

Psihološke značilnosti hazarderjev

Avtorica:

Urška Šajnović, dr. med., specializantka medicine dela, prometa in športa

UVOD

»Gambling« oziroma hazardiranje (angl. gambling disorder) se je najprej imenovalo patološko igranje iger na srečo in je bilo klasificirano kot motnja nadzora impulzov. Nedavno ga je Ameriško psihiatrično združenje razvrstilo v DSM-5 (ang. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**) (1,2). Ocenjuje se, da je svetovna razširjenost tovrstne zasvojenosti približno od 0,2 % (Norveška) do 5,3 % (Hongkong). Za ZDA je nacionalna epidemiološka raziskava leta 2005 pokazala 0,4 % prevalenco (1). V študijah se pojavlja široka paleta dejavnikov tveganja za patološko hazardiranje, vključno s sociodemografskimi značilnostmi, kot so moški spol, nižja starost, nizek socialno-ekonomski status in socialna prikrajšanost v družbenem okolju, v katerem posameznik živi oziroma se giblje, ter starševski nadzor (3–5).

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA HAZARDIRANJE

Študije so pokazale, da obstaja široka paleta dejavnikov tveganja za patološko hazardiranje. Kot pomembni dejavniki se navajajo tudi zgodnja izpostavljenost, pridružene duševne in vedenjske motnje (DVM), neželene dogodki v otroštvu in družinska anamneza hazardiranja (6–8).

V primerjavi s splošno populacijo so posamezniki z odvisnostjo od igralištev bolj izpostavljeni tveganju za samomor. Študije v Avstriji, Nemčiji in ZDA so poročale o stopnjah samomorilnih misli in poskusih samomora med temi posamezniki v razponu od 17 do 80 % oziroma od 4 do 23 % (40). Največja epidemiološka raziskava v ZDA je pokazala, da je kar 49 % hazarderjev imelo samomorilne misli tekom celega življenja, 18 % pa je poskušalo narediti samomor (1).

Socialni in okoljski vplivi

Socialni in okoljski dejavniki imajo velik vpliv na odvisnost od iger na srečo. Teorija neugodnega socialnega okolja predvideva, da so soseske z nizkimi gospodarskimi in socialnimi viri ter pomanjkanjem družbenega nadzora socialno prikrajšana družbena okolja. Zanje je značilna visoka stopnja kriminalnega vedenja in imajo večje možnosti za ekonomsko-gospodarske težave (9,10). V revnejših soseskah se namreč pojavljajo rasna diskriminacija, nasilje, revščina in pomanjkanje nadzora (11).

Ameriška raziskava iz leta 2012 je raziskovala vpliv okoljskih dejavnikov na igre na srečo (3). Vanje so vključili stopnjo prikrajšanosti v soseski, razizem, spol, raso in strukturo gospodinjstva. V soseskah z zmerno (AOR=1,66; 95 % CI=1,02–2,70) in visoko (AOR=2,25; 95 % CI=1,45–3,48) stopnjo ogroženosti socialnega okolja se je verjetnost hazardiranja pri prebivalcih v preteklem letu povečala bolj kot pri tistih, ki so živeli v urejenih soseskah. Visoka stopnja razizma je povečala verjetnost iger na srečo za več kot dvakrat (AOR=2,22; 95 % CI=1,42–3,48) (3).

Psihološki vplivi

Depresija je med igralci iger na srečo pogosta, vendar so raziskave poročale, da obstaja pri omenjenih odvisnikih več podtipov depresije. Graham in Lowenfeld (12) sta z MMPI^a pri hazarderjih odkrila podtip osebnosti, ki **reagira z depresijo**. McCormick (13) in Castellani (14) pa sta odkrila podtip, za katerega je značilna **kronična distimija** (s pridruženo depresivno kognicijo). Slednji podtip je prognostičen za napovedovanje relapsa pri igralništvu.

Dokazano je, da imajo hazarderji slabšo toleranco za dolgčas. McCormick (13) je v zvezi s tem opisal **hiperaktivni podtip**, ki je kronično premalo stimuliran in zato nenehno išče izhod iz dolgčasa. Označen je bil tudi kot »iskalec akcije«. Za te hazarderje ni dovolj, če pridejo do iger na srečo. Te morajo biti vedno bolj vznemirljive, raznolike in tvegane (15).

Zdolgočaseni igralci postanejo običajno odvisni od visoko stimulirajočih oziroma adrenalinskih iger na srečo (npr. konjske dirke), medtem ko se depresivni profil igralcev raje poslužuje igralnih avtomatov (15).

Biokemični (nevrogenetski) vplivi

Koncept opredelitve podskupin hazarderjev je bil potrjen tudi na podlagi biokemičnih (16) in genetskih (17) raziskav. Nedavni dokazi podpirajo hipotezo, da serotonin (uravnava razpoloženje), noradrenalin (posreduje vzbujenje) in dopamin (uravnava nagrajevanje) vplivajo na impulzivnost, motnje razpoloženja in oslabljen nadzor nad zunanjimi dražljaji (15).

Genetske študije so poročale, da se pri hazarderjih (podobno

a MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) je standardiziran psihometrični test za določanje osebnosti pri odraslem človeku, s katerim se razkriva morebitna psihopatologija.

kot pri uživalcih nedovoljenih substanc) na dopaminskem receptorskem genu pomembno pogosteje pojavlja alel D2A1. Povezan je z manjšo gostoto D2 receptorjev (17). Pomanjkanje D2 receptorjev vodi posameznike v iskanje vedno novih užitekarskih dejavnosti in povzroča odvisniško vedenje. To se kaže v zlorabi substanc, prenašanju, odvisnosti od spolnih odnosov in patološkem igralništvu (18).

Na podlagi biokemičnih poskusov v študijah, ki so raziskovale vlogo impulzivnosti, je bila postavljena domneva, da se lahko oblikujejo različni podtipi hazarderjev, ki se različno odzivajo na sistem nagrajevanja (in kaznovanja). Zanje sta značilna izrazita nagnjenost k iskanju nagrade (oziroma aktivnostih, ki jo prinašajo) in oslavljen odziv na kazen (15,19).

Nevrokognitivni vplivi

Na modelu glodalcev so opazovali obnašanje, podobno tistemu, ki se pojavlja pri igralništvu (1). Ugotovili so, da dolgotrajna izpostavljenost stresnim hormonom v smislu kroničnega stresa pri glodalcih povzroča depresijo. Tudi ponavljajoča se zloraba nekaterih drog (npr. kokaina) pri glodalcih povzroča odvisniško vedenje. Ti dve motnji sta v genetskih in vedenjskih modelih povezani z igralništvom (1).

Ameriške nevrokognitivne študije kažejo, da sta dezinhibicija in napačno odločanje pozitivno povezana s hazarderstvom (20,21). Podobno kot pri zlorabi prepovedanih substanc, se tudi pri igralništvu kaže, da imajo prizadeti posamezniki težave pri tvegane odločanju in omejevanju impulzivnosti (20). Za posameznike, ki so odvisni od igralništva in prepovedanih substanc, je značilno hitro časovno popuščanje v nagrajevalnem sistemu. Nagnjeni so k temu, da raje izberejo lažje in hitro dosegljive nagrade, kot pa tiste, na katere bi morali nekaj časa čakati ali se zanje kakor koli potruditi (21).

PSIHOLOŠKI MODEL HAZARDERJEV

Eden izmed prvih pristopov k združevanju vseh dejavnikov tveganja, t. i. **A pathways model of gambling**, je predlagal tri psihološke podskupine posameznikov, odvisnih od hazardiranja. Omenjen model razlikuje naslednje psihološke skupine hazarderskih igralcev: vedenjsko pogojeno, čustveno ranljivo in antisocialno impulzivno skupino. Značilnosti vseh treh podtipov se lahko pri enem hazarderju medsebojno prepletajo (1,15). Ta model med seboj združuje kognitivne, biološke, osebnostne, razvojne in okoljske dejavnike tveganja (15).

Pri **vedenjsko pogojenem** podtipu igralcev je opaziti napačna prepričanja in izkušnje z zmagozlasjem, prav tako samonadzor pri njih ne igra ključne vloge. Večinoma hazardirajo zaradi zunanjih dejavnikov (npr. socialni pritiski) (15).

Čustveno ranljivi podtip ima v osnovi značilnosti vedenjsko pogojenega podtipa. Pridružene so mu motnje razpoloženja, neiznajdljivost pri reševanju težav, problematične družinske izkušnje in travmatski življenjski dogodki. Zanje so značilni anksioznost, depresivnost, psihična stiska, nevrotičnost in



čustvena ranljivost (15).

Za **antisocialno impulzivni** podtip so značilni impulzivnost, antisocialne osebnostne lastnosti in vedenje ter pomanjkanje pozornosti. Vse to se kaže v neprilagojenem obnašanju, ki so mu pridružene tudi ostale odvisnosti. Ta skupina hazarderjev igra igre na srečo zato, da bi povečala nivo vznurjenja in zmanjšala dolgčas (15).

PRIMERJAVA HAZARDIRANJA MED IZBRANIMI AMERIŠKIMI DRŽAVAMI

Do sedaj so bile narejene številne raziskave, ki so opazovale trende igralništva v različnih mednarodnih skupnostih. Večina jih je pokazala, da so moški spol, starost pod 30 let, nizki dohodki in samski stan skoraj univerzalni dejavniki tveganja za razvoj hazardiranja pri posamezniku. Nizek status na delovnem mestu, nižja izobrazba, manjšinski etnični status in prebivališče v velikem mestu so dodatni dejavniki tveganja (22,23).

Mednarodne študije kažejo, da se pri etničnih manjšinah in priseljencih igralništvo pojavlja pogosteje kot pri ostali populaciji. Rezultati raziskav kažejo, da domorodci hazardirajo od 2,2 do 15,7-krat pogosteje kot ostala populacija (24). Dion (25) navaja, da predhodnih študij o hazardiranju pri domorodcih ni mogoče posplošiti na celotno prebivalstvo in da lahko izjemno visoke stopnje razširjenosti odražajo le lokalne razmere v določenih skupnostih. Avtorji študij to povezujejo z nizkimi dohodki, večjo udeležbo na športnih prireditvah in življenju v velikih skupnostih (domorodne skupine pogosto živijo v hišah/stanovanjih z veliko sostanovalci) (24,26).

Kanada (Quebec)

Predhodna nacionalna raziskava o igrah na srečo je bila v



Kanadi izvedena leta 2001. Takrat je bila stopnja razširjenosti iger na srečo ocenjena na 76 %. V povprečju je bila celokupna razširjenost igranja v odrasli kanadski populaciji opisana na 79,2 %, od tega jih je 3,7 % imelo resne probleme s hazardiranjem (27).

Na področju Quebeca se razširjenost hazardiranja spremlja od leta 1991. Takrat je 88 % prebivalcev poročalo o tem, da je v zadnjih 12 mesecih igralo igre na srečo (28). Študija, ki je spremljala hazarderje od 2009 do 2012, kaže, da se je razširjenost iger na srečo med letoma 2009 in 2012 zmanjšala. Delež odrasle populacije, ki je poročal o igranju na srečo v zadnjih 12 mesecih, se je zmanjšal s 70,5 % (95 % CI=69,1–71,9) leta 2009 na 66,2 % (95 % CI=64,5–67,9) leta 2012. Izkazalo se je, da so bolj hazardirali aktivno zaposleni^b (75,9 %; 95 % CI=73,8–77,8 leta 2009 in 70,3 %; 95 % CI=67,9–72,6 leta 2012) moški^c (73,1 %; 95 % CI=70,8–75,2 leta 2009 in 68,5 %; 95 % CI=66,3–70,7 leta 2012) srednjih let^d (45–64 let; 76,8 %; 95 % CI=75,0–78,6 leta 2009 in 71,2 %; 95 % CI=68,7–73,6 leta 2012) z visoko izobrazbo^e (diploma; 75,0 %; 95 % CI=72,5–77,4 leta 2009 in 69,9 %; 95 % CI=66,9–72,8 leta 2012) (27).

Druga študija je raziskovala hazardiranje v majhnih izoliranih skupnostih na območju Creeja v Quebecu. Za prebivalce Creeja je značilno, da je igranje iger na srečo ljudi tradicionalno povezovalo v skupnosti (24). Študija je pokazala, da je 69 % prebivalcev Creeja v zadnjih 12 mesecih igralo igre na srečo ali hazardiralo. Hazarderji so poročali, da so videoloterija in igralni avtomati najbolj zasvojljive igre na srečo. O tem so poročale tudi številne druge študije (28–30). Tipičen hazarderski profil je predstavljal mlajšo osebo s srednješolsko izobrazbo in psihološkimi težavami. Ta rezultat

je primerljiv z drugimi študijami na tem področju (29)(24).

Brazilija

Prvi podatki o hazardiranju v Braziliji segajo v leto 1784, ko je potekalo prvo žrebanje loterijskih srečk. V tridesetih letih so bile ustanovljene tudi državne loterije, ki so predstavljale dodaten priliv dohodkov v državno blagajno. V letih 2014 in 2016 je Brazilija gostila FIFA pokal in Olimpijske igre, s čimer se je v državi dodatno povečala stopnja igranja iger na srečo, predvsem športnih stav (31).

Ugotavljali so že, da so hazardiranju na področju Brazilije bolj podvrženi mladi moški z nizkim socialno-ekonomskim statusom iz verskih in etničnih manjšin (32). Medtem ko so patološki hazarderji večinoma mlajši moški, se ravnotežje med spoloma bolj ko se premikamo v višje starostne razrede zmanjšuje. V višji starosti začne priljubljenost iger na srečo naraščati pri ženskah (33). Starost ima dvosmerni učinek na hazardiranje. S psihološkega vidika so to razlagali s tem, da so mlajši ljudje bolj radovedni in nagnjeni k akciji, medtem ko so starejši čustveno manj dovzetni za denarne izgube. Posledično sta večjemu tveganju za hazardiranje tako izpostavljena oba starostna vrhova (34,35). Welte in sodelavci (v (33)) so poročali, da so se iger na srečo bolj udeleževale osebe z višjim socialno-ekonomskim statusom, medtem ko so osebe z nižjim socialno-ekonomskim statusom pogostejše zapadle v odvisnost (patološko hazardiranje) (33).

Raziskava iz leta 2009 je pokazala, da je bilo od 3007 anketirancev 1,3 % (95 % CI=30,6–51,1) igralcev, ki so imeli težave s hazardiranjem, in 1,0 % (95 % CI=25,7–59,6) patoloških hazarderjev^f. V obeh kategorijah so prevladovali moški. V skupini patoloških hazarderjev sta prevladovali starostni skupini 20–32 let (29,3 %, $p=0,012$) in 33–48 let (29,1 %, $p=0,012$). Patološki hazarderji so bili večinoma brezposelni (81,6 %, $p=0,001$). Izkazalo se je, da sta delo in študij zaščitna dejavnika pred odvisnostjo od iger na srečo. Tisti anketiranci, ki so trenutno študirali, so imeli 17-krat manj možnosti, da razvijejo odvisnost od iger na srečo. Poleg tega se je pokazalo, da je nenehno izobraževanje pomembnejše kot že dosežena stopnja izobrazbe. Dosedanje raziskave so dokazovale zgolj povezavo med pomanjkanjem oziroma nizko izobrazbo in pogostejšim patološkim hazardiranjem. Ti rezultati prihajajo v delni konflikt z anglosaško literaturo, kjer se je pokazalo, da je višja prevalenca patološkega hazardiranja med študenti (36).

Havaji

700.000 Havajčanov obišče igralnice v Las Vegasu vsaj enkrat letno. Podobno kot nekatera ameriška plemena so

b Ostale kategorije: samozaposleni, študenti, upokojeni.

c Ostale kategorije: ženske.

d Ostale kategorije: 18–24 let, 25–44 let, 65 let in več.

e Ostale kategorije: srednja šola, višja šola, univerza.

f Raziskava je hazarderje razvrstila v štiri skupine: nehazarderji, socialni hazarderji, problematični hazarderji in patološki hazarderji. Osnova za razvrstitev so bili DSM-IV kriteriji za patološko hazardiranje. Na podlagi teh je bil narejen Lie/Bet vprašalnik (ang. Lie/Bet Questionnaire (LBQ)) – presejalno orodje za odkrivanje patoloških hazarderjev (s vprašanji, kot so npr.: »Ste kadar koli čutili potrebo po stavah oziroma da bi vanje investirali velike vsote denarja?«, »Ste kadar koli lagali vašim bližnjim o tem, kako pogosto igrate igre na srečo?«).

tudi pri domorodcih na Havajih igre na srečo del kulturne dediščine. Do sedaj je le ena študija preučevala vedenje hazarderjev na Havajih (točneje filipinsko etnično skupino), in sicer v Honoluluju (37). Poročali so, da je 33,2 % ($n = 1262$) filipinskih priseljencev, ki prebivajo v Honoluluju, v zadnjih 12 mesecih igralo igre na srečo. Pri tem so izpostavili tri ranljive skupine (38).

Najprej so preučevali brezdomce. Zanje je bilo ugotovljeno, da je 12,8 % imelo subklinične znake problematičnega igranja na srečo, 5,5 % jih je bilo patoloških hazarderjev. Leta 2014 je na Havajih živelo več kot 2206 brezdomcev, v primerjavi z letom 2013 je bilo to število za 24 % višje (39). Študija postavlja vprašanje povezave med brezdomstvom in hazardiranjem. Starejši ljudje naj bili bolj izpostavljeni težavam z igrami na srečo. Poleg tega naj bi starejši in invalidi, ki igrajo na elektronskih napravah, v večji meri izkoristili svoje prihranke (40).

Za še eno ranljivo skupino so se pokazali študenti. Ti so imeli višjo prevalenco hazardiranja kot ostala havajska populacija (3–6 % v primerjavi z 0,04–1,9 %) (41,42). To so povezovali s prosto dostopnostjo do interneta podnevi in ponoči ter z mladostniškim vedenjem, za katerega je značilno preizkušanje različnih (zlasti tveganih) situacij. Možgani se v tem obdobju še vedno razvijajo, vključno s subkortikalnimi deli, ki so odgovorni za sistem nagrajevanja, in prefrontalnim korteksom, ki (zaviralno) uravnava nadzor nad motivacijskimi impulzi iz okolja. Medtem je subkortikalno področje za motivacijo že dozorelo. Posledično to neravnovesje zrelosti vodi v izzivalno obnašanje in preizkušanje različnih drog ter hazardiranje (38).

Tretja ranljiva skupina je bila vojska. Veliko vojaškega osebja je imelo poleg hazardiranja tudi druge duševne bolezni, ki so bile povezane z vojaškimi travmami (43). Pri njih so ugotavljali visoko stopnjo samomorilnosti (20 %) in zlorabe drog in/ali alkohola (38 %). Težave s tem ima na področju Havajev približno 50.000 vojakov (38).

Kalifornija

Kalifornijska raziskava iz leta 2006 je pokazala, da je v preteklem letu igre na srečo igrala več kot polovica anketirancev (58 %), 22 % jih je igralo enkrat ali dvakrat na mesec, 10 % pa vsaj enkrat tedensko. Največji delež teh iger so predstavljale loterijske srečke, sledilo jim je igralništvo v kazinojih (23).

Glede na spol so večji delež pri vseh igrah na srečo predstavljali moški (62,9 % vse moške populacije, ženske: 52,4 % vse ženske populacije; $p < 0,0001$), izjema je bil »bingo«, ki so ga pogostejše igrale ženske (2,8 % v primerjavi z 1,5 % moških; $p = 0,0001$). Kazinojski in loterijski igralci so bili stari večinoma med 40 in 49 let (62,6 %; $p < 0,0001$). Nasprotno so bile zasebne stave popularnejše pri mlajših Kalifornijcih, starih med 18 in 29 let (23,7 %; $p < 0,0001$). Zanimivo je, da je popularnost zasebnih stav v starejših starostnih skupinah strmo upadala (pri starostni skupini 65 in več let je znašala le še 4,9 %; $p < 0,0001$). Glede na etnično pripadnost je bila igram na srečo najbolj podvržena črnska

rasa^g (67 %; $p < 0,0001$), najmanj pa azijska rasa (49,7 %; $p < 0,0001$) (23).

Na podlagi podatkov NODS-a^h so kalifornijske hazarderje uvrstili v tri skupine: patološke, problemske in visoko rizične. Povprečna razširjenost patoloških in problemskih hazarderjev je glede na NODS znašala 3,7 %. Podati kažejo, da so bili moški v primerjavi z ženskami bolj ogroženi (71,9 % proti 28,1 %; $p < 0,0001$) (23).

Patološko hazardiranje je koreliralo z višjo stopnjo depresije (58,4 %; $p < 0,0001$), medtem ko je bila pri ostali populaciji le-ta nižja za skoraj polovico (22,3 %; $p < 0,0001$). Prvič je bila omenjena tudi fizična invalidnost, saj so hazarderji imeli višjo stopnjo okvar vida in sluha (23).

ZDA (različne etnične skupine in rase)

Nacionalna študija iz ZDAⁱ je pokazala, da je bila med črnci, Azijci in domorodnimi rasami bistveno večjo razširjenost iger na srečo kot pri ostali populaciji. K temu je prispevalo več razlogov, najbolj pa mesečni dohodek, geografska razširjenost in stopnja izobrazbe (44).

Raziskava je zajela 43.093 ljudi iz različnih etničnih skupnosti. Prevalenca hazarderjev med domorodnimi Američani oziroma njihovimi potomci (Indijanci)^j in Azijci je bila 2,3 % (95 % CI=1,5–3,3; $p = 0,01$), medtem ko je pri črncih znašala 2,2 % (95 % CI=1,8–2,6; $p < 0,0001$). Te skupine so se statistično pomembno razlikovale od bele rase, pri kateri je bila prevalenca skoraj za polovico nižja (1,2 %; 95 % CI=1,0–1,3), podobno je bilo pri Latinoameričanih (1,0 %; 95 % CI=0,8–1,4) (32).

V vseh skupinah so kot hazarderji prevladovali moški, najbolj je bila ta razlika statistično opazna ($p = 0,0032$) med črncami (45,9 %; 95 % CI=37,1–55,0) in belkami (27,9 %; 95 % CI= 22,1–34,6). Več Latinoameričanov (43 %; 95 % CI= 25,2–62,8) je bilo nasploh nižje ($p = 0,01$) izobraženih kot belcev (15 %; 95 % CI= 10,4–21,2). Glede na letni dohodek se je izkazalo, da so imeli hazarderji črne rase najnižje denarne dohodke (64,9 %; 95 % CI= 56,2–72,7). V vseh skupinah so prevladovali hazarderji v starostni skupini 30–64 let (med belci (32,1 %) in črnci (34,1 %) 30–44 let, med Indijanci/Azijci (44,0 %) in Latinoameričani (35,6 %) 45–64 let) (32).

Motnje razpoloženja, anksiozne in osebne motnje so imele podobne razširjenost v vseh skupinah. Najbolj so izstopale osebne motnje (črnci: 53,6 %; belci: 47,0 %; Latinoameričani: 39,5 %, Indijanci/Azijci: 50,3 %) (32).

Omenjajo se tudi kulturni faktorji, ki bi lahko vplivali na razvoj hazardiranja. Le-to naj bi bilo del tradicije, zgodovine

g Vključene so bile naslednje etnične skupine: belci, črnci, Latinoameričani, Azijci in ostali.

h NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems) je presejalno orodje s 17 postavkami, namenjeno ocenjevanju meril DSM-IV za težave pri igrah na srečo.

i Vključene so bile naslednje etnične skupine: belci, črnci, Latinoameričani ter v združeni skupini Azijci in domorodne rase.

j Za lažjo ponazoritev so domorodni Američani opisani z Indijanci.

in življenjskega stila v nekaterih azijskih kulturah (45). Na ta način so Aziji že v otroštvu izpostavljeni igrar na srečo, kar se je pokazalo kot povečano tveganje za razvoj hazardiranja pri njih. V drugih kulturah, npr. pri Indijancih, se je izkazalo, da vera o magiji in usodi pomembno vpliva na odvisnost, saj je na podlagi starodavnih prepričanj splošno razširjeno prepričanje, da obstajata tudi v igrah na srečo in lahko doprineseta k visokim denarnim nagradam (46).

V tej študiji je bila najdena pomembna ugotovitev glede Latinoameričanov- **Latinskoameriški paradoks** (nižja prevalenca hazardiranja kljub slabšim socialno-ekonomskim razmeram in težjim dostopom do oskrbe v primerjavi z belci). Ti so imeli nižjo prevalenco hazardiranja kot ostale etnične skupine. To je, glede na to, da imajo veliko dejavnikov tveganja za razvoj te odvisnosti (diskriminacija, nizka izobrazba, revščina)^k, paradoksalna ugotovitev. Ta kaže na obstoj zaščitnih dejavnikov, ki blažijo učinek dejavnikov tveganja (47,48).

STANJE V SLOVENIJI IN NEKATERIH EVROPSKIH DRŽAVAH

Nedavna študija je raziskovala vpliv soodvisnosti drog in iger na srečo pri šestnajstletnikih v 33 evropskih državah. V preteklem letu^l naj bi hazardiralo 22,6 % Evropejcev, starih 16 let. Med posameznimi državami obstajajo razlike v pogostnosti hazardiranja, saj je bilo le-to najnižje v Moldaviji (6,4 %) in najvišje v Grčiji (46,3 %) (5).

Avtorji študije navajajo, da, z izjemo konoplje, obstaja povezava med pitjem alkoholnih pijač (OR= 1,46; 95 % CI= 1,39–1,53), dolgotrajnejšo uporabo inhalantov (OR= 1,57; 95 % CI= 1,47–1,68) ter drugih snovi (1,78; 95 % CI= 1,65–1,92). Prav tako so bile z višjo stopnjo hazardiranja povezane tudi življenjske navade, npr. izostajanje v šoli

^k Velja za Latinoameričane, ki živijo v ZDA.
^l Študija se nanaša na rezultate iz leta 2015.

(OR= 1,26; 95 % CI= 1,18–1,35), ponočevanje (OR= 1,32; 95 % CI= 1,26–1,38) in športno udejstvovanje (OR= 1,30; 95 % CI= 1,24–1,37). Hkrati so pri tistih mladostnikih, ki so v prostem času brali knjige (OR= 0,82; 95 % CI= 0,79–0,86) ali so bili pod starševskim nadzorom pri ponočevanjih (OR= 0,81; 95 % CI= 0,77–0,86) oziroma so imeli omejen denarni priliv od staršev (OR= 0,89; 95 % CI= 0,84–0,94) ugotovili manj hazardiranja (5).

V Evropi kulturni dejavniki ne igrajo večje vloge pri hazardiranju. Namesto tega se kot dejavnik tveganja omenjajo socialno-ekonomski kazalci posamezne države (49). Sicer moški hazardirajo pogostejše kot ženske (31,6 % proti 13,8 %). Izkazalo se je, da tudi družinski odnosi in vzgoja vplivajo na razširjenost iger na srečo pri mladih. Hazardiranje je tem večje, čim pomanjkljivejša sta starševska čustvena podpora in nadzor (5,50).

Slovenija ne izstopa iz povprečja evropskih držav. Rezultati so pokazali, da Slovenija skupaj s še nekaterimi evropskimi državami (Slovaško, Francijo, Irsko, Poljsko, Farskimi otoki, Dansko, Estonijo, Gruzijo, Portugalsko in Albanijo) sodi glede na prevalenco hazardiranja v srednje ogroženo skupino (19,9 %–23,9 %)m (5).

ZAKLJUČEK

Igre na srečo so bile na ameriških tleh prisotne že v predkolonialnem času, ko so predstavljale del tradicije domorodcev. To bi lahko bil eden izmed razlogov pogostejše prevalence hazardiranja med domorodnimi etničnimi skupinami.

V članku smo opisali psihološke značilnosti glavnih podtipov hazarderjev. Vsi trije podtipi (vedenjsko pogojeni, čustveno ranljivi in antisocialno impulzivni) se pojavljajo v približno enakih obsegih tudi na področju Amerike ter Evrope in so prisotni pri vseh v članku omenjenih populacijskih skupinah.

Kaže, da odvisnost od iger na srečo povzročajo tako zunanji kot notranji dejavniki tveganja. Podobno lahko oboji vplivajo tudi na možnost relapsa. Na nekatere od njih lahko vsaj deloma vplivamo sami (npr. izobrazba, dohodek). Za druge te možnosti nimamo, saj se oblikujejo oziroma razvijajo neodvisno od človekovega hotenja in zmožnosti (nevrogenetski in biokemični vplivi).

Hazardiranje močno vpliva na delovanje človeka, predvsem na njegovo zbranost in čustvovanje. To se odraža tako na osebnem kot tudi na poklicnem področju. Z vidika varnosti pri delu so hazarderji velikokrat lahko celo ogroženi, sploh na tistih delovnih mestih, kjer je potrebna visoka stopnja natančnosti in zbranosti (45,49,51).

m V nizko ogroženo skupino glede na prevalenco hazardiranja (12,2 %–19,8 %) sodijo Malta, Avstrija, Nizozemska, Ukrajina, Norveška, Švedska, Lihtenštajn, Češka, Litva in Islandija. Med visoko ogrožene (24,0 %–31,8 %) pa spadajo Madžarska, Romunija, Hrvaška, Italija, Finska, Makedonija, Ciper, Bolgarija in Črna Gora.



LITERATURA

1. Nautiyal KM, Okuda M, Hen R, Blanco C. Gambling disorder: an integrative review of animal and human studies. *Ann N Y Acad Sci*. 2017;1394(1):106–27.
2. The American Psychiatric Association. What is Gambling Disorder? [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 25]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/gambling-disorder/what-is-gambling-disorder>
3. Martins SS, Storr CL, Lee GP, Ialongo NS. Environmental Influences Associated with Gambling in Young Adulthood. *J Urban Heal Bull New York Acad Med*. 2012;90(1):130–9.
4. Weltea JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell M-CO, Parkera JC. Risk factors for pathological gambling. *Addict Behav*. 2004;29:323–35.
5. Molinaro S, Benedetti E, Scales M, et al. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;112.
6. Okuda M, Liu W, Cisewski JA, Segura L, Storr CL, S. M. Gambling Disorder and Minority Populations: Prevalence and Risk Factors. *Curr Addict Rep*. 2016;3:280–92.
7. Iban'ez A, Castro IP de, Fernandez-Piqueras J, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Mol Psychiatry*. 2000;5:105–9.
8. Slutske WS, True WR, Goldberg J, Xian H, Eisen S, Lyons MJ, et al. A Twin Study of the Association Between Pathological Gambling and Antisocial Personality Disorder. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(2):297–308.
9. Brenner A, Bauermeister J, Zimmerman M. Neighborhood variation in adolescent alcohol use: examination of socioecological and social disorganization theories. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72:651–9.
10. Sampson R, Groves W. Community structure and crime: testing social-disorganization theory. *Am J Sociol*. 1989;94(4):774–802.
11. Welte J, Wieczorek W, Barnes G, et al. The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *J Gamble Stud*. 2004;20(4):405–23.
12. Graham JR, Lowenfeld BH. Personality Dimensions of the Pathological Gambler. *J Gambling Behav*. 1986;2(1):58–66.
13. McCormick RA. The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *J Gambl Stud*. 1994;10(1):77–86.
14. Castellani B, Rugle L. A Comparison of Pathological Gamblers to Alcoholics and Cocaine Misusers on Impulsivity, Sensation Seeking, and Craving. *Int J Addict*. 1995;30(3):275–89.
15. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002;97:487–99.
16. Carrasco J, Saiz-Ruiz J, Hollander E, Cesar J, Lopez-Ibor JJ. Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:427–31.
17. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, Rugle L. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*. 1996;6:223–34.
18. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra, J. V, et al. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32(Suppl. i-iv):1–112.
19. Clinic M. Compulsive gambling [Internet]. *Diseases & Conditions*. 2016 [cited 2019 Feb 25]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/compulsive-gambling/symptoms-causes/syc-20355178>
20. Yvonne HC, Potenza MN. Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):134–46.
21. Mitchell MR, Potenza MN. Addictions and Personality Traits: Impulsivity and Related Constructs. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2014;1:1–12.
22. Volberg RA, Gupta R, Griffiths MD, Olason DT, Delfabbro P. An international perspective on youth gambling prevalence studies. *Int J Adolesc Med Health*. 2010;22(1):3–38.
23. Volberg RA, Carris KL, McNamara LM. Risk Factors for Problem Gambling in California: Demographics, Comorbidities and Gambling Participation. *J Gambl Stud*. 2017;1–17.
24. Gill KJ, Heath LM, Derevensky J, Torrie J. The Social and Psychological Impacts of Gambling in the Cree Communities of Northern Quebec. *J Gambl Stud*. 2015;1–17.
25. Dion J, Collin-Vézina D, De La Sablonnière M, Giffard T, Philippe-Labbé M-P. An exploration of the connection between child sexual abuse and gambling in Aboriginal communities. *Int J Ment Heal Addict*. 2010;8:174–89.
26. Bourget D, Ward H, Gagne P. Characteristics of 75 gambling-related suicides in Quebec [Internet]. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*. 2003 [cited 2019 Mar 5]. p. 17–21. Available from: <http://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/2003/december/bourget.asp>
27. Kairouz S, Paradis C, Nadeau L, Hamel D, Robillard C. Patterns and trends in gambling participation in the Quebec population between 2009 and 2012. *Can J Public Heal*. 2015;106(3):115–20.
28. Ladouceur R. The Prevalence of Pathological Gambling in Canada. *J Gambl Stud*. 1996;12(2):129–42.
29. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW. The Relation Between Types and Frequency of Gambling Activities and Problem Gambling Among Women in Canada Tracie. *Can J Psychiatry*. 2010;55(1):21–8.
30. Ladouceur R, Sévigny S. Structural Characteristics of Video Lotteries: Effects of a Stopping Device on Illusion of Control and Gambling Persistence. *J Gambl Stud*. 2005;21(2):117–31.
31. Tavares H. Gambling in Brazil: a call for an open debate. *Addiction*. 2014;109:1972–6.
32. Alegria A, Petry N, Hasin D, Al E. Disordered gambling among racial and ethnic groups in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *CNS Spectr*. 2009;14(3):132–42.
33. Tavares H, Carneiro E, Sanches M, Pinsky I, Caetano R, Zaleski M, et al. Gambling in Brazil: Lifetime prevalences and socio-demographic correlates. *Psychiatry Res*. 2010;180:35–41.
34. Ernst M, Pine DS, Hardin M. Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychol Med*. 2006;36:299–312.
35. Samanez-Larkin GR, Gibbs SEB, Khanna K, Nielsen L, Carstensen LL, Knutson B. Anticipation of monetary gain but not loss in healthy older adults. *Nat Neurosci*. 2007;10(6):787–91.
36. Martens MP, Rocha TL, Cimini MD, Díaz-Myers A, Rivero EM, Wulfert E. The co-occurrence of alcohol use and gambling activities in first-year college students. *J Am Coll Health Assoc*. 2009;57(6):597–602.
37. Wooksoo K, Isok K, Nochajski TH. Predictors of gambling behaviors in Filipino Americans living in Honolulu or San Francisco. *J Gambl Stud*. 2012;28:297–314.
38. Shepherd R-M. Piliwailai: Problem Gambling in Hawai'i. *Hawai'i J Med public Heal*. 2016;75(3):73–7.
39. Shaffer HJ, Freed CR, Healea D. Gambling disorders among homeless persons with substance use disorders seeking treatment at a community center. *Psychiatry Serv*. 2002;53(9):1112–7.
40. Southwell J, Boreham P, Laffan W. Problem gambling and the circumstances facing older people. *J Gambl Stud*. 2008;24:151–74.
41. Shaffer HJ, Hall MN, Bilt J Vander. Estimating the prevalence of disordered gambling in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1369–76.
42. Petry NM, Weinstock J. Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *Am J Addict*. 2007;16:325–30.
43. Agha Z, Lofgren RP, Van Ruiswyk J V., Layde PM. Are patients at veterans affairs medical centers sicker? Are patients at veterans affairs medical centers sicker? *Arch Intern Med*. 2000;160:3252–7.
44. U.S. Bureau of the Census. Profiles of general demographic characteristics: 2000 Census of Population and Housing, United States [Internet]. 2000 [cited 2019 Feb 27]. Available from: <https://www.census.gov/prod/cen2000/doc/ProfilesTD.pdf>
45. Namrata R, Po Oei T. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev*. 2004;23:1087–114.
46. Zitzow D. Comparative study of problematic gambling behaviors between American Indian and non-Indian adolescents within and near a Northern Plains reservation. *Am Indian Alsk Nativ Ment Heal Res*. 1996;7:14–26.
47. Grant B, Hasin D, Stinson F, Al E. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:948–58.
48. Scribner R. Paradox as paradigm—the health outcomes of Mexican Americans. *Am J Public Heal*. 1996;86:303–5.
49. Molinaro S, Canale N, A V, Lenzi M, V S, et al. Country- and individual-level determinants of probable problematic gambling in adolescence: a multi-level crossnational comparison. *Addiction*. 2014;108:2089–97.
50. Casey D., Williams RJ, Mossière AM, Schopflocher DP, El-Guebaly N, Hodgins DC, et al. The role of family, religiosity, and behaviour in adolescent gambling. *J Adolesc*. 2011;34(4):841–51.
51. National Gambling Impact Study Commission. National gambling impact study commission final report [Internet]. Washington, DC; 1999. Available from: <https://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/fullrpt.html>

