

STANISŁAWA TUCHOLSKA

ZJAWISKO HAZARDU PATOLOGICZNEGO I JEGO UWARUNKOWANIA

Hazard jest obecnie popularną i legalną formą aktywności podejmowaną przez ludzi na całym świecie. Wprowadzone w ostatnim okresie zmiany prawne dotyczące gier losowych, większa ich dostępność z racji rozpowszechnienia salonów gier sprawiły, że coraz częstsze są przypadki uzależnienia od hazardu. W tej sytuacji istnieje potrzeba lepszego poznania, czym jest hazard patologiczny. Prezentowany artykuł jest poświęcony tej tematyce. W literaturze przedmiotu najczęściej traktuje się jako synonimiczne takie określenia, jak hazard kompulsywny, hazard patologiczny, hazard problematyczny. Hazard patologiczny jest zjawiskiem złożonym. Definiując hazard, tradycyjnie zwraca się raczej uwagę na skutki ekonomiczne i społeczne, a nie na proces czy też naturę zjawiska. Klinicyści natomiast koncentrują się na negatywnych następstwach aktywności hazardowej, proponują typologie i opracowują definicje, które mogą być przydatne do bardziej adekwatnej operacjonalizacji tego konstruktów, jakim jest hazard. Krytyczna analiza literatury przedmiotu pozwoliła na wyodrębnienie czynników, które mogą warunkować rozwój patologicznego hazardu. Są to czynniki: rodzinne/genetyczne, socjodemograficzne (np. wiek, płeć, pochodzenie etniczne, rodzaj gry losowej), podmiotowe (np. osobowość, reakcje biochemiczne, procesy poznawcze, stany psychiczne) oraz religijne/duchowe.

Słowa kluczowe: hazard, patologiczny hazard, czynniki ryzyka.

Hazard ma długą historię. Aktywność hazardową podejmowali już w starożytności Egipcjanie, Persowie, Grecy, Rzymianie, Chińczycy. Był on obecny we

wszystkich cywilizacjach tamtego okresu. Nawiązanie do hazardu znaleźć można zarówno w mitologiach, jak i w księgach biblijnych (Dzik, 2004; Clotfelter, 2005).

Etymologicznie słowo „hazard” pochodzi z języka arabskiego (*az-zahar*) i oznacza kostkę, grę w kości. Gry hazardowe to gry pieniężne, w których o wygranej decyduje przypadek, dlatego nazywa się je również grami losowymi. W wielu krajach są one legalne, a nawet stanowią bardzo popularną formę aktywności o charakterze rekreacyjnym. Przykładem mogą być kraje Ameryki Północnej: Stany Zjednoczone i Kanada, gdzie hazard jest preferowaną przez mieszkańców formą rozrywki. Przedsiębiorstwa hazardowe w znacznym stopniu zasilały budżet państwa, ponieważ gry losowe są wysoko opodatkowane (Clotfelter, 2005). Gry losowe są intratnym działem przemysłu rozrywkowego. Szczególne miejsce zajmują tu nowoczesne automaty do gry. Analizy ekonomiczne prowadzone w Stanach Zjednoczonych wskazują, że przynoszą one dochód przewyższający całkowite zyski z klasycznych gier hazardowych, takich jak ruletka (Grinols, 2004).

Z badań epidemiologicznych wynika, że 82% dorosłych mieszkańców Stanów Zjednoczonych bierze udział w grach losowych (Welte i in., 2002), natomiast w Kanadzie odsetek ten wynosi 72% (Azmier, 2001). Podobne wskaźniki uzyskuje się również w badaniach prowadzonych w krajach europejskich. Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badania dostarczyły danych wskazujących, iż 68% mieszkańców podejmuje aktywność hazardową (Wardle i in., 2007). Uzyskiwane w badaniach wskaźniki powszechnego udziału mieszkańców w grach losowych mogą być zaskakujące, jeśli uwzględni się fakt, że do niedawna stosunek administracji rządowych i opinii publicznej do hazardu był wyraźnie negatywny. Zdecydowaną zmianę stosunku państwa do tej formy aktywności zapoczątkowały pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia Stany Zjednoczone. Do 1975 roku w USA kasyna mogły być czynne tylko w Las Vegas w stanie Nevada, natomiast w 1998 roku były one dostępne już w dwudziestu jeden stanach, a loterie – w trzydziestu siedmiu (Dzik, 2004). Podobne zmiany zachodzą w wielu innych krajach, również europejskich: w Wielkiej Brytanii, Holandii, Norwegii, Szwecji czy Hiszpanii (Stucki, Rihs-Middel, 2007). W Polsce, wraz ze zmianami polityczno-ustrojowymi, w 1989 roku gracze uzyskali legalny dostęp do kasyn i salonów gier. Hazard staje się również u nas coraz bardziej dostępną formą rozrywki.

O społecznej roli hazardu we współczesnych społeczeństwach świadczy również rosnąca liczba badań i publikacji dotyczących tego zjawiska. Jest ono

analizowane z różnych perspektyw, m.in. psychologicznej, socjologicznej, medycznej, kulturowej, religijnej, prawnej i ekonomicznej (Wildman, 1998; Abbott, in., 2004; Grinols, 2004; Clotfelter, 2005; Camchong i in., 2007)).

Dzik (2004) zwraca uwagę, że prowadzone w ostatnich dekadach badania aktywności hazardowej przyczyniły się do powstania i rozwoju nowych nurtów współczesnej nauki. Należy do nich przykładowo badanie nad racjonalnością ludzkich zachowań. Powstała nawet odrębna dziedzina nauki, określana jako *gambling studies*, której celem jest badanie zjawiska hazardu przy użyciu aparatury naukowej. Od 1985 roku wydawane jest również czasopismo o analogicznym tytule – *Journal Gambling Studies*. Stanowi ono interdyscyplinarne forum, na którym dyskutowane są różnorodne aspekty aktywności hazardowej – zarówno kontrolowanej, jak i patologicznej.

Aktywność hazardowa może przybierać różnorodne formy. Do najbardziej znanych gier hazardowych należą: gra w ruletkę, gry w karty i w kości, gry liczbowe, gra w bingo, zakłady na wyścigach konnych bądź z udziałem innych zwierząt, gry na automatach. Grami szczególnie kojarzonymi z hazardem są ruletka i poker. W ostatnim okresie obserwuje się bardzo szybki wzrost gry na automatach losowych, dotyczy to szczególnie młodzieży. Współcześnie są to urządzenia w pełni sterowane elektronicznie, a ich pierwowzorem był mechaniczny „jednoręki bandyta”. Zdaniem specjalistów (Griffiths, 2004) o atrakcyjności nowoczesnych automatów do gry decyduje wiele czynników. Wśród najważniejszych jest to, że umożliwiają grę szybkiej akcji, że są źródłem zarówno pobudzenia, jak i nagrody oraz że nie stawiają graczom wysokich wymagań. Aktywizowanie gracza dokonuje się poprzez intensywną stymulację słuchową i wzrokową (efekty wizualno-dźwiękowe). Istotne są tu również częste wygrane. Ponadto automaty nie żądają wysokich stawek początkowych, nie wymagają również dużej wiedzy i – co szczególnie ważne w dzisiejszych indywidualistycznych czasach – można na nich grać w pojedynkę.

Nowym zjawiskiem jest *hazard online*, możliwy dzięki otwarciu w Internecie kasyn wirtualnych. Oferowane w nich gry są na ogół takie same, jak w kasynach rzeczywistych, wyróżnia je natomiast to, że działają całą dobę i dostęp do nich jest bardzo łatwy, możliwy praktycznie z każdego miejsca (por. Niewiadomska i in., 2005).

Uczestnictwa w grach hazardowych nie można jednak postrzegać tylko jako popularnej formy rekreacji czy bezpiecznej rozrywki. Doświadczenie kliniczne i dane z badań wskazują, że rośnie liczba osób przekraczających akceptowalny poziom inwestowania w grę własnego czasu i posiadanych zasobów pieniężnych.

Coraz więcej osób traci kontrolę nad tymi obszarami własnej aktywności i z czasem stają się one problemowe zarówno dla nich, jak i osób im bliskich. Uzależnienie od hazardu stało się poważnym problemem dla wielu współczesnych społeczeństw. Jest ono tym większe, że coraz częściej dotyczy ludzi młodych, a nawet dzieci. Z danych szacunkowych wynika, że odsetek nałogowych hazardzistów stanowi około 3% dorosłej ludności Stanów Zjednoczonych, a kolejne 8% do 10% jest zagrożone uzależnieniem (Carson i in., 2003; Grinols, 2004). Istnieją grupy społeczne, w których występowanie hazardu patologicznego jest wyższe. Przykładowo, wśród weteranów wojennych odsetek nałogowych hazardzistów jest dziesięciokrotnie wyższy niż wśród ogółu ludności (Miller, Westermeyer, 1996). Podobnie w grupie młodzieży odsetek osób uzależnionych jest niepokojąco wysoki. Pietrzak i współpracownicy (2003) szacują, że problemy z hazardem w Stanach Zjednoczonych ma około 20% młodych ludzi. Badania prowadzone przez Griffithsa (1995) ujawniły, że w sposób patologiczny gra w Wielkiej Brytanii 5-6% młodzieży poniżej osiemnastego roku życia. Analiza danych epidemiologicznych z krajów europejskich za lata 2000-2005 wskazuje, że 3-3,3% dorosłych mieszkańców gra nałogowo, a około 1,8% spełnia kryteria patologicznego hazardu (Stucki, Rihs-Middel, 2007).

Poziom aktywności hazardowej wśród graczy jest zróżnicowany. Na potrzeby praktyki, do szacowania nasilenia hazardu (częstotliwości grania i problemów z tym związanych) wykorzystuje się opracowaną w Stanach Zjednoczonych przez Komitet ds. Społecznych i Ekonomicznych Oddziaływań Patologicznego Hazardu (National Research Council – NRC, 1999) następujący czterostopniowy podział:

Poziom 0 – brak aktywności hazardowej;

Poziom 1 – społeczny i/lub rekreacyjny hazard bez widocznych szkodliwych następstw;

Poziom 2 – synonim hazardu problematycznego lub nadmiernego hazardu;

Poziom 3 – synonim hazardu patologicznego, gdzie spełnionych jest pięć z dziesięciu kryteriów podanych w DSM IV przy rozpoznaniu tego zaburzenia.

Aktywność hazardowa jest złożonym fenomenem społecznym, w którym możemy wydzielić trzy rodzaje. Pierwszy z nich to hazard rekreacyjny, w którym gracz nie doświadcza przykrych następstw swoich zachowań. Drugi to hazard problematyczny, ryzykowny z potencjalnie patologicznymi wzorcami grania, w którym doświadczany jest subkliniczny poziom przykrych następstw i doznań. I trzeci to hazard patologiczny, gdzie zachowanie osoby grającej jest klinicznie znaczące i spełnia kryteria diagnostyczne zaburzenia. Ten ostatni rodzaj aktywności hazardowej, budzący coraz większe zainteresowanie specjalistów różnych

dziedzin, w tym również psychologów, w naszej literaturze nie jest wystarczająco opracowany (por. Woronowicz, 2001; Niewiadomska i in., 2005).

Celem artykułu jest charakterystyka zjawiska oraz analiza uwarunkowań nalogowego grania.

I. PRÓBY DEFINICJI

W literaturze przedmiotu nie ma jednej powszechnie przyjętej definicji hazardu patologicznego. Brak konsensusu widoczny jest również w płaszczyźnie semantycznej. Na jego określenie używa się różnorodnych terminów: hazard patologiczny, kompulsywny, zaburzony czy uporczywy (por. NRC, 1999; Barker, Britz, 2000).

Hazard patologiczny jest definiowany jako „nasilające się zaburzenie, które charakteryzuje się stałą lub czasową utratą kontroli nad uprawianiem gier hazardowych, zaabsorbowaniem nimi i pozyskiwaniem niezbędnych środków na ten cel, a także irracjonalnym zachowaniem oraz kontynuowaniem zachowań związanych z hazardem, pomimo negatywnych następstw” (Rosenthal, 1992, s. 73). Podobną definicję hazardu patologicznego przyjmuje Carson (por. Carson, Butcher, Mineka, 2003, s. 1090), przy czym preferuje on raczej termin „hazard kompulsywny”, sugerując tym samym, że określenia „hazard patologiczny” i „hazard kompulsywny” są synonimiczne.

Nieco inne ujęcie proponują Custer i Milt (1985, s. 4). Traktują oni hazard kompulsywny jako zaburzenie o charakterze uzależnienia, w którym podmiot jest aktywowany silnym, niekontrolowanym impulsem do grania. Impuls ten cechuje się uporczywością, sukcesywnym przybieraniem na sile i gwałtowności, co sprawia, że gracz traci coraz więcej czasu oraz własnych zasobów emocjonalnych i materialnych. W dłuższej perspektywie czasowej może prowadzić do zniszczenia wszystkiego, co jest ważne w jego życiu.

Na uwagę zasługują również najnowsze próby określenia, czym jest hazard patologiczny. Przykładem mogą być ustalenia Clarka i współpracowników (Clark i in., 2006a, s. 84). Definiując hazard patologiczny, zwracają oni uwagę na jego charakterystyczne cechy, do których zaliczają: ciągłą lub okresową utratę kontroli nad zachowaniem hazardowym; progresję – w częstotliwości zachowań hazardowych i zakładanych w grze stawkach pieniężnych, zaabsorbowaniu graniem, w pozyskiwanych kwotach z hazardu; kontynuowanie zachowań hazardowych pomimo niekorzystnych następstw.

Przytoczone powyżej definicje hazardu patologicznego zostały wypracowane na gruncie psychologii klinicznej i uwzględniają obowiązujące kryteria diagnostyczne tego zaburzenia. W literaturze często nazywa się je definicjami klinicznymi i odróżnia od definicji tzw. nieklinicznych (por. Barker, Britz, 2000). Autorzy takich ujęć za charakterystyczne dla patologicznego hazardu uznają stratę znacznych kwot pieniężnych oraz obecność przykrych dla gracza następstw osobistych. Przykładem może być definicja opracowana przez Livingstona (1974, s. 2), który określa hazard kompulsywny jako częstszą grę, w której gracz traci więcej pieniędzy, niż by sobie tego życzył, i która prowadzi do poważnych Konsekwencji finansowych i osobistych. Wyjaśniając użycie słowa „częstsza”, autor zwraca uwagę, że osoby grające kompulsywnie poświęcają więcej czasu aktywności hazardowej niż ci, którzy ją podejmują okazjonalnie.

Przeprowadzone analizy wskazują na stosunkowo dużą różnorodność ujęć hazardu patologicznego. Równocześnie należy zwrócić uwagę na podejmowane na gruncie psychiatrii i psychologii klinicznej próby osiągnięcia konsensusu odnośnie do rozumienia terminu „patologiczny hazard”. Istotny wkład w tym względzie ma Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 1994, s. 615), które zwięźle definiuje hazard patologiczny jako uporczywe i nawracające zachowanie hazardowe, które niszczy życie osobiste, rodzinne i zawodowe.

Dla pełniejszej klaryfikacji pojęcia powyższą definicję uzupełniono opisem dziesięciu symptomów charakterystycznych dla tego zaburzenia. Są to:

1. Zaabsorbowanie hazardem (przejawiające się m.in. silnym przeżywaniem minionych zdarzeń związanych z grą, planowaniem przyszłych zachowań hazardowych, poszukiwaniem nowych źródeł zdobycia pieniędzy umożliwiających granie itp.).
2. Niezdolność do wyłączenia się z gry, gdy osiąga się stan podniecenia czy euforii.
3. Stałe zwiększanie wysokości zakładanych stawek.
4. Nietolerowanie strat (najczęściej przybiera to formę odgrywania strat).
5. Ogólne zaniedbywanie zobowiązań i spraw rodzinnych, małżeńskich.
6. Zapożyczanie się, żebranie, okłamywanie, sprzeniewierzenie, kradzież lub sprzedawanie narkotyków w celu zdobycia środków na granie czy też na spłatę zaległych długów.
7. Granie w sytuacji bycia sfrustrowanym, z racji doznanych niepowodzeń.
8. Granie, by uczcić osiągnięty sukces.
9. Ukrywanie przegranych.
10. Niezwracanie zaciągniętych pożyczek.

Analiza powyższych symptomów wskazuje, że patologiczny hazard spełnia kryteria uzależnienia. Świadczy o tym bardzo duża intensywność reakcji, ich uporczywość oraz fakt znaczącego negatywnego wpływu aktywności hazardowej na różne aspekty życia hazardzisty (Rosenthal, 1992).

Griffiths (2004, s. 11-12), mówiąc o uzależniającym charakterze aktywności hazardowej, wykazuje obecność, w jej nasilonej postaci, zespołu „behawioralnego nieumiarkowania”, który charakteryzuje się kilkoma właściwościami. Do najważniejszych należą:

- emocjonalne podporządkowanie – dane zachowanie staje się najistotniejsze dla osoby i dominuje w jego myśleniu (absorbując umysł i prowadzi do zniekształcenia poznawczego), w uczuciach (generuje pożądanie), jak również w zachowaniu (zniekształca relacje społeczne);

- zmiana nastroju – aktywność hazardowa powoduje zmiany emocjonalnego kolorytu, co dokonuje się bądź to poprzez podekscytowanie czy ożywienie, bądź też poprzez uspokojenie, gdy gracz ma poczucie odseparowania od trudnej rzeczywistości;

- tolerancja dawkowania – z upływem czasu, w celu osiągnięcia tych samych rezultatów emocjonalnych, potrzebna jest coraz większa „dawka” danego zachowania;

- objawy odstawienia – doświadczanie nieprzyjemnych uczuć i objawów fizjologicznych (typu: obniżenie nastroju, drażliwość, zmiana łaknienia, pocenie się) po przerwaniu bądź nagłym ograniczeniu pożądanych zachowań;

- konflikty – występowanie różnego typu problemów interpersonalnych w domu, w szkole, w pracy (konflikty interpersonalne) oraz odczuwanie dyskomfortu wewnętrznego (konflikty intrapersonalne), którym towarzyszy poczucie utraty kontroli;

- nawroty: tendencja wielokrotnego powracania do wcześniejszych wzorców postępowania, nawet po dłuższej abstynencji mogą pojawić się nasilone zachowania charakterystyczne dla szczytowego okresu uzależnienia.

Wykazane przez Griffithsa cechy hazardu patologicznego dowodzą, że jest to nałóg spełniający wszystkie podstawowe kryteria tego typu zaburzeń. Jest on formą uzależnienia od czynności i jako taki ogranicza się do zależności psychologicznej (Griffiths, 1996; Sęk, 2001).

Według Marlatta i jego współpracowników (1988) zachowanie uzależniające to powtarzający się nawyk, który zwiększa ryzyko zaburzenia i związanych z nim problemów osobistych oraz społecznych. Zachowania uzależniające są często subiektywnie odczuwane jako utrata kontroli i pojawiają się pomimo podejmo-

wanych świadomych wysiłków mających na celu ich powstrzymanie lub ograniczenie. Charakterystyczna jest tu natychmiastowa krótkotrwała nagroda (korzyść) oraz późniejsze przykre, szkodliwe i długotrwałe następstwa (koszty). Próbowano zmiany tych zachowań (w procesie terapii bądź poprzez samodzielny wysiłek) towarzyszy zazwyczaj wysoki wskaźnik nawrotów.

Na uzależniające właściwości aktywności hazardowej wskazuje też praktyka kliniczna. Griffiths (1995) zwraca uwagę, że hazard często bywa nazywany „ukrytym nałogiem”, gdyż nie wywołuje widocznych symptomów, jak to ma miejsce w innych uzależnieniach (m.in. alkoholizmie czy narkomanii), a powstające w związku z graniem problemy (np. finansowe, czasowe) można przez dłuższy czas ukrywać bądź tłumaczyć i rozwiązywać na różne sposoby. Ukryty charakter zaburzenia łączy się również z tym, że hazard nie oddziałuje na organizm w prosty do przewidzenia sposób, jak na przykład w przypadku środków chemicznych. Indywidualne reakcje graczy mogą być bardzo zróżnicowane i na ogół wymykają się obserwacji. W tej sytuacji trudno ustalić i wskazać konkretny poziom aktywności hazardowej, którego przekroczenie grozi uzależnieniem. Ukryty charakter hazardu patologicznego utrudnia jego wczesną diagnozę i odracza możliwość interwencji. Z tych racji opracowuje się specjalistyczne programy szkoleniowe dla profesjonalistów, wolontariuszy, wychowawców i rodziców, które ułatwiają wczesną identyfikację tego typu ryzykownych zachowań (Tolchard, Thomas, Battersby, 2007). Udzielenia profesjonalnej pomocy i zapoczątkowanie korzystnych zmian zachowania jest istotne w każdym przypadku, nabiera jednak szczególnego znaczenia, gdy chodzi o młodych ludzi grających w sposób ryzykowny bądź już patologiczny.

1. *Typologia zaburzenia*

Pomimo wyraźnego obrazu klinicznego patologicznego hazardu, osoby, które utraciły kontrolę nad graniem, nie stanowią grupy homogenicznej. Znane są w literaturze próby klasyfikacji patologicznych hazardzistów. Jedną z pierwszych typologii opracowaną została przez Livinstona (1974). Podzielił on kompulsywnych hazardzistów na cztery grupy, biorąc pod uwagę złożone kryterium wydatkowania czasu i środków pieniężnych na grę. Pierwszą grupę stanowią okresowo zapalający się do hazardu gracze. Charakteryzują się oni najmniejszym natężeniem kompulsji. Grupę tę tworzą osoby, u których pomiędzy epizodami grania występują długie okresy abstynencji. Drugą grupą to wyplacalni hazardzistów, zaś trzecią to stali gracze. Przedstawiciele tych dwu grup są bardziej konse-

kwentni w aktywności hazardowej i inwestują w grę coraz więcej swoich zasobów pieniężnych i czasowych. Ostatnią grupę stanowią niewypłacalni gracze. Ich głównym problemem jest nie tylko respektowanie długów zaciągniętych na hazard, ale również kwestia odpowiedzialności za siebie i uwzględnianie praw i zobowiązań wobec innych. Są to również często osoby zdesperowane, z dużym ryzykiem zachowań samobójczych.

Nieco inną typologię zaproponował Moran (1970). Koncentrując się na zmiennych osobowościowych, wyodrębnił pięć następujących typów patologicznych hazardzistów: subkulturowi – są to osoby, których zachowania hazardowe są sposobem zmanifestowania przynależności grupowej; neurotyczni – ich aktywność hazardowa nie jest motywowana względami ekonomicznymi, chęcią zysku czy bogacenia się; impulsywni – to gracze, u których występuje okresowa utrata kontroli nad zachowaniem hazardowym, często również przejawiają postawy ambiwalentne wobec grania; psychopatyczni – osoby, u których nasilony hazard jest tylko częścią poważniejszych problemów intrapsychicznych i wewnętrznych nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości; objawowi – to gracze, u których aktywność hazardowa jest przejawianym i obserwowanym w danym momencie symptomem poważniejszych zaburzeń psychicznych.

Interesującą typologię tego zaburzenia proponuje Griffiths (2004). Opierając się na danych z badań, wyodrębnia wśród patologicznych hazardzistów dwie grupy: uzależnionych pierwotnie i wtórnie. Dla graczy pierwszego typu ekscytująca jest sama gra. Grają oni głównie po to, by poczuć dreszcz emocji, ewentualnie sprawdzić swoje umiejętności czy uzyskać określone korzyści. Cechuje ich aktywna, a nawet ofensywna postawa wobec życia. Dla drugiego typu hazardzistów gra jest formą ucieczki od doświadczanych problemów czy osobistych kłopotów (rozbicia rodziny, doznanego zawodu, nieudanego związku, niepowodzeń szkolnych czy zawodowych). Graczy tego typu na ogół cechuje obniżony nastrój, smutek, przygnębienie. Są wyizolowani i wycofani społecznie.

Inną klasyfikację osób uzależnionych od grania proponują Blaszczyński i Nower (2002). Opierając się na danych z literatury i wynikach badań opracowali oni zintegrowany, ścieżkowy model aktywności hazardowej. Wyodrębnili trzy grupy patologicznych graczy. Pierwszą stanowią osoby, u których utrata kontroli nad graniem ma swoje źródło w specyficznym funkcjonowaniu poznawczo-behawioralnym, co wyraża się m.in. irracjonalnym przekonaniem o możliwości uzyskania wygranej, iluzją kontroli zdarzeń, nasiloną tendencją do odegrania strat. W drugiej znajdują się osoby z różnego typu nieprawidłowościami w sferach biologicznej i emocjonalnej. Są tu gracze z genetycznie uwarunkowanymi

zaburzeniami w funkcjonowaniu neurotransmiterów czy z syndromem nadpobudliwości psychoruchowej (zespół ADHD) oraz ci, którzy doznali zranień w dzieciństwie, depresyjni, lękowi, z małymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem. Trzecią zaś tworzą osoby wolne od powyższych zaburzeń, ale z nasilonymi cechami impulsywności, skłonnością do zachowań antyspołecznych, z psychopatycznymi rysami osobowości i często uzależnione od środków psychoaktywnych.

Na potrzeby praktyki i orzecznictwa wyróżnia się natomiast dwa następujące typy patologicznego hazardu: społeczny i profesjonalny (NRC, 1999). Społeczna odmiana hazardu patologicznego charakteryzuje się trzema następującymi właściwościami: graniem w grupie (są to często znajomi lub przyjaciele), określonym czasem trwania gry i ustaloną z góry stawką. Dla profesjonalnego hazardu kluczowymi zaś są dwie kwestie: ograniczenie ryzyka i wyraźne określenie dziedziny (rodzaju gry).

Przytoczone typologie wskazują, że grupa patologicznych hazardzistów nie jest homogeniczna tak w zakresie właściwości osobowości, jak i ich motywacji czy sposobów grania. Podkreśla to wskazaną wcześniej złożoność zjawiska i równocześnie sugeruje różnorodność jego uwarunkowań.

2. Czynniki ryzyka zaburzenia

Problematyka uwarunkowań hazardu patologicznego jest od dawna szeroko dyskutowana w literaturze przedmiotu. Badania prowadzone w tym obszarze prowadzą do poszukiwania odpowiedzi na trudne pytanie: dlaczego tylko niektórzy spośród tak wielu grających uzależniają się od hazardu?

Istnieje konsensus co do tego, że proces powstawania uzależnienia jest interakcją różnorodnych czynników. Najczęściej sprowadza się je do trzech grup i wskazuje na czynniki biologiczne, społeczne i psychologiczne. W ostatnim okresie ten podział uzupełnia się o czynniki duchowe (Clark i in., 2006b) bądź ekologiczne (Welte i in., 2006). Nieco inny podział czynników warunkujących powstanie, rozwój i podtrzymanie nałogowego grania proponują Raylu i Oei (2002). Uwzględniając specyfikę zaburzenia, wydzielają oni czynniki rodzinne, społeczne (ściślej społeczno-demograficzne) i osobowe. Dopelniając ten podział o czynniki duchowe, których wspomniani autorzy nie uwzględniają, uzyskujemy cztery grupy czynników ryzyka tego zaburzenia: rodzinne, socjodemograficzne i społeczne, osobowe oraz duchowe. Według tego podziału zostaną one zwięźle omówione poniżej.

2.1. Czynniki rodzinne

Psychologowie podejmujący problem rodzinnych uwarunkowań uzależnień są zgodni, że należy analizować go w płaszczyźnie modelowania społecznego oraz dziedziczenia biologicznego (czynniki genetyczne). Według teorii społecznego uczenia się jednostki uczą się i podtrzymują te zachowania, które są obserwowalne i wzmacniane. Bazując na tych teoriach można stawiać hipotezę, że aktywność hazardowa jest wynikiem modelowania zachowania i postaw zarówno przez rodziców, jak i rówieśników. Liczne badania potwierdzają tę hipotezę i dowodzą istnienia związku pomiędzy występowaniem zachowań hazardowych u rodziców i ich dzieci.

Raylu i Oei (2002), dokonując metaanalizy badań dotyczących tego związku, wykazują, że rodzice większości osób, u których stwierdzono problemy związane z patologicznym hazardem, także byli nałogowymi graczami. Również najnowsze badania prowadzone wśród Brytyjczyków (Wardle i in., 2007) potwierdzają obecność międzypokoleniowej transmisji aktywności hazardowej w rodzinie. Uzyskane dane wskazują, że już sam fakt regularnego udziału rodziców w hazardzie zwiększa trzykrotnie prawdopodobieństwo grania w sposób ryzykowny przez potomstwo. W sytuacji, gdy hazard rodziców był problematyczny i łączył się z różnego typu trudnościami, takie prawdopodobieństwo rośnie dziesięciokrotnie. Raylu i Oei (2002) przytaczają dane wskazujące, że prawdopodobieństwo podjęcia zachowań związanych z hazardem wśród dzieci osób biorących udział w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów nie istnieje zbyt duże, a tym samym niebezpieczeństwo ich uzależnienia się jest bardzo małe. Prawdopodobieństwo to jednak wzrasta w przypadku dzieci, których rodzice doświadczali, oprócz trudności z hazardem, również innych problemów, takich jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy utraty kontroli łaknienia (przejadanie się).

W tym miejscu należy wskazać na najbardziej istotne cechy środowiska rodzinnego, które mogą przyczyniać się do powstawania uzależnień u wychowywanych w danej rodzinie dzieci. Istotnym czynnikiem jest zarówno struktura rodziny, jak i panująca w niej atmosfera wychowawcza, stosowane metody dyscyplinowania dzieci oraz preferowany przez rodziców system wartości. Bellringer (1999), analizując warunki rodzinne grających nałogowo nastolatków, ustalił następujące cechy ich rodzin: rozbita, dysfunkcyjna lub skrajnie uboga rodzina; śmierć rodzica bądź osoby pełniącej tę rolę w dzieciństwie; niewierność małżeńska rodziców; poważna choroba lub wypadek w rodzinie; przykładanie przez rodziców wielkiej wagi do pieniędzy i dóbr materialnych; trudne i stresujące

sytuacje w domu; przemoc w rodzinie (werbalna, fizyczna bądź seksualna); poczucie odrzucenia przez rodziców; poczucie niedoceny i bezsilności.

Należy równocześnie zauważyć, że wprawdzie środowisko rodzinne może przyczynić się do powstania uzależnienia, to również może pełnić znaczącą rolę w podtrzymaniu abstynencji u nałogowych graczy bądź przyczynić się do jej przerwania (Oei, Gordon, 2008), może także moderować wpływ środowiska rówieśniczego na ich aktywność hazardową (Magoon, Ingersol, 2006).

Innym aspektem rodzinnych uwarunkowań hazardu patologicznego są kwestie dziedziczenia skłonności. Dowodów na rolę czynników genetycznych w powstawaniu tego uzależnienia poszukuje się, analizując zachowania bliźniąt. Eisen i współpracownicy (1997) przeprowadzili badania aktywności hazardowej, którą oceniali w świetle kryteriów przyjmowanych w DSM III R, w grupie 3359 par bliźniąt. Uzyskane dane wskazują, że czynniki dziedziczne wyjaśniają od 35% do 54% zmienności wyników w pięciu symptomach patologicznego hazardu i 56% w trzech symptomach tego zaburzenia.

Inne badania nad wpływem czynników genetycznych na wystąpienie uzależnienia od hazardu w grupie bliźniąt wykazały istnienie związku pomiędzy tymi zmiennymi tylko w odniesieniu do niektórych form hazardu. Mężczyźni będący bliźniętami monozygotycznymi wykazywali podobną częstotliwość uprawiania hazardu, ale tylko w odniesieniu do gier o wysokiej stawce. Wśród kobiet związek między pokrewieństwem a częstotliwością uprawiania hazardu występował tylko w przypadku grania na automatach do gry (Winters, Rich, 1998).

Prowadzone coraz częściej molekularne badania genetyczne wskazują na obecność genu zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia u danej osoby patologicznego hazardu. Jest to odmiana Taq A1 ludzkiego DRD2 (receptor dopaminy 2). Wśród 171 patologicznych hazardzistów u 51% stwierdzono obecność allelu D2A1, zaś w grupie kontrolnej występował on tylko u 26% badanych (Comings, 1998). Dowodów na genetyczne uwarunkowania hazardu patologicznego u mężczyzn dostarczają wyniki badań prowadzonych przez zespół pod kierunkiem Shah, przy czym stoją oni na stanowisku, że zaburzenie to jest warunkowane poligeniczne (Shah i in., 2005).

2.2. Czynniki socjodemograficzne i społeczne

W pracach psychologicznych podejmujących kwestię uwarunkowań nałogowego grania do puli tzw. czynników uniwersalnych zalicza się wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, a w krajach wielonarodowościowych wskazuje się jesz-

cze na pochodzenie etniczne graczy (por. Abbott, Volberg, 2004; Clarke i in., 2006a).

Wyniki badań potwierdzają tezę, że jednym z ważniejszych czynników ryzyka hazardu patologicznego, podobnie jak innych uzależnień, jest wczesne rozpoczęcie udziału w grach losowych (NRC, 1999). Dane uzyskane z badań retrospektywnych wskazują, że dorośli uzależnieni od hazardu rozpoczęli granie pomiędzy 10. a 19. rokiem życia (Dell, Ruzika, Palisi, 1981). Na jeszcze młodszy wiek inicjacji wskazują badania w grupie osób grających na automatach (Griffiths, 1995). Wynika z nich, że osoby uzależnione od tego typu aktywności hazardowej rozpoczęły granie znacząco wcześniej (około 9,2 roku życia) niż te, które nie były uzależnione (około 11,3).

Na inny aspekt związku wieku z aktywnością hazardową zwraca uwagę Cox (1998 – za: NRC, 1999). Poddał on analizie wiek hazardzistów szukających pomocy w telefonie zaufania świadczącym takie usługi i ustalił, że częstotliwość telefonów rosła z wiekiem i była największa dla osób w przedziale 35-44 lata. Okazało się również, że odsetek osób powyżej 55. roku życia doświadczających problemów z hazardem i szukających pomocy (14% wszystkich telefonujących) był porównywalny z osobami w wieku 18 lat i poniżej (13%) z podobnymi problemami.

Rezultaty badań nad związkiem pomiędzy płcią a uzależnieniami od hazardu nie są jednoznaczne. W literaturze zwraca się uwagę, że w początkowym okresie badań nad hazardem przedmiotem zainteresowania byli głównie mężczyźni, co sprawiło, że dane epidemiologiczne z tamtego okresu nie są w pełni wiarygodne, gdyż mężczyźni są w nich sztucznie nadreprezentowani (Mark, Lesieur, 1992).

Z przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Narodową Komisję Badania Wpływu Hazardu ogólnokrajowych badań telefonicznych wynika, że patologiczny hazard występuje zdecydowanie częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet (Welte i in., 2001). Jednak nie potwierdziły tego w pełni późniejsze badania (Welte i in., 2004a). Również badania prowadzone wśród mieszkańców Nowej Zelandii dostarczają danych świadczących o tym, że problem nałogowego grania dotyczy w podobnym stopniu kobiet i mężczyzn w różnych grupach wiekowych i zawodowych (Clarke i in., 2006a). Natomiast zespół pod kierunkiem Lejoyeuxa (2000) ustalił, że patologiczny hazard częściej występuje wśród mężczyzn (5,7%) niż wśród kobiet (0,6%). Ponadto okazało się, że pojawienie się uzależnienia od hazardu u kobiet jest związane z występowaniem u nich depresji (kobiety z depresją są bardziej narażone na uzależnienie się od hazardu). Ta prawidłowość nie występuje wśród mężczyzn: na pojawienie się u nich patologicz-

nego hazardu wpływ mają raczej takie czynniki, jak: występowanie w rodzinie zjawiska uzależnienia od hazardu lub od alkoholu, rozpoczynanie gry we wczesnych okresach życia oraz zaburzenia w funkcjonowaniu systemu rodzinnego, szczególnie zaś brak autorytetów i problemy w komunikacji interpersonalnej. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na jeszcze inną różnicę pomiędzy płciami. Uznaje się, że mężczyźni wcześniej niż kobiety rozpoczynają aktywność hazardową, ale równocześnie podkreśla się, że kobiety szybciej uzależniają się od grania niż mężczyźni (Mark, Lesieur, 1992).

Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w 2007 roku szeroko zakrojone badania (Wardle i in., 2007) nad zachowaniami hazardowymi społeczeństwa wskazują, że 0,6% populacji dorosłych ma bardzo poważne problemy z hazardem. W większym stopniu dotyczy to mężczyzn (1%) niż kobiet (0,2%). Z bardziej szczegółowych analiz danych wynika, że problematyczny hazard występuje znacząco częściej wśród osób samotnych (które nigdy nie zawarły małżeństwa), rozwiedzionych i owdowiałych. Jest on również wyraźnie skorelowany z pochodzeniem etnicznym hazardzistów, znacząco częściej występuje wśród kolorowych mieszkańców Wielkiej Brytanii: Azjatów bądź Murzynów niż wśród białych. Dowodów na to dostarczają również badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych (Welte i in., 2004a), Australii i Nowej Zelandii (Clarke i in., 2006a).

Raylu i Oei (2004) wskazują na kilka racji tłumaczących większą częstotliwość problematycznego grania wśród emigrantów. Po pierwsze, hazard jest dla nich bardziej dostępny niż w krajach pochodzenia, również często oferuje się im promocyjne warunki gry. Po drugie, postrzegają oni hazard jako usankcjonowany prawnie sposób szybkiego i łatwego zdobycia pieniędzy. Ponadto udział w grze jest dla nich sposobem rozładowania napięć wynikających z trudności adaptacyjnych do nowych warunków. Wreszcie wysokie wskaźniki ryzykownego grania w grupach emigrantów mogą być postrzegane jako wskaźniki pomyślnie przebiegającego procesu inkulturacji. Dotyczy to szczególnie tych krajów, w których hazard jest popularną formą rozrywki i jest łatwo dostępny, jak to ma miejsce w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii.

W literaturze coraz częściej podkreśla się, że patologiczny hazard może się pojawiać jako reakcja na nieumiejętność poradzenia sobie z problemami życia społecznego, wynikającymi na przykład z anonimowości współczesnych społeczeństw, złożoności obowiązujących w nich reguł czy też niemożliwości sprostanienia stawianym standardom (Raylu, Oei, 2002; Bergevin i in., 2006). Osoby uprawiające hazard tworzą subkultury, w których istnieje większa zwartość i kontrola, a funkcjonowanie jest mniej złożone i przynoszące ich członkom większe korzy-

ści. W badaniach potwierdzono istnienie związku między czynnikami społecznymi a patologicznym hazardem tylko w odniesieniu do niektórych jego form. Przykładem mogą być hazardziści grający w karty. Tworzy się między nimi specyficzna społeczna interakcja, prowadząca do powstania zamkniętego systemu, wzmacniającego i podtrzymującego angażowanie się w hazard.

Raylu i Oei (2002, 2004), analizując dane z wielu badań stwierdzili, że dostępne w kasynie nagrody społeczne, takie jak członkostwo w grupie, wsparcie emocjonalne i moralne sprzyjają kontynuowaniu gry przez hazardzistów, mimo doświadczenia przegranych. Prawidłowości te nie sprawdzają się w odniesieniu do hazardzistów grających na automatach. Zwykle grają oni sami, nawet jeżeli w lokalu znajdują się inni grający. Dla tej grupy hazardzistów relacje społeczne są mniej znaczące.

2.3. Czynniki osobowe

Do czynników osobowych Raylu i Oei (2002) włączają cechy osobowości, właściwości funkcjonowania biologicznego i biochemicznego organizmu, funkcjonowanie sfery kognitywnej oraz stany psychiczne osoby. Przyznają oni, że istniały próby znalezienia cech osobowości typowych dla patologicznych hazardzistów. Grupa ta jest jednak heterogenna w zakresie zmiennych osobowościowych. Równocześnie należy zauważyć, że specjaliści, w tym również praktycy, zwracają uwagę, iż niektóre cechy osobowości można wiązać z większym ryzykiem pojawienia się uzależnienia od hazardu. Najlepiej udokumentowane są powiązania pomiędzy patologicznym hazardem a takimi zmiennymi, jak poszukiwanie doznań oraz impulsywność (Lightsey, Hulsey, 2002; Zuckerman, McDaniel, 2003; Grant, Kim, 2003; Clarke, 2004; Derevensky, Gupta, Nower, 2004; Nordin, Nylander, 2007). Według Zuckermana (1979) poszukiwanie doznań to „cecha zdefiniowana przez poszukiwanie zróżnicowanych, nowych, złożonych i intensywnych wrażeń i doświadczeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka fizycznego, społecznego, prawnego i finansowego w celu dostarczenia sobie tego typu doświadczeń” (za: Strelau, 2001, s. 705). Impulsywność jest natomiast definiowana jako zachowanie spontaniczne lub nieintencjonalne, związane z szybkim, pozbawionym refleksji i namysłu lub niekontrolowanym działaniem (Raylu, Oei, 2002). Jest ona uważana za główną cechę związaną z patologicznym hazardem. Pogłębione analizy danych empirycznych wskazują na złożoność ustalonych związków pomiędzy tymi zmiennymi. Okazuje się, że poszukiwanie doznań ma wpływ na wystąpienie zachowań związanych z graniem raczej

u ludzi młodych, odnosi się również tylko do niektórych form hazardu i ma mniejsze znaczenie u osób będących w trakcie leczenia. Według Zuckermana poszukiwanie doznań i impulsywność działają w dwóch różnych okresach procesu rozwoju uzależnienia od hazardu (Zuckerman, McDaniel, 2003). Poszukiwanie doznań ma wpływ na podejmowanie przez niektóre osoby, zwłaszcza młode, różnych form hazardu, ma więc istotne znaczenie w inicjowaniu uzależnienia. Impulsywność natomiast ma decydujące znaczenie w fazie utrwalania i utrzymywania się patologicznego grania. To głównie dzięki niej gracz może kontynuować grę, pomimo ponoszonych w niej strat. Osoby impulsywne są narażone na odgrywanie się, co jest charakterystyczne dla zachowań hazardowych. Polega ono na trudności w zaakceptowaniu przegranej i dążeniu do odzyskania utraconych pieniędzy w dalszej grze. Na ogół prowadzi to do kolejnych przegranych i nakręca spiralę strat. Tę sekwencję działań uczestników gier hazardowych nazywa się gonitwą przegranych (Griffiths, 2004).

Tylko niektóre badania (Malkin, Synne, 1986; Roy i in., 1989) potwierdziły hipotezę o istnieniu związku między patologicznym hazardem a neurotycznością, psychotycznością i ekstrawersją. Zakłada ona, że wysoka neurotyczność i psychotyczność stanowią ryzyko wystąpienia uzależnienia od hazardu. Odnosząc się do teorii introwersji i ekstrawersji można stwierdzić, że ekstrawertycy silniej reagują na nagrodę niż na karę, stąd można przewidywać, że wśród patologicznych hazardzistów przeważają ekstrawertycy (Raylu, Oei, 2002). Fernandez-Montalvo i Echeburua (2004) zauważają, że z patologicznym hazardem współwystępują też niektóre zaburzenia osobowości: osobowość *borderline*, antyspołeczna, paranoidalna i narcystyczna.

Do powstania i utrzymania się patologicznego hazardu mogą również przyczyniać się nieprawidłowości sfery poznawczej, szczególnie zaś nieracjonalne myślenie oraz różnego typu zniekształcenia poznawcze (Roney, Trick, 2003; Dzik, 2004). Hazardziści cechują się systemem błędnych przekonań, który powoduje utrzymywanie się zachowań patologicznych związanych z grą, pomimo doświadczania strat, nawet jeśli są one duże lub też utrzymują się stale. Raylu i Oei (2002) wskazują, że u hazardzistów można wyróżnić dwa typy obciążeń poznawczych: wiarę w możliwość pośredniego lub bezpośredniego wpłynięcia na wynik gry oraz wiarę w umiejętność dokładnego przewidzenia wyniku gry. U osób grających może również mieć miejsce iluzja kontroli sytuacji. Jej wystąpieniu sprzyjają niektóre okoliczności zewnętrzne. Istotne są tu: czynnik wyboru (możliwość wybrania pewnych elementów związanych z grą); czynnik znajomości (np.

granie na ulubionym automacie); czynnik zaangażowania (branie czynnego udziału w grze).

Raylu i Oei (2002) podają przykłady różnorodnych zniekształceń poznawczych, które często występują u hazardzistów. Są to:

(1) Przecenianie własnych możliwości wygrania i niedocenianie możliwości innych graczy.

(2) Przesady związane z posiadaniem talizmanów, wykonywaniem określonych czynności i rytuałów oraz z określonymi stanami umysłu (modlitwa, pozytywne nastawienie).

(3) Przypisywanie sukcesów własnym umiejętnościom, a niepowodzeń – wpływowi innych ludzi lub losowi.

(4) Oczekiwanie, że po serii przegranych nastąpi seria wygranych (złudzenie gracza).

(5) Traktowanie powtarzających się sytuacji ponoszenia strat jako doświadczeń edukacyjnych, które ostatecznie pomogą w osiągnięciu serii wygranych.

(6) Łatwiejsze przypominanie sobie sytuacji wygranej niż straty, co prowadzi do oczekiwania wygranej w grze, która poprzednio zakończyła się porażką (pamięć selektywna).

(7) Złudzenia dotyczące kontroli szczęścia: szczęście jako zmienna niekontrolowalna – wiara we fluktuację pomiędzy okresami dobrej i złej passy, co prowadzi do oczekiwania na okresy dobrej passy; wiara, że szczęście może być kontrolowane dzięki przestrzeganiu przesądnych zachowań; wiara w posiadanie szczęścia tylko w niektórych rodzajach gier; przeświadczenie, że szczęście w innych dziedzinach życia świadczy o posiadaniu szczęścia również w grze.

Podsumowując wyniki badań nad poszukiwaniem źródeł uzależnienia w sferze poznawczej można przyjąć, że nałogowe granie powodowane jest błędnym postrzeganiem rzeczywistości oraz systemem niewłaściwych przekonań odnośnie do własnych możliwości sprawczych, przypadkowości zdarzeń czy też osobistego szczęścia.

Obok swoistego funkcjonowania sfery poznawczej, o patologicznym hazardzie mogą decydować również stany psychiczne osoby. Wyniki badań psychologicznych i psychiatrycznych (Błaszczynski, Steel, 1998) potwierdzają tezę, że nastrój ma wpływ na powstawanie i utrzymywanie się patologicznego hazardu. Główną rolę odgrywają tu lęk i depresja. Podwyższony poziom tych emocji sprawia, że osoba angażuje się w hazard w celu zniwelowania tych negatywnych stanów, co na ogół przynosi tylko chwilową ulgę. Natomiast w dłuższej perspektywie czasowej nie jest efektywne i na ogół powoduje wzrost negatywnego na-

stroju. Warto w tym miejscu przywołać stanowisko Mellibrudy (1996), który uważa, że przyczyn uzależnień należy szukać w podstawowym pragnieniu człowieka, jakim jest osiągnięcie pozytywnego bilansu emocjonalnego. Gdy jest on ujemny, dana osoba może regulować stany uczuciowe, sięgając po zachowania podnoszące jej samopoczucie. Często są to używki, ale może to być gra hazardowa, niekontrolowane zakupy czy też przejadanie się.

Kolejny obszar badań dotyczących jednostkowych cech nałogowych graczy koncentruje się na ich sferze biologicznej. Badania roli właściwości biologicznych i biochemicznych organizmu w powstawaniu uzależnienia od hazardu są jeszcze w stadium początkowym (Potenza, Winters, 2003). Udało się już jednak wyróżnić kilka czynników, które można powiązać z pojawianiem się uzależnienia od hazardu. Jednym z nich są problemy związane z lateralizacją półkul mózgowych. Badania przez zespół po kierunku Goldsteina (Goldsteina i in., 1963; 1965) wykazały, że u patologicznych hazardzistów występuje mniej zróżnicowana aktywacja półkulowa niż u osób nieuzależnionych od hazardu oraz że zróżnicowanie półkulowe u hazardzistów jest odwrotne niż u osób nieuzależnionych. Podobny wzorzec wykazują wyniki badań EEG u dzieci z ADHD. W literaturze coraz częściej wskazuje się na związki pomiędzy zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) a nałogowym graniem. Wspólne dla tych zaburzeń są: niedostateczna kontrola impulsów oraz duża reaktywność. Z badań wynika, że część nałogowych hazardzistów to osoby, u których w dzieciństwie rozpoznano zespół nadpobudliwości, i szczególnie u nich stwierdza się nieprawidłowości w obrębie kory przedczołowej (Rodriguez-Jimenez i in., 2007).

Z występowaniem patologicznego hazardu są również związane zmiany w systemie neurotransmiterów. W badaniach przeprowadzonych wśród patologicznych graczy (Comings, 1996; DeCaria, Begaz, Hollander, 1998) zauważono zmiany w systemie serotonergicznym, wyrażające się niższym poziomem enzymu monoaminooksydazy (MAO), zaburzenia w systemie noradrenergicznym, a także w systemie dopaminergicznym, prowadzące do zmniejszenia produkcji dopaminy.

2.4. Czynniki duchowe

Poszukując przyczyn uzależnienia, coraz częściej zwraca się uwagę na sferę duchową człowieka, w której istotnym elementem są religijne przekonania i postawy (Spaniol, 2001; Longo, Peterson, 2002; Clark i in., 2006b; Lam, 2006; Ryś, 2007). Dla osobowego istnienia szczególne znaczenie ma znalezienie odpowiedzi

na pytania o sens życia, wartość nadziei, rolę pozytywnych relacji z innymi, wartość życia wspólnotowego, istnienie Boga i jego rolę w ludzkim życiu. Różnego typu niejasności w próbach odpowiedzi na te pytania mogą powodować pustkę egzystencjalną i stan frustracji sprzyjający szukaniu substytutów i działań zastępczych. Wiedza na temat związków sfery duchowej i religijności z patologicznym hazardem nie jest obszerna ani pogłębiona. Dane z nielicznych jeszcze badań wskazują na niższy odsetek uzależnień wśród osób bardziej religijnych i charakteryzujących się wyższym rozwojem duchowym (Kendler i in., 1997). Ponadto ustalono, że rozwój duchowy i religijny są dobrymi predyktorami abstynencji od hazardu i subiektywnego poczucia dobrostanu (Clarke i in., 2006b).

W literaturze zwraca się uwagę (Rosenthal, 1975; Neusner i in., 2000; Marlatt, 2002), iż mało wiadomo o zachowaniach hazardowych wyznawców religii tradycyjnie zakazujących tego typu zachowań, zwłaszcza zaś judaizmu, islamu, buddyzmu. Nie są one zakazane w chrześcijaństwie, dlatego w niektórych badaniach próbuje się ustalać częstotliwość występowania zachowań hazardowych i ich nasilenie u przedstawicieli różnych denominacji tego wyznania. Okazuje się, że występują one rzadziej u wyznawców bardziej restryktywnych odmian chrześcijaństwa, m.in. u metodystów czy fundamentalnych protestantów (Abbott, Volberg, 1999). Wyniki kolejnych badań prowadzonych wśród mieszkańców Stanów Zjednoczonych (Welte i in., 2004) wskazują, że do uprawiania hazardu nieco bardziej skłonni są katolicy niż protestanci. Najmniejsze prawdopodobieństwo pojawienia się patologicznego hazardu występuje w grupie wyznawców protestantyzmu będących w podeszłym wieku. Rezultaty badań prowadzonych przez Lama (2006) potwierdzają związek pomiędzy religijnością a aktywnością hazardową. Poziom religijności, określanej częstością praktyk i znaczeniem wiary w życiu badanych, był znacząco wyższy u osób, które nie grają, zaś u hazardzistów (grających w kasynach, na wyścigach, na loterii i w bingo) był on istotnie niższy. Wyniki badań wskazują, że kwestie wiary i religii nie stanowią ważnego obszaru w życiu nałogowych graczy.

*

Analiza czynników zwiększających ryzyko uzależnienia od hazardu wyraźnie wskazuje, iż wyjaśnienia przyczyn zaburzenia można dokonać w modelu polietyologicznym, uwzględniającym interakcję czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i duchowych. Oznacza to, że w rozwoju tego zaburzenia biorą udział zarówno czynniki społeczno-sytuacyjne (m.in. wczesny kontakt

z hazardem, międzypokoleniowa transmisja aktywności hazardowej w rodzinie, dysfunkcja rodziny), psychologiczne (m.in. niektóre cechy temperamentu, wadliwie przebiegające procesy myślenia), jak i duchowe (pustka egzystencjalna, niskie wartościowanie religii), które nakładają się na podłoże biologiczne jednostki. To, jaki rodzaj czynników staje się dominujący, jest indywidualną cechą osoby i jej sytuacji życiowej.

Patologiczny hazard jest wyuczonym wzorcem działania, trudnym do zmiany. Dzieje się tak między innymi dlatego, że uzyskiwane przez graczy wzmocnienia w formie wygranych (nawet niewielu i niewielkich) mają charakter wzmocnień nieregularnych, które są najskuteczniejsze w warunkowaniu instrumentalnym. Często gracze, mimo uczestniczenia w terapii, po pewnym czasie wracają do nałogu. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają oddziaływania prewencyjne.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, M. W., Volberg, R. A. (1999). *Gambling and pathological gambling in the community: An international overview and critique*. Report number one of New Zealand gaming survey. Wellington, NZ: Department of Internal Affairs.
- Abbott, M. W., Volberg, R. A., Berlinger, M. E., Reith, G. (2004). *A review of research on aspects of problem gambling*. Auckland, NZ: Gambling Research Center.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azmier, J. (2001). *Gambling in Canada 2001: An overview*. Calgary, AB: Canada West Foundation.
- Barker, T., Britz, M. (2000). *Jokers Wild: Legalized gambling in the twenty-first century*. Westport, CT: Praeger.
- Bellringer, P. (1999). *Understanding problem gamblers*. London: Free Association Books.
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., Kaufman, F. (2006). Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 2, 195-208.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 5, 487-499.
- Blaszczynski, A., Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 11, 1, 51-71.
- Camchong, J., Goodie, A., McDowell, J. E., Gilmore, C. S., Clementz, B. (2007). A cognitive neuroscience approach to studying the role of overconfidence in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 2, 185-199.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Clarke, D. (2004). Impulsiveness, locus of control motivation and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 4, 319-345.

- Clarke, D., Abbott, M., Tse, S., Townsend, S., Kingi, P., Manaia, W. (2006a). Gender, age ethnic and occupational associations with pathological gambling in a New Zealand urban sample. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 2, 84-95.
- Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P., Manaia, W. (2006b). Religion, spirituality and associations with problem gambling. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 2, 77-86.
- Clotfelter, Ch. T. (2005). Gambling taxes. W: S. Clossen (red.), *Theory and practice of excise taxation: Smoking, drinking, gambling, polluting and driving* (s. 84-119). Oxford: Oxford University Press.
- Comings, D. E. (1998). The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums*, 3, 6, 20-37.
- Cox, S. (1998). *Problem Gamblers Helpline*. Paper presented at the Problem Gambling Workshop of the Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, Irvine, CA, June 1. Texas Council on Problem and Compulsive Gambling, Richardson.
- Custer, R. L., Milt, H. (1985). *When Luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File.
- DeCaria, C. M., Begaz, T., Hollander, E. (1998). Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectrums*, 3, 6, 38-47.
- Dell, L. J., Ruzika, M. F., Palisi, A. T. (1981). Personality and other factors associated with gambling addiction. *International Journal of Addictions*, 16, 149-156.
- Derevensky, L., Gupta, R., Nower, L. (2004). The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 49-55.
- Dzik, B. (2004). Hazard. W: T. Tyszka (red.), *Psychologia ekonomiczna* (s. 567-599). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Eisen, J. L., Beer, D. A., Pato, M. T., Venditto, T. A., Rasmussen, S. A. (1997). Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 2, 271-273.
- Fernandez-Montalvo, J., Echeburua, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 5, 500-505.
- Goldstein, L., Murphree, H. B., Pfeiffer, C. C. (1963). Quantitative electroencephalography in man as a measure of CNS stimulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 107, 3, 1045-1056.
- Goldstein, L., Sugeran, A. A., Stolberg, H., Murphree, H. B., Pfeiffer, C. C. (1965). Electro-cerebral activity in schizophrenics and non-psychotic subjects: Quantitative EEG amplitude analysis. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 19, 4, 350-361.
- Grant, J. E., Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 3, 203-207.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Griffiths, M. (1996). Behavioral addictions: An issue for everybody. *Employee Counseling Today*, 8, 3, 19-25.
- Griffiths, M. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grinols, E. (2004). *Gambling in America*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 3, 322-329.

- Lam, D. (2006). The influence of religiosity on gambling participation. *Journal of Gambling Studies*, 22, 3, 305-320.
- Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M., Adès, J. (2000). Epidemiology of behavioral dependence: Literature review and results of original studies. *European Psychiatry*, 15, 129-134.
- Lightsey, O. R., Hulseley, C. D. (2002). Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 202-211.
- Livingston, J. (1974). *Compulsive gamblers: Observations on actions and abstinence*. New York: Harper and Row.
- Longo, D., Peterson, S. (2002). The role of spirituality in psychosocial rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 333-340.
- Magoon, M. E., Ingresol, G. M. (2006). Parent modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 1, 1-22.
- Malkin, D., Synne, G. J. (1986). Personality and problem gambling. *International Journal of the Addiction*, 87, 549-565.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 1, 44-49.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Mark, M. E., Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87, 549-565.
- Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*. Warszawa: CRS.
- Miller, M. A., Westermeyer, J. (1996). Gambling in Minnesota. *American Journal Psychiatry*, 153, 6, 845-849.
- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
- Neusner, J., Brockopp, J. E., Sonn, T. (2000). *Judaism and Islam in practice: A sourcebook*. London: Routledge.
- Niewiadomska, I., Brzezińska, M., Lelonek, B. (2005). *Hazard*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Nordin, C., Nylander, P. O. (2007). Temperament and character in pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 2, 113-120.
- NRC – National Research Council (1999). *Pathological gambling. A critical review*. Washington, DC: National Academy Press.
- Oei, T. P., Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24, 1, 91-105.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S., Wu, R., LaVelle, E. T., Hemstock, D. A., Rounsaville, B. J., O'Malley, S. S. (2000). Disordered gambling and excessive tobacco use: Addiction spectrum behaviors? *Biological Psychiatry*, 47, 1S-173S.
- Potenza, M. N., Winters, K. C. (2003). The neurobiology of pathological gambling: Translating research findings in clinical advances. *Journal of Gambling Studies*, 19, 1, 7-10.
- Raylu, N., Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061.
- Raylu, N., Oei, T. P. S. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23, 1087-1114.
- Rodriguez-Jimenez, R., Avila, C., Jimenez-Arriero, M., Ponce G., Monasor, R., Jimenez, M. Aragues, M., Hoenicka, J., Rubio, G., Palomo, T. (2006). Attention in impulsivity and sustained

- pathological gamblers: Influence of childhood ADHD history. *Journal of Gambling Studies*, 22, 4, 451-461.
- Roney, C. J. R., Trick, L. M. (2003). Grouping and gambling: A gestalt approach to understanding the gamblers fallacy. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 57, 69-75.
- Rosenthal, F. (1975). *Gambling in Islam*. Leiden, Netherlands: Brill.
- Rosenthal, R. J. (1992). Pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 22, 2, 72-78.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., Linnoila, M. (1989). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 37-39.
- Ryś, M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2003). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Shah, K. R., Eisen, S. A., Xian, H., Potenza, M. N. (2005). Genetics studies of pathological gambling: A review of methodology and analyses of data from the Vietnam Era Twin Registry. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 179-203.
- Spaniol, L. (2001). Spirituality and connectedness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 321-322.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A., Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 7, 4, 175-179.
- Strelau, J. (2001). Temperament. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 683-719). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stucki, S., Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000-2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 3, 245-257.
- Tolchard, B., Thomas, L., Battersby, M. (2007). GPs and problem gambling: Can they help with identification on early intervention? *Journal of Gambling Studies*, 23, 4, 499-506.
- Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., Erens, B., Griffiths, M., Constantine, R., Pigott, S. (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*. London: National Center for Social Research.
- Welte, J. W., Wieczorek, W. F., Barnes, G. M., Tidwell, M.-C. O. (2006). Multiple risk factors for frequent and problem gambling: Individual, social, and ecological. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 6, 1548-1568.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., Parker, J. C. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 5, 706-718.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., Parker, J. C. (2002). Gambling participation in the U.S.: Result from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, 313-337.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O. (2004a). Gambling participation and pathology in the United-States – A sociodemographic analysis using classification trees. *Addictive Behaviors*, 29, 5, 983-989.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., Parker, J. C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 323-335.
- Wildman, R. W. (1998). *Gambling: An attempt at an integration*. Edmonton: Wynne Resources.
- Winters, K. C., Rich, T. (1998). A twin study of adult gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 14, 3, 213-225.

- Woronowicz, B. (2001). *Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Zuckerman, M., McDaniel, S. R. (2003). The relationship of impulsive sensation seeking and gender to interest and participation in gambling activities. *Personality and Individual Differences*, 35, 1385-1400.

PATHOLOGICAL GAMBLING AND ITS DETERMINANTS

S u m m a r y

Gambling is now a popular lawful activity among people around the world. Due to recent changes of legal regulations concerning gambling, access to gambling has become more widespread and, as a result, an increase in the prevalence of pathological gambling has been noted. Therefore, an urgent need for better understanding of the phenomenon of pathological gambling among health-care specialists becomes evident. In this field, such concepts as compulsive, pathological or problem gambling are often treated synonymously. Pathological gambling is a complex phenomenon. Traditionally, the definitions of gambling have been constructed basing on the assumptions of economic or social repercussions rather than taking into account the process or phenomenon of gambling itself. However, clinicians focusing on negative consequences of the gambling behavior, developed typologies and worked out the definitions that may prove beneficial for more adequate operationalizing this concept. A critical review of the literature showed that familial/genetic, sociological/demographics (e.g. age, gender, ethnicity, forms of gambling), individual (e.g. an individual's personality, biochemistry, cognitions, and psychological states) and religion/spirituality factors may be implicated in the development and maintenance of pathological gambling.

Key words: gambling, pathological gambling, risk factor.