, Engelman L, Murphy S, Palmer A, et al. Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: National Opinion Research Center at the University of Chicago 1999.
66. Marshall K, Wynne H. Against the odds: a profile of at-risk and problem gamblers. *Canadian Social Trends* 73: Statistics Canada - Catalogue No. 11-0082004.
67. Park S, Cho MJ, Jeon HJ, Lee HW, Bae JN, Park JI, et al. Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean

- Epidemiologic Catchment Area Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45:621-9.
68. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2001; 62:706-12.
69. Jackson AC, Dowling N, Thomas SA, Bond L, Patton G. Adolescent gambling behaviour and attitudes: A prevalence study and correlates in an Australian population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2008;6(3):325-52.
70. Dickson LM, Derevensky JL, Gupta R. The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. *Journal of Gambling Studies*. 2002 Sum;18(2):97-159.
71. Walters GD. Behavior genetic research on gambling and problem gambling: a preliminary meta-analysis of available data. *Journal of Gambling Studies*. [Meta-Analysis]. 2001;17(4):255-71.
72. Gambling Policy Directorate and Office of the Government Statistician. Queensland gambling household survey, 2006–07. Brisbane: Queensland Treasury 2008.
73. Schottler Consulting Pty Ltd. A Study of Gambling in Victoria: Problem Gambling from a Public Health Perspective: Victorian Department of Justice September 2009.
74. Stewart SH, Zack M. Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction* 2008; 103:1110-7.
75. Desai RA, Potenza MN. Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(3):173-83.
76. LaPlante DA, Nelson SE, LaBrie RA, Shaffer HJ. Men and women playing games: Gender and the gambling preferences of Iowa Gambling Treatment Program participants. *Journal of Gambling Studies*. 2006; 22:65-80.
77. Nelson SE, LaPlante DA, LaBrie RA, Shaffer HJ. The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of Iowa Gambling Treatment Program participants. *Journal of Gambling Studies*. 2006; 22:221-40.
78. Derevensky JL, Gupta R. The measurement of youth gambling problems: Current instruments, methodological issues and future directions. In: Derevensky J, Gupta R, editors. *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. New York: Kluwer; 2004. p. 121-44.
79. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*. 1999;89(9):1369-76.
80. Derevensky JL, Gupta R, Winters K. Prevalence Rates of Youth Gambling Problems: Are the Current Rates Inflated? *Journal of Gambling Studies*. 2003 Win;19(4):405-25.
81. Hardoon KK, Derevensky JL. Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002;7(2):263-81.
82. Nower L, Derevensky JL, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004;18(1):49-55.
83. Gupta R, Derevensky JL. An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*. 1998 Spr;14(1):17-49.
84. Dickson L, Derevensky JL, Gupta R. Youth gambling problems: Examining risk and protective factors. *International Gambling Studies*. 2008 Apr;8(1):25-47.
85. Jacobs DF. Juvenile gambling in North America: An analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*. 2000 Fal;16(2-3):119-52.
86. Stinchfield R, Cassuto N, Winters KC, Latimer W. Prevalence of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995. *Journal of Gambling Studies* 1997;13(1):25-48.
87. Lai DW. Gambling and the Older Chinese in Canada. *Journal of Gambling Studies*. 2006 Mar;22(1):121-41.
88. McNeilly DP, Burke WJ. Disposable time and disposable income: Problem casino gambling behavior in older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*. 2002 Apr;8(2):75-85.

89. Roy Morgan Research. Older People and Gambling. Victorian Casino and Gaming Authority; 1997 [29/12/08]; Executive Summary]. Available from: <https://http://www.vcgr.vic.gov.au/CA256F800017E8D4/Statistics/CBF0F7925DC237D5CA25701F0041D08F?Open>.
90. Queensland Treasury. Queensland Household Gambling Survey 2003-04. In: Department QGT, editor. Queensland 2006.
91. Borrell J. Report on older people, low income and gambling for the City of Moreland: Moreland City Council 2003.
92. Norris JE, Tindale JA. The Meaning of Gambling Among Ontario Seniors in Small and Rural Communities: Ontario Problem Gambling Research Centre; 2006.
93. Altman J. Gambling as a mode of redistributing and accumulating cash among Aborigines: a case study from Arnhem Land. In: Caldwell G, Haig B, Sylvan D, Sylvan L, editors. Gambling in Australia. Sydney: Croom Helm; 1985. p. 50-67. Goodale JC. Gambling is hard work: card playing in Tiwi society. Oceania. 1987; 58:6-12.
94. Zimmer LJ. Playing at being men. Oceania. 1987; 58:22-37.
- 95.
96. Breen H, Hing N, Gordon A. Exploring Indigenous gambling: Understanding Indigenous gambling behaviour, consequences, risk factors and potential interventions. Canberra: Gambling Research Australia; 2010.
97. McMillen J, Donnelly K. Gambling in Australian Indigenous communities: The state of play. Australian Journal of Social Issues. 2008; 43:397-426.
98. Aboriginal Health and Medical Research Council of NSW [AHMRC]. Pressing problems, gambling issues and responses for NSW Aboriginal communities. Sydney: AHMRC of NSW; 2007.
99. Brady M. The potential impact of poker machine gambling on Aboriginal residents of Yalata and the Maralinga lands. Maralinga Tjarutja; South Australia; 1998.
100. Dyall L. Gambling, social disorganisation and deprivation. International Journal of Mental Health and Addiction. 2007; 5:320-30.
101. Stevens M, Young M. Betting on the evidence: Reported gambling problems among the Indigenous population of the Northern Territory. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2009;33: 556-65.
102. Stevens M, Young M. Independent correlates of reported gambling problems amongst Indigenous Australians. Social Indices Research. 2010; 98:147-66.
103. Dickerson M, Allcock C, Blaszczyński A, Nicholls B, Williams J, Maddern R. An examination of the socio-economic effects of gambling on individuals, families and the community, including research into the costs of problem gambling in New South Wales. Sydney: Casino Community Benefit Fund Trustees; 1996.
104. Steane P, McMillen J, Togni S. Researching gambling with Aboriginal people. Australian Journal of Social Issues. 1998; 33:303-15.
105. Cultural Perspectives Ltd. Research into health promotion and best practice services for Indigenous communities. Melbourne: Department of Justice; 2005.
106. Nunkuwarrin Yunti Incorporated of South Australia. Submission to the Productivity Commission Inquiry into Australia's Gambling Industries, Submission 106, Draft Report. Canberra: Productivity Commission; 1998.
107. Young M, Stevens M. SOGS and CGPI: Parallel comparison on a diverse population. Journal of Gambling Studies. 2008 Sep;24(3):337-56.
108. Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. Clinical Psychology Review. 2004;23(8):1087-114.
109. Raylu N, Oei TPS. Pathological gambling: A comprehensive review. Clinical Psychology Review. 2002;22(7):1009-61.
110. Blaszczyński A, Huynh S, Dumlao V, Farrell E. Problem gambling within a Chinese speaking community. Journal of Gambling Studies. 1998 Win;14(4):359-80.

- 111.Thomas SA, Yamine R. The impact of gaming upon specific cultural groups. Melbourne: Victorian Casino Gaming Authority; 2000.
- 112.Petry NM, Armentano C, Kuoch T, Norinth T, Smith L. Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*. 2003;54(8):1142-8.
- 113.Duong T, Ohtsuka K. Vietnamese Australian gamblers view on luck and winning: a preliminary report. In: McMillen J, Laker L, editors. *Developing strategic alliances: proceedings of the 9th National Association for Gambling Studies Conference*. Melbourne: The National Association for Gambling Studies; 2000. p. 151-60.
- 114.Au P, Yu R. Working with Chinese problem gamblers: integrating cultural diversities and treatment theories. In: Jacobs DF, editor. *Problem gambling among Asians in Canada and the USA: a new challenge for intervention*. Montreal, Canada: Symposium conducted at the 10th International Conference on Gambling and Risk-Taking; 1997.
- 115.British Medical Association. *Gambling addiction and its treatment within the NHS: A guide for healthcare professionals* 2007.
- 116.Korn DA, Shaffer HJ. Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems: An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians 2004.
- 117.Centre for Clinical Effectiveness. *Critical Appraisal Templates*. Melbourne, Australia: Southern Health 2010.
- 118.Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. England: Wiley-Blackwell 2008.
- 119.Jackson AC, Dowling N, Thomas SA, Holt TA. Treatment careers in problem gambling: Factors associated with first treatment and treatment re-entry. *Addiction Research and Theory*. 2008;16(6):618-32.
- 120.Duvarci I, Varan A, Coskunol H, Ersoy MA. DSM-IV and the South Oaks Gambling Screen: Diagnosing and assessing pathological gambling in Turkey. *Journal of Gambling Studies*. 1997 Fal;13(3):193-206.
- 121.Jimenez-Murcia S, Stinchfield R, Alvarez-Moya E, Jaurrieta N, Bueno B, Granero R, et al. Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2009;25(1):93-104.
- 122.Murray V, Ladouceur R, Jacques C. Classification of Gamblers According to the NODS and a Clinical Interview. *International Gambling Studies*. 2005 Jun;5(1):57-61.
- 123.Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*. 2002;27(1):1-19.
- 124.Hodgins D, Stinchfield R, editors. *Gambling Disorders*. New York: Oxford; 2008.
- 125.Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(2):297-302.
- 126.Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Basic Epidemiology*. 2nd ed: World Health Organization; 2007.
- 127.Christie D, Gordon I, Heller R. *Epidemiology: An introductory text for medical and other health science students*. Sydney: New South Wales University Press 1997.
- 128.Walker MB. *The Psychology of Gambling*. Oxford: Pergamon Press 1992.
- 129.Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence. *Medical Care*. 2004;42(7):649-52.
- 130.Australian Medical Association. *Health effects of problem gambling*. Canberra: AMA1999.
- 131.Tolchard B, Thomas L, Battersby M. GPs and problem gambling: can they help with identification and early intervention? *Journal of Gambling Studies*. 2007; 23:499-506.
- 132.Thomas SA, Piterman L, Jackson AC. Problem gambling: what do general practitioners need to know and do about it? *Medical Journal of Australia*. 2008;189(3):135-6.
- 133.Thomas SA, Jackson AC, Browning CJ, Piterman L. A one item screening tool for problem gambling for use in primary care settings. Melbourne PGRTC. 2009.

134. Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ. Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: a brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Can J Psychiatry*. 2010 Feb;55(2):82-90.
135. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Jul 20;71(1):7-16.
136. Grant BF, Moore TC, Kaplan K. Source and accuracy statement: wave 1 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). Bethesda (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.
137. Tremblay J, Stinchfield R, Wiebe J, Wynne H. Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) Phase III Final Report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse and the Interprovincial Consortium on Gambling Research; 2010.
138. Smith GJ, Wynne HJ. Measuring gambling and problem gambling in Alberta using the Canadian Problem Gambling Index (CPGI): Final report. Edmonton: Alberta Gaming Research Institute; 2002.
139. Holtgraves T. Evaluating the problem gambling severity index. *J Gambl Stud*. 2009 Mar;25(1):105-20.
140. McCready J, Adlaf E. Performance and enhancement of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI): Report and recommendations. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2006.
141. Cox BJ, Yu N, Afifi TO, Ladouceur R. A national survey of gambling problems in Canada. *Can J Psychiatry*. 2005 Mar;50(4):213-7.
142. Jackson AC, Wynne H, Dowling N, Tomnay JE, Thomas SA. Using the CPGI to determine problem gambling prevalence in Australia: Measurement Issues. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009;8(4):570-82.
143. Fisher SE. Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*. 1992 Fall;8(3):263-85.
144. Fisher S. Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *Journal of Gambling Studies*. 2000 Fall;16(2-3):253-73.
145. Olason DT, Sigurdardottir KJ, Smari J. Prevalence Estimates of Gambling Participation and Problem Gambling among 16-18-year-old Students in Iceland: A Comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. *Journal of Gambling Studies*. 2006 Mar;22(1):23-39.
146. Skokauskas N, Burba B, Freedman D. An assessment of the psychometric properties of Lithuanian versions of DSM-IV-MR-J and SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*. 2009;25(2):263-71.
147. Sullivan S. The GP 'Eight' Screen. Auckland: Auckland University; 1999.
148. Gamblers Anonymous. Available from: <http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>.
149. Arthur D, Tong WL, Chen CP, Hing AY, Sagara-Rosemeyer M, Kua EH, et al. The validity and reliability of four measures of gambling behaviour in a sample of Singapore university students. *Journal of Gambling Studies*. 2008 Dec;24(4):451-62.
150. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*. 1997 Feb;80(1):83-8.
151. Johnson EE, Hamer RM, Nora RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep*. 1998 Dec;83(3 Pt 2):1219-24.
152. Toneatto T. Reliability and validity of the gamblers anonymous twenty questions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2008;30(1):71-8.
153. Ursua MP, Uribe Larrea LL. 20 questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*. 1998 Spr;14(1):3-15.
154. Shaffer HJ, LaBrie R, Scanlan KM, Cummings TN. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*. 1994 Win;10(4):339-62.
155. Weinstock J, Ledgerwood DM, Petry NM. Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers. *Psychology of addictive behaviors: journal of the*

- Society of Psychologists in Addictive Behaviors. [Randomized Controlled Trial]. 2007 Jun;21(2):185-93.
- 156.Gerstein D, Murphy S, Toce M, Hoffman J, Palmer A, Johnson R, et al. Gambling impact and behaviour study: report to the national gambling impact study commission. Chicago: National Opinion Research Center 1999.
- 157.Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. The NODS-CLiP: A rapid screen for adult pathological and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2009; 25:541-55.
- 158.Williams RJ, Volberg RA. Best Practices in the Population Assessment of Problem Gambling. Guelph, Ontario: Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre 2010.
- 159.Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144(9):1184-8.
- 160.Gambino B, Lesieur H. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues*. 2006 Aug;17.
- 161.Battersby MW, Thomas LJ, Tolchard B, Esterman A. The South Oaks Gambling Screen: A review with reference to Australian use. *Journal of Gambling Studies*. 2002 Fal;18(3):257-71.
- 162.Govoni R, Frisch GR, Stinchfield R. A critical review of screening and assessment instruments for problem gambling. Ontario: Problem Gambling Research Centre; 2001.
- 163.Thomas S, Jackson A, Blaszczynski A. Measuring Problem Gambling: Evaluation of the Victorian Gambling Screen. Melbourne: Gambling Research Panel; 2003.
- 164.Winters KC, Stinchfield RD, Fulkerson J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*. 1993 Spr;9(1):63-84.
- 165.Blaszczynski A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval Universities Gambling Screen: preliminary data. *Addiction Research & Theory*. 2008;16(4):401-11.
- 166.Ben-Tovim DI, Esterman A, Tolchard B, Battersby M. The Victorian Gambling Screen. Melbourne: Gambling Research Panel 2001.
- 167.McMillen J, Wenzel M. Measuring problem gambling: Assessment of three prevalence screens. *International Gambling Studies*. 2006 Nov;6(2):147-74.
- 168.Tolchard B, Battersby M. The Victorian Gambling screen: reliability and validation in a clinical population. *Journal of Gambling Studies*. 2010; 26:623-38.
- 169.Rockloff MJ. Problem Gambling Severity Index - Consumption: A 3 item screen for problem gambling. National Association of Gambling Studies; Gold Coast, QLD2010.
- 170.Schellinck T. FLAGS (EGM) Preliminary Results of Phase IV: Development of the Focal Adult Gambling Screen. 8th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues; Vienna 2010.
- 171.Rockloff MJ, Ehrich J, Themessl-Huber M, Evans LG. Validation of a One Item Screen for problem gambling. *Journal of Gambling Studies* [serial on the Internet]. 2011.
- 172.Schulz R, Czaja SJ, McKay JR, Ory MG, Belle SH. Intervention Taxonomy (ITAX): Describing essential features of interventions. *American Journal of Health Behaviour*. 2010;34(6):811-21.
- 173.Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 152:1-8.
- 174.Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour research and therapy*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial]. 2003 May;41(5):587-96.
- 175.National Centre for Education and Training on Addiction. Current "Best Practice" Interventions for Gambling Problems: A Theoretical and Empirical Review. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services 2000.
- 176.Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003; 17:284-92.
- 177.Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological psychiatry*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2000 May;47(9):813-7.

- 178.Hollander E, Sood E, Pallanti S, Baldini-Rossi N, Baker B. Pharmacological treatments of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2005; 21:99-108.
- 179.Brewin CR. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*. 1996; 47:33-57.
- 180.Sharpe L, Tarrier N. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*. 1993;162(MAR.):407-12.
- 181.Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse*. 1999;34(11):1593-604.
- 182.Toneatto T, Blitz-Miller T, Calderwood K, Dragonetti R, Tsanos A. Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*. 1997 Fal;13(3):253-66.
- 183.Westphal JR. How well are we helping problem gamblers? An update to the evidence base supporting problem gambling treatment. *Journal of Mental Health and Addiction*. 2008;6(2):249-64.
- 184.Melville CL, Davis CS, Matzenbacher DL, Clayborne J. Node-link-mapping-enhanced group treatment for pathological gambling. *Addictive behaviors*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Jan;29(1):73-87.
- 185.Dowling N, Smith D, Thomas T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour research and therapy*. [Comparative Study. Randomized Controlled Trial]. 2007 Sep;45(9):2192-202.
- 186.Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL, Kim SW, Miller MJ, Petry NM, et al. Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Sep;195(3):266-7.
- 187.Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of consulting and clinical psychology*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Feb;69(1):50-7.
- 188.Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Oct;77(5):950-60.
- 189.Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. *The Journal of nervous and mental disease*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Nov;189(11):774-80.
- 190.Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology*. [Clinical Trial. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1997 Oct;65(5):727-32.
- 191.Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*. [Randomized Controlled Trial. Research Support, N.I.H., Extramural]. 2006 Jun;74(3):555-67.
- 192.Korman L, Collins J, Littman-Sharp N, Skinner W, McMains S, Mercado V. Randomized control trial of an integrated therapy for comorbid anger and gambling. *Psychotherapy Research*. 2008;18(4):454-65.
- 193.Rollnick S, Gohat N. Motivational interviewing: Introduction and integration workshop. Cardiff October 2010.
- 194.Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- 195.Project MATCH Research Group. Matching alcohol treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. 1997; 58:7-29.
- 196.Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Rai A, Cordingley J. Pilot Study of a Personalized Feedback Intervention for Problem Gamblers. *Behavior Therapy*. 2009;40(3):219-24.
- 197.Diskin KM, Hodgins DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(5):382-8.

- 198.Sani A, Carlevaro T, Ladouceur R. Impact of a counselling session on at-risk casino patrons: a pilot study. *Gambling Research*. 2005;17(1):47-52.
- 199.Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*. [Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, N.I.H., Extramural. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2008 Apr;76(2):318-28.
- 200.Petry NM, Weinstock J, Morasco BJ, Ledgerwood DM. Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction*. 2009;104(9):1569-78.
- 201.Jackson AC, Thomas SA, Chen Z, Vasiliadis S, Tirachaimongkol T. Gambling and harm minimisation in Australia: an overview of the evidence base. Paper prepared for the Australasian Gaming Council, Melbourne: Problem Gambling Research and Treatment Centre 2009.
- 202.Blaszczynski A, Ladouceur R, Nower L. Self-exclusion: A proposed gateway to treatment model. *International Gambling Studies*. 2007;7(1):59-71.
- 203.Ladouceur R, Jacques C, Giroux I, Ferland F, Leblond J. Analysis of a casino's self-exclusion program. *Journal of Gambling Studies*. 2000 Win;16(4):453-60.
- 204.Ladouceur R, Sylvain C, Gosselin P. Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study. *Journal of Gambling Studies*. 2007 Mar;23(1):85-94.
- 205.Williams RJ, West BL, Simpson RI. Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence. Guelph, Ontario: Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre 2007.
- 206.Nowatzki NR, Williams RJ. Casino self-exclusion programmes: a review of the issues. *International Gambling Studies*. 2002;2(1):3-25.
- 207.O'Neil M, Whetton S, Dolman B, Herbert M, Giannopoulos V, O'Neil D, et al. Part A - Evaluation of self-exclusion programs in Victoria. Part B: Summary of self-exclusion programs in Australian States and Territories. Melbourne: Gambling Research Panel 2003.
- 208.Carlbring P, Smit F. Randomized Trial of Internet-Delivered Self-Help With Telephone Support for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(6):1090-4.
- 209.Heather N. Minimal treatment interventions for problem drinkers. In: Edwards G, Gill D, editors. *Current Issues in Clinical Psychology*. London: Plenum; 1986. p.120-56.
- 210.Petry NM. Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- 211.Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1996;24(1):51-72.
- 212.Hudak CJ, Varghese R, Politzer RM. Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*. 1989 Fal;5(3):201-10.
- 213.Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*. 1991;86(8):1017-28.
- 214.Russo AM, Taber JI, McCormick RA, Ramirez LF. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*. 1984;35(8):823-7.
- 215.Schwarz J, Lindner A. Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*. 1992 Spr;8(1):93-109.
- 216.Taber JI, McCormick RA, Russo AM, Adkins BJ, et al. Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*. 1987 Jun;144(6):757-61.
- 217.Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*. 1991;86(3):299-306.
- 218.Ladouceur R. Controlled Gambling for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 2005 Spr;21(1):51-9.

219. Robson E, Edwards J, Smith G, Colman I. Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 2002 Fall;18(3):235-55.
220. Dickerson M, Hinchy J, England SL. Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*. 1990;6(1):87-102.
221. Dowling N, Smith D, Thomas T. A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2009;25(2):201-14.
222. Ladouceur R, Lachance S, Fournier P-M. Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(3):189-97.
223. Blaszczynski A, Drobny J, Steel Z. Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: Short-term outcomes. *Behaviour Change*. 2005;22(1):13-21.
224. Dowling N. The selection of controlled gambling in Australian problem gambling treatment services. *Proceedings of 42nd annual Australian Psychological Society Annual Conference*; Brisbane: Australian Psychological Society; 2007.
225. Dowling N, Smith D. Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2007 Sep;23(3):335-45.
226. Toneatto T, Dragonetti R. Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: a quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. [Comparative Study. Controlled Clinical Trial. Journal Article]. 2008 Jul-Aug;17(4):298-303.
227. Becona E, Labrador F, Echeburua E, Ochoa E, et al. Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies*. 1995 Fall;11(3):265-86.
228. MIMS A. MIMS (5). NSW, Australia: CMPMedica; 2009.
229. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Mar;14(1):9-15.
230. Black DW, Arndt S, Coryell WH, Argo T, Forbush KT, Shaw MC, et al. Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Journal of clinical psychopharmacology*. [Randomized Controlled Trial. Research Support, N.I.H., Extramural]. 2007 Apr;27(2):143-50.
231. Grant JE, Potenza MN. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International clinical psychopharmacology*. [Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Jul;21(4):203-9.
232. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, Zaninelli R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *The Journal of clinical psychiatry*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Jun;63(6):501-7.
233. Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, et al. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International clinical psychopharmacology*. [Clinical Trial. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2003 Jul;18(4):243-9.
234. Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibanez A, Masramon X, Gomez MM, Madrigal M, et al. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *The Journal of clinical psychiatry*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 Jan;66(1):28-33.
235. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clinical neuropharmacology*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial]. 2005 Jan-Feb;28(1):6-10.

- 236.Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolski Y, Kotler M. Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *Journal of clinical psychopharmacology*. [Comparative Study. Randomized Controlled Trial]. 2005 Dec;25(6):593-6.
- 237.Grant JE, Kim SW. Medication management of pathological gambling. *Minn Med*. [Comparative Study]. 2006 Sep;89(9):44-8.
- 238.Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American journal of psychiatry*. [Comparative Study. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Feb;163(2):303-12.
- 239.Grant JE, Kim SW, Hartman BK. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *The Journal of clinical psychiatry*. [Randomized Controlled Trial. Research Support, N.I.H., Extramural]. 2008 May;69(5):783-9.
- 240.Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological psychiatry*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Jun;49(11):914-21.
- 241.Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *The Journal of clinical psychiatry*. [Clinical Trial. Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Jul;63(7):559-64.
- 242.Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. [Controlled Clinical Trial. Journal Article]. 2008 May;89(3):298-303.
- 243.Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological psychiatry*. [Comparative Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, N.I.H., Extramural]. 2007 Sep;62(6):652-7.
- 244.McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck Jr. PE. Olanzapine in the treatment of pathological gambling: A negative randomized placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(3):433-40.
- 245.Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(7):689-702.
- 246.Hosking JD, Cisler RA, Couper DJ, Gastfriend DR, Kivlahan DR, Anton RF. Design and analysis of trials of combination therapies. *J Stud Alcohol Suppl*. 2005 Jul (15):34-42; discussion 33.
- 247.Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 May 3;295(17):2003-17.
- 248.van Bolkom A, Anton J. Combination treatments for obsessive-compulsive disorder. In: Swinston R, Antony M, Rachman S, Richter M, editors. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press; 1998. p.349-66.
- 249.Toneatto T, Brands B, Selby P, Toneatto T, Brands B, Selby P. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling. *Am J Addict*. [Randomized Controlled Trial, Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 May-Jun;18(3):219-25.
- 250.Dowling N, Smith D, Thomas T. Treatment of female pathological gambling: the efficacy of a cognitive-behavioural approach. *Journal of Gambling Studies*. 2006;22(4):355-72.
- 251.Bazargan M, Bazargan S, Akanda M. Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist*. 2001;22(3/4):51-62.
- 252.Glickstein JK. Problem gambling among older adults. *Focus on Geriatric Care and Rehabilitation*. 2000; 14:10-1.

253. Govoni R, Frisch GR, Johnson D. A community effort: Ideas to action understanding and preventing problem gambling in seniors. Windsor, Ontario, Canada: University of Windsor Problem Gambling Research Group; 2001.
254. Nower L, Blaszczynski A. Characteristics of Problem Gamblers 56 Years of Age or Older: A Statewide Study of Casino Self-Excluders. *Psychology and Aging*. 2008;23(3):577-84.
255. Petry NM. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*. 2002;42(1):92-9.
256. Tirachaimongkol TC, Jackson AC, Tomnay J. Pathways to problem gambling in seniors. *Journal of Gerontological Social Work*. 2010;53(6):531-46.
257. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Buchanan SN, Potenza MN. Late-onset pathological gambling: Clinical correlates and gender differences. *Journal of Psychiatric Research*. 2008;43(4):380-7.
258. Dickerson MG. Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*. 1993 Fal;9(3):225-45.
259. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008; 8:38.
260. Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ. Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(2):82-90.
261. Abacus Counselling Training & Supervision Ltd. Eight Screen validation: final report. New Zealand: Abacus Counselling Training & Supervision Ltd 2006.
262. Sullivan S. Don't let an opportunity go by: validation of the EIGHT gambling screen. *International Journal of Mental Health*. 2007; 5:381-9.
263. Sullivan S, Brown R, Skinner B. Pathological and sub-clinical problem gambling in a New Zealand prison: a comparison of EIGHT and SOGS gambling screens. *International Journal of Mental Health Addiction*. 2008; 6:369-77.
264. Gotestam K, Johansson A, Wenzel HG, Simonsen I-E. Validation of the Lie/Bet Screen For Pathological Gambling on Two Normal Population Data Sets. *Psychol Rep*. 2004 Dec;95(3, Part1):1009-13.
265. Wulfert E, Hartley J, Lee M, Wang N, Franco C, Sodano R. Gambling Screens: Does Shortening the Time Frame Affect their Psychometric Properties? *Journal of Gambling Studies*. 2005 Dec;21(4):521-36.
266. Wickwire EM, Jr., Burke RS, Brown SA, Parker JD, May RK. Psychometric evaluation of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). *The American Journal on Addictions*. 2008 Sep;17(5):392-5.
267. Hodgins DC. Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems as an outcome measure for pathological gambling: Psychometric evaluation. *Addictive Behaviors*. 2004;29(8):1685-90.
268. Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse 2001.
269. Doiron JP, Nicki RM. Epidemiology of problem gambling in prince edward island: A Canadian microcosm? *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46(5):413-7.
270. Brooker IS, Clara IP, Cox BJ. The Canadian Problem Gambling Index: Factor structure and associations with psychopathology in a nationally representative sample. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2009;41(2):109-14.
271. Holtgraves T, Holtgraves T. Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Mar;25(1):105-20.
272. Orford J, Wardle H, Griffiths M, Sproston K, Erens B. PGSI and DSM-IV in the 2007 British Gambling Prevalence Survey: reliability, item response, factor structure and inter-scale agreement. *International Gambling Studies*. 2010; 10:31-44.

273. Abbott MW, Volberg RA. The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*. 1996 Sum;12(2):143-60.
274. Hodgins DC, Stinchfield R. Gambling Disorders. In: Hunsley J, Mash EJ, editors. *Assessments that work*. New York: Oxford University Press; 2008.
275. Petry NM. Concurrent and predictive validity of the addiction severity index in pathological gamblers. *Am J Addict*. 2007;16(4):272-82.
276. Laundergan J, Shaffer J, Eckhoff K. Adult survey of Minnesota gambling behavior: a benchmark, 1990. University of Minnesota, Duluth: Center for Addiction Studies 1990.
277. Orford J, Sproston K, Erens B. SOGS and DSM-IV in the British Gambling Prevalence Survey: Reliability and factor structure. *International Gambling Studies*. 2003 Jun;3(1):53-65.
278. Weinstock J, Whelan JP, Meyers AW, McCausland C. The performance of two pathological gambling screens in college students. *Assessment*. 2007 Dec;14(4):399-407.
279. Tremblay J, Wiebe J, Stinchfield R, Wynne H. Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI): Phase III final report. Canada: Canadian Centre on Substance Abuse and the Interprovincial Consortium on Gambling Research 2010.
280. Pelletier A, Ladouceur R, Fortin J-M. Assessment of High School Students' Understanding of DSM-IV-MR-J Items. *Journal of Adolescent Research*. 2004 Mar;19(2):224-32.
281. Dowling N, Jakson A, Thomas S, Frydenberg E. Children at risk of developing problem gambling. Melbourne: Gambling Research Australia 2010.
282. Langhinrichsen-Rohling J, Rohling ML, Rohde P, Seeley JR. The SOGS-RA vs. the MAGS-7: Prevalence Estimates and Classification Congruence. *Journal of Gambling Studies*. 2004 Fal;20(3):259-81.
283. Winters KC, Stinchfield RD, Kim LG. Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies*. 1995 Sum;11(2):165-83.
284. Poulin C, Poulin C. An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. 2002;18(1):67-93.
285. Boudreau B, Poulin C. The South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: A cut-point analysis. *Journal of Gambling Studies*. 2007 Sep;23(3):299-308.
286. Rossow I, Molde H. Chasing the criteria: Comparing SOGS-RA and the Lie/Bet screen to assess prevalence of problem gambling and 'at-risk' gambling among adolescents. *Journal of Gambling Issues*. 2006 Oct; 18:57-71.
287. Poulin C. Problem gambling among adolescent students in the Atlantic provinces of Canada. *Journal of Gambling Studies*. 2000 Spr;16(1):53-78.

Резюме інструментів скринінгу та оцінки дорослих, підлітків і дітей

Інструменти перевірки та оцінки дорослих

Інструмент	Заявлене призначення	Країна розробник	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	Внутрішня послідовність (Кронбаха)	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
Короткий біосоціальний скринінг азартних ігор (VBGS) (260)	Розробити скринінг патологічної схильності до азартних ігор для ефективного застосування в домогосподарствах і для клініцистів для використання з особами, які шукають лікування	Сполучені Штати Америки	3	Учасники національної репрезентативної випадкової вибірки із загального населення домогосподарств, які грали в азартні ігри 5 або більше разів протягом року (N=11 027)	Позитивний скринінг (позитивний схвалення одного або кількох елементів)	Останні 12 місяців	α		Проти брехні/ставки): 96 (260)	Проти брехні/ставки): 99 (260)
Тест здоров'я раннього втручання в азартні ігри (EIGHT)(147)	Короткий скринінг проблем азартних ігор, спочатку розроблений для використання сімейними лікарями	Нова Зеландія	8	Порівнювали різні популяції, у тому числі: відвідувачів спеціаліста по азартним іграм (N=66), відвідувачів сімейних лікарів (пілот N=80; чоловіків N=241; чоловіків та жінок N=798), відвідувачів денного стаціонару для проблеми (N=246) і клієнтів в день клінічної перевірки надійності скринінгу (N=65) (147)	Серйозна проблема з азартними іграми (рівень 2 або 3 азартні ігри) (оцінка 4 або більше)	Час життя	. 96 (261, 262) . 97 (147)		Проти DSM-IV: . 91 (263) Проти SOGS: . 75 (261) . 78 (261) . 90 (262) Проти NODS: 1,00 (262)	Проти DSM-IV: . 50 (263) Проти SOGS: . 95 (262) Проти NODS: . 11 (262)
Анонімні азартні гравці Двадцять запитань (GA20) (148)	Допомога в пошуку Індивідуального рішення якщо він або вона є компульсивним гравцем і хоче припинити грати в азартні ігри	Сполучені Штати Америки	20		Компульсивні азартні ігри (бал 7 або більше) (152)	Час життя	. 84 -,87 (152) . 89 (149) . 94 (153)		Проти DSM-IV: . 99-1,00 (152) Проти SOGS: . 98 (153) Проти брехні/ставки: .78 (151) . 92 (150)	Проти DSM-IV: . 25-.48 (152) Проти SOGS: . 99 (153) Проти брехні/ставки: 99 (150) 1,00 (151)
Брехня-Бет Анкета (150)	Надати короткий скринінговий інструмент для діагностики патологічних азартних ігор	Сполучені Штати Америки	2	Патологічні азартні ігри та непатологічні азартні чоловіки (N=362)	Патологічний азартний гравець (оцінка 1 або більше)	Час життя			Проти DSM-IV: . 92 (264) Проти GA20: . 99 (150) 1,00 (151)	Проти DSM-IV: . 96 (264) Проти GA20: . 85 (151) . 91 (150)

Інструмент	Заявлене призначення	Країна розробник	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	Внутрішня послідовність (Кронбаха)	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
Національний центр дослідження громадської думки DSM скринінг для проблеми азартних ігор (NODS) (156)	Базовий скринінговий інструмент для визначення проблеми азартних ігор відповідно до Критеріїв DSM-IV	Сполучені Штати Америки	17 (12-міс) + 17 (довічний)	Учасники від національного представника на зразок домашніх господарств (N=2417).	Без проблем (оцінка 0), з ризиком (оцінка 1-2), проблемний гравець (оцінка 3-4) і патологічний азартний гравець (оцінка 5-10)	Час життя	. 86 (265) . 88 (266)	. 99 (156)	Проти SOGS: . 46 (266)	Проти SOGS: . 97 (266)
						Останні 12 місяців	. 69 (158) . 71 (158) . 79 (267) . 87 (265)	. 98 (156)	Проти клінічних оцінок: . 69 (158) . 68 (158) . 94 (122) Проти SOGS: . 57 (267) Проти EIGHT: . 68 (262)	Проти клінічних оцінок: . 86 (122) . 96 (158) . 99 (158) Проти SOGS: Проти EIGHT: 1,00 (262)
NODS-CLiP (157)	Розвивати ефективні стандартизовані діагностичні інтерв'ю-інструменти для ідентифікації патологічної і проблемної азартних ігор у дорослих в епідослідженнях та в клінічних умовах	Сполучені Штати Америки	3	Вісім досліджень азартних гравців у загальній популяції дорослого населення, проведені в США між 1999 і 2003 роками (N = 1867)	Позитивний скринінг (позитивне схвалення одного або кількох елементів)	Час життя			Проти NODS: 0,94 - 0,99 (157)	Проти NODS: 0,88 - 0,90 (157)
Скринінг проблемної і патологічної азартних ігор (PPGM) (158)	Оціночний інструмент для клінічного загального населення (158)	Канада	14	Дві вибірки: дорослі з Онтаріо, Канада (N= 607) та дорослі з 105 країн, які пройшли онлайн опитування (N=3464) (загалом N=4071)	Рекреаційний азартний гравець; ризиковий гравець; проблемний гравець; патологічний азартний гравець	Останні 12 місяців	. 76 (158) . 81 (158)		Проти клінічних оцінок: 94 (158) 1,00(158)	Проти клінічних оцінок: . 98 (158) 1,00 (158)

Інструмент	Заявлене призначення	Країна розробник	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	Внутрішня послідовність (Кронбаха)	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
Проблема азартних ігор індекс тяжкості (PGSI) з Канадський індекс проблемних азартних ігор (CPGI) (268)	Для вимірювання поширеності проблема азартних ігор в громаді; розрізняти підтипами азартних гравців у популяції	Канада	9	Випадкова вибірка з загальної популяції (N = 3120)	Не проблемний гравець/не-гравець (оцінка 0); гравець із низьким ризиком (оцінка 1 або 2); помірний ризик (3-7 балів); проблемний гравець (оцінка 8-27)	Останні 12 місяців	.69 (269) .80 (158) .84 (268) .86 (270) .86 (271) .90 (272) .90 (158) .92 (265) .92 (167) .92 (149)	.78 (268)	Проти клінічних оцінок: .78 (268) .79 (158) .80 (158) .92 (158) Проти DSM-IV: .64 (3+) відрізано (272) .83 (268) Проти SOGS: .62 (268)	Проти клінічних оцінок: .79 (158) .98 (158) 1,00 (268) Проти DSM-IV: 1,00 (3+) обмеження) (272) 1,00 (22) Проти SOGS: 1,00 (268)
Скринінг азартних ігор Sought Oaks (SOGS) (159) / Скринінг азартних ігор Sought Oaks переглянутий (SOGS-R) (273)	Розроблено для клінічного скринінгу населення (274)	Сполучені Штати Америки	20	Етап 2: стаціонар з діагнозом алкоголь або наркотики зловживання (N=297) 3 етап (крос валідація): анонімні гравці (N=213), студенти університетів (N=384) лікарняні співробітники (N=152)	Ймовірно патологічний азартний гравець (бал 5 або більше)	Тривалість життя (159)	.72 (275) .85 (265) .93 (266) .97 (159)	.71 (159)	Проти DSM-III-R: .92 (159) Проти DSM-III-R: .54 (159) 1,00 (159) 1,00 (159) Проти NODS: .82 (266)	Проти DSM-III-R: .98 (159) Проти DSM-III-R: .50 (159) .99 (159) .99 (159) Проти NODS: .84 (266)
						Останні 12 місяців (276)	.22 (165) .69 (123) .78 (277) .79 (158) .82 (278) .83 (158) .84 (265) .86 (167)		Проти клінічних оцінок: .69 (158) .92 (158) Проти DIGS: .71 (278) Проти DSM-IV: .67 (123) Проти NODS: .97 (267)	Проти клінічних оцінок: .79 (158) .99 (158) Проти DIGS: .88 (278) Проти DSM-IV: 1,00 (123) Проти NODS: .49 (267) OGS-R: минула 6 місяців (273)

Інструмент	Заявлене призначення	Країна розробник	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	Внутрішня послідовність (Кронбаха)	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
						SOGS-R: минула 6 місяців (273)	. 86 (123)		Проти DSM-III-R: . 86 (273) Проти DSM-IV: . 99 (123)	Проти DSM-III-R: . 76 (273) Проти DSM-IV: . 75 (123)
Сідней Лаваль Університетський скринінг азартних ігор (SLUGS) (165)	Для визначення кількості азартних гравців, які звітують про порушений контроль; що може знадобитися для тих, хто виражає бажання лікуватись	Шотландія	7	Персонал і Учні з конкретних коледжів та університетів Шотландії (N=2069)		Останні 12 місяців	. 85 (165)			
Вікторіанський скринінг азартної гри (VGS) (166)	Щоб розробити новий інструмент, який можна було використати в опитуваннях населення в цілому, оцінити масштаб проблеми азартної гри та для людей з проблемами лікування азартних ігор або допомога в клінічних умовах	Австралія	21 (15 елементів для власної шкали)	Передпілотна версія: віч-на-віч, комп'ютерне, телефонне інтерв'ю (N=138). Пілотна версія: містить 25 питань з кількох параметрів (N=261). Перевірка вправа складалася підвибірки n=71, яка мала напівструктуроване інтерв'ю.	Не проблема (оцінка 0-8), межова проблема (оцінка 9-13), патологічний азартний гравець (оцінка з 14-20) і проблемний гравець (оцінка 21+)	Останні 12 місяців	VGS: . 85 (168) . 94 (167) Шкода для себе масштаб: . 89 (168) . 96 (166)			

Інструменти скринінгу та оцінки підлітків і дітей

Інструмент	Заявлене призначення	Країна походження	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	внутрішня послідовність	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
Канадський перелік азартних ігор серед підлітків (CAGI)– Субшкала серйозності проблеми азартних ігор (GPSS) (279)	Розвивати інструмент для оцінки ризику проблеми азартних ігор в ідлітковому віці (вік від 13 до 17 років) (GPSS), а також психологічний і соціальної шкоди, фінансові наслідки втрати контролю над азартними іграми поведінка (CAGI фактори).	Канада	24 CAGI; 9 GPSS	Фаза II: учні шкіл в Манітобі і Квебек (N = 2394). Фаза III перевірки: підлітки (отримавши 3 або більше балів на SOGS-PA); підлітки із зловживанням психоактивними речовинами і правопорушеннями (N = 39) і найвища частота азартні гравці с Фаза II (N = 66)	Фактори CAGI: Психологічні наслідки (6 елементів); Соціальні наслідки (5 елементів); Фінансові наслідки (6 предметів); Заклопотаність і порушений контроль (4 елементи.) GPSS: Немає проблеми /зелене світло (бали 0–1), від низького до помірного тяжкості/жовте світло (бали 2-5), високий ступінь тяжкості/червоний світло (десяти бали 6 або більше)		Фактори CAGI: 0,83- .90 (279)	Фактори CAGI: .77 - .90 (279)	Проти клініциста рейтинг підлітковий тяжкість азартних ігор: .91 (279) Проти клініциста рейтинг DSM-IV: .97 (279) Проти самооцінки DSM-IV: .96 (279)	Проти клініциста рейтинг підлітковий тяжкість азартних ігор: .96 (279) Проти клініциста рейтинг DSM-IV: .93 (279) Проти самооцінки DSM-IV: .89 (279)
Діагностичний та статистичні Посібник-IV-Адаптований для Неповнолітніх (DSM-IV-J) (143) / Діагностичний та статистичний посібник-IV-Множинна Відповідь-Адаптована для неповнолітніх (DSM-IV-MR-J) (144)	Для діагностики патологічної азартної гри перед дорослими гравцями (143). Перероблена версія Критерії DSM-IV-J для скринінгу проблеми азартних ігор у молоді (144)	Великобританія	12	Підлітки між 12 і 15 років зі шкіл (N = 9774)	Ймовірно патологічний гравець (оцінка 4 і більше); соціальний гравець (менше ніж 4) (143). Непроблемний гравець (оцінка менше ніж 4), проблема азартний гравець (оцінка 4 або більше). Інше часто використані відсічення: (1) Без проблем (оцінка 0), група ризику (оцінки від 1 до 3), патологічна азартні ігри (бал 4 і більше) (280); (2) Без проблем (бал 0 або 1), у групі ризику (оцінка 2 або 3), проблемна схильність до азартних ігор (оцінка 4 або більше) (145, 146)	Останні 12 місяців	75 (144) .78 (145, 281) .80 (146)		Проти SOGS-R: .55 (145) .79 (146)	Проти SOGS-R: .99 (145) 1,00 (146)

Інструмент	Заявлене призначення	Країна походження	Кількість елементів	Нормативний зразок	Оцінка результатів	Період часу	внутрішня послідовність	Тест-ретест надійність	Чутливість	Специфіка
Массачусетський скринінг азартних ігор (MAGS) (154)	Розробити короткий клінічний скринінг інструмент, який може дати індекс непатологічної азартної гри під час опитування від 5 до 10 хвилин	Сполучені Штати Америки	26 (2 підшкали: (1) DSM-IV (12 позицій); (2) MAGS (14 позицій)) Підшкала MAGS містить 7 позицій до форма МАГС-7	Підлітки, які були студентами передмісті Бостона (N = 856)	Непатологічна азартна гра (бали менше 0), ризиковані азартні ігри (бали між 0 і 2), ймовірні патологічні або проблема азартних ігор (бали більше ніж 2)	Час життя	MAGS 7: .65 (282) .83 (154) DSM-IV: 0,87 (154)		МАГС-7: Проти DSM-IV: .81 (154) Проти SOGS-R: .23 (282)	МАГС-7: Проти DSM-IV: .97 (154) Проти SOGS-R: .99 (282)
Скринінг азартних ігор Sought Oaks Переглянуто для підлітків (SOGS-R) (164, 283)	Оцінити серйозність проблеми азартних ігор у підлітків (перегляд SOGS)	Сполучені Штати Америки	16 (12 запитих)	Міннесота підлітки віком від 15 до 18 років завербовані по телефону або у школі (N = 1101)	проблема азартні ігри (бали 3 або більше). Пізніші публікації: Два різні оцінка протоколи (283). Не є проблемою азартні ігри (бали 0 або 1), схильність до азартних ігор (бали з 2 або 3), проблеми з азартними іграми (бали з 4 або більше)	Останні 12 місяців	.75 (146) .76 - 0,81 (284) .80 (282) .80 (164) .81 (145) .98 (285)	.57 (284)	Проти DSM-IV-MR-J: .73 (145) .97 (146) Проти MAGS-7: .69 (282) Проти брехні/ставки: .24 (286) Проти щоденних азартних ігор: .22 (287) проти само виявленні потреби в допомозі: .59 (285) Проти отримання допомоги: .62 (285)	Проти DSM-IV-MR-J: .99 (146) .99 (145) Проти MAGS-7: .95 (282) Проти брехні/ставки: .99 (286) Проти щоденних азартних ігор: .99 (287) проти само виявлена потреба в допомозі: .96 (285) Проти отримання допомоги: .96 (285)