

A kóros játékszenvedély típusai

Balázs Hedvig, Kun Bernadette, Demetrovics Zsolt

238

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport, Budapest

Összefoglalás: *Háttér:* A szerencsejáték hazai története a teljes, majd részleges állami tilalmak feloldása óta egyre intenzívebb időszakát éli, mind szélesebb kínálattal. A kontrollált, szociális és rekreációs jellegű szerencsejáték fokozódó népszerűségével párhuzamosan tapasztalhatjuk a túlzott mértékű, problémás, illetve a patológiás, terápiás intervenciót igénylő játékszenvedély terjedését is. *Problémafelvetés:* Mind a kutatás, mind a klinikai gyakorlat irányából megfogalmazódik a kérdés, hogy léteznek-e a problémás vagy patológiás játékszenvedélyen belül eltérő személyiségjegyekkel és kezelési szükséglettel jellemezhető altípusok, továbbá érdemes-e az egyes szerencsejáték típusok preferenciája mentén differenciálni a játékosok között. *Eredmények:* A szerencsejáték szenvedélybetegek csoportosítását célzó kutatások egyik vonulata a patológiás játékosokat általában, játékpreferenciától függetlenül vizsgálja. E szerzők különböző pszichológiai sajátosságokkal bíró alcsoportokat, illetve a szerencsejáték által betöltött különböző lehetséges funkciókat írnak le. Ugyanakkor rendelkezünk arra vonatkozó adatokkal is, hogy a szerencsejátékok különböző formáit előnyben részesítő személyek eltérő demográfiai, illetve pszichés mutatókkal jellemezhetők. A szerzők tanulmányukban részletesen bemutatják a különböző szempontok mentén kialakított tipológiákat. *Következtetések:* A közleményben bemutatott, a szerencsejáték szenvedélybetegek tipologizálását és motívumaik feltárását célzó kutatások alapján a legegységesebben a menekülő, illetve az impulzív típusok különíthetők el. Mindezek mellett egy normál típus, valamint egy, a disszociáció élményét kereső játékos típus létezését is felvetik a kutatások. A különböző típusú szerencsejátékokat játszó személyek eltérő személyiségjellemzőiről egyelőre még kevés adattal rendelkezünk.

Kulcsszavak: kóros játékszenvedély; epidemiológia; tipológiák; motívumok; játékpreferencia

Summary: *Background:* Beginning with the end of the total and later on the partial state ban on gambling in Hungary, an increasingly intensive revival of gambling can be observed together with a widening scope of offers. Parallel to the growing popularity of controlled, social and recreational forms of gambling, the spread of excessive, problematic and pathological gambling requiring therapeutic intervention is also present. *Objective:* Both from the perspective of research and clinical practice the following questions are raised. Whether there exist subtypes of problematic or pathological gamblers with specific personality characteristics and therefore needs for specific types of treatment, and if it is worth differentiating between gamblers according to their preferences towards specific types of gambling. *Results:* One stream of research with the objective of finding subtypes of gambling examines pathological gamblers in general, independent of their gambling preferences. These authors describe subgroups with typical psychological characteristics and they present various possible functions of gambling. On the other hand, data is available supporting that persons with unlike dominant preferences towards different types of gambling can be characterized by dissimilar demographic and psychological indices as well. Authors in these studies present typologies created according to various different aspects in details. *Conclusion:* Based on studies aiming to create a typology of gambling addicted patients and discover their motives, we can assume that escape gambler and impulsive gambler types can most unequivocally be differentiated. Besides these, studies suggest the existence of two other types of gamblers; normal and ones seeking the experience of dissociation. On the personality characteristics of gamblers playing specific types of games, however, there is little data available yet.

Key words: pathological gambling; epidemiology; typologies; motives; gambling preference

Bevezetés

A játék, Grastyán (1) meghatározása szerint szervező, szabályozó erő: játék közben akadályokat állítunk egy cél elérése elé, enyhe averzív feszültséget keltve, amely feloldásával örömr-

zet indukciójára válunk képessé. Mindez lehetővé teszi az unalom elkerülését, feszültség-szintünk szabályozását, az optimális aktivációs szint elérését. A játék átszövi életünket, számos formáját azonosíthatjuk és szerepe is sokrétű. A gyermekkori játékokon túl, az intellektuális já-

tékokat, a
geket, a s
lyek általá

Szorosan
nyos saját
dott a gyer
rekek játé
játékfolyan
játék élmé
szükséglet
ez, hogy a
ja és alapv
nyos készs

A szeren
ért folytat
pad hozzá
jellege itt
játék egyes
dekében a
konfliktus
jelenik me
egyben a j
letét a játé
szerencsej

san van kö
jórészt in
szükséglet
vékenység
ellenfél ak
lehet, de
saját teljes
jelen van
tósége, s
annak győ
a szerencs
lehet. Ha
nem kizár
ez a tény
rencsejáté
letesen tá
lódó küls
repet játs
kóros játé

Már e p
nunk a já
szenedé
ték termé
lat) alapv

tékokat, a különféle sport- és hobbitevékenységeket, a szerencsejátékokat említhetjük, amelyek általában rekreációs célt szolgálnak.

Szorosan vett témánk, a szerencsejáték bizonyos sajátosságait tekintve igen messzire sodródott a gyermekkori játéktevékenységtől. A gyerekek játéka örömteli, s önmagáért való: maga a játékfolyamat, a ténykedés, a fantáziaképek, a játék élménye nyújt élvezetet, s nem valamely szükséglet kielégítése (2). Annak ellenére így van ez, hogy a gyermekkori játéknak számos funkciója és alapvető szerepe van az érés során és bizonyos készségek elsajátításában.

A szerencsejáték ezzel szemben nem önmagáért folytatott tevékenység: számos motívum tapad hozzá, s ezáltal a játék szükségletkielégítő jellege itt másodlagos. Másképp fogalmazva: a játék egyes pszichés szükségletek kielégítése érdekében alakul ki, intra- vagy interperszonális konfliktusok maladaptív feloldási módjaként jelenik meg. A gyermek számára a játék öröme egyben a játék célja is, azaz a gyermek szükségletét a játéktevékenység közvetlenül elégíti ki. A szerencsejáték esetében a játék – bár bizonyosan van közvetlen szükségletkielégítő értéke is – jórészt inkább eszköz az egyéb, másodlagos szükségletek kielégítéséhez. A szerencsejáték tevékenység mindig versenyhelyzet, amelyben az ellenfél akár a játékostársak, akár a játékeszköz lehet, de kívánt célként szerepelhet a játékos saját teljesítményének meghaladása is. Mindig jelen van tehát a győzelem és a veszteség lehetősége, s ily módon a dominanciaszükséglet, annak győzelmén keresztül történő kielégítése a szerencsejáték háttérének egy kulcsmotívuma lehet. Hasonlóképp, bár az anyagiak szerepe nem kizárólagos, sőt gyakran túlhangsúlyozott, ez a tényező is jelentős hatást gyakorol a szerencsejáték alakulására. A következőkben részletesen tárgyaljuk majd mindazokat a kapcsolódó külső és belső motívumokat, amelyek szerepet játszanak a szerencsejáték, s különösen a kóros játékszenvedély kialakulásában.

Már e ponton is fontos azonban hangsúlyoznunk a játék, a szerencsejáték és a kóros játékszenvedély közti különbséget. Mint láttuk, a játék természetes szükségletünk, az ember (és állat) alapvető jellemzője, az egészséges éréshez

elengedhetetlen tevékenység. A szerencsejáték tevékenységről mindez már nem állítható: nem elsődleges szükségletünk, más szükségletekre épül, de éppen az alapját képező elsődleges szükségletek kielégítése miatt fontos szerepet játszhat életünkben. A tágan értelmezett szerencsejáték nem feltétlenül ártalmas jelenség; szolgálhatja a kikapcsolódást, a feszültség megélését, a versenyhelyzet megtapasztalását, a rivalizáció szükségletének kiélését, illetve számos más élmény megélésének lehetőségét. Ártalmas szerencsejátékról, azaz problémás vagy kóros játékszenvedélyről akkor beszélünk, mikor ez a tevékenység a természetes szükségletek kielégítése helyett (esetleg részben azok mellett) az egyén és környezete problémáinak növekedéséhez vezet.

Tanulmányunkban elsőként a kóros játékszenvedély definícióját és diagnosztikai kritériumait tekintjük át, majd előfordulási gyakoriságát, lefolyását és következményeit ismertetjük. A patológiás játékhöz társuló pszichiátriai betegségeket, illetve a zavar személyiség-korrelátumait, etiológiáját és kezelési lehetőségeit – a rendelkezésre álló magyar nyelvű szakirodalom (3–5) elérhetőségéből adódóan – nem érintjük. Részletesen kitérünk azonban a patológiás játékszenvedély típusaira, valamint a preferált játékok mentén történő jellemzés kísérleteire.

A kóros játékszenvedély definíciója

Bolen és Boyd meghatározása szerint szerencsejáték folytatása során a játékos fogadást köt vagy tétet tesz egy kiszámíthatatlan, a véletlen által determinált eseményre (6). Természetesen a játékosok jelentősen különbözhetnek a szerencsejátékban való részvétel intenzitásában, sajátosságaiban, így a szerencsejátékosokat a vonatkozó szakirodalom is több elnevezéssel illeti. Az igen elterjedt *szociális* vagy *rekreációs játék* kontrollált részvételre utal, míg az *excesszív*, mértéktelen *játék* (7) mind gyakoriságában, mind jellegében kóros. Az excesszív vagy túlzott mértékű játéknak két fokozati típusát szokás elkülöníteni. A *problémás játék* elnevezés a szerencsejáték-tevékenység azon mintázataira

utal, amelyek megzavarják, károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést (8), de e károsodás nem olyan jellegű és mértékű, hogy teljesítené a DSM-IV-TR (9) kritériumait. A *patológiás/kóros játékszenvedély* a problémás játéknál súlyosabb, progresszív és krónikus megbetegedés (8), amelyet a DSM-IV az impulzuskontroll zavarok között tárgyal. A kóros játékszenvedély esetében a beteg életét a szerencsejáték uralja, anyagi problémái elárasszák, munkáját, karrierjét képtelen fenntartani, mindeközben kapcsolatai is széthullanak.

Bár a jelenlegi diagnosztikus kritériumrendszerek – DSM-IV-TR (9), illetve BNO-10 (10) – a kóros játékszenvedélyt az impulzuskontroll zavarok körébe sorolják, a szindróma *viselkedési addikcióként* is értelmezhető (11), tünetei megfeleltethetőek a kémiai addikciók kritériumainak:

- progresszió (az eredeti szándéktól eltérően a játékban való elmerülés fokozódik)
- tolerancia (a játékra fordított idő és pénz nő a kívánt hatás elérése érdekében)
- megvonási tünetek (alvászavar, nyugtalanság, ingerlékenység)
- kontrollvesztés
- interperszonális és/vagy foglalkozási zavar

1. táblázat

A kóros játékszenvedély diagnosztikus kritériumai a DSM-IV-TR (9) szerint

A. Tartós és ismétlődő maladaptív viselkedés a szerencsejátékokat illetően, azaz öt (vagy több) az alábbiakból:

(1) szerencsejátékokkal való intenzív foglalkozás (pl. korábbi, szerencsejátékkal kapcsolatos élményeivel foglalkozik, a következő kalandot tervezgeti, vagy a szerencsejátékhoz szükséges pénz megszerzésén gondolkodik)
(2) a kívánt izgalom eléréséhez egyre nagyobb összegű tételek megjátszása
(3) ismételt sikertelen erőfeszítések a játék feletti kontroll megtartása, a játék csökkentése vagy abbahagyása érdekében
(4) nyugtalanság, irritabilitás, ha megpróbálja a játékot csökkenteni vagy abbahagyni
(5) a szerencsejáték folytatása a problémáitól vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja (pl. segítség nélküliség, bűnösség, szorongás, depresszív hangulat érzései)
(6) miután a szerencsejátékon pénzt veszít, gyakran másnap visszatér, hogy veszteségét kiegyenlítsse (veszteség utáni vadászat)
(7) hazudik családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét
(8) illegális cselekményeket, mint hamisítást, csalást, lopást vagy sikkasztást követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát
(9) a játékszenvedély miatt veszélyeztetet vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási- vagy karrierlehetőséget
(10) másokra támaszkodva gondoskodik a pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen

B. A játékszenvedély nem magyarázható jobban mániás epizóddal.

A kóros játékszenvedély egy további, szintén domináns magyarázat szerint az *obszesszív-kompulzív spektrum* része, amelynek az impulzív, kockázatkereső pólusán helyezhető el (11). Ugyanakkor, többek között *Pallanti és munkatársai* hangsúlyozzák a játékszenvedélynek a bipoláris zavarokkal való kapcsolatát is (12). Közös jegy az impulzivitás, a kockázatkereső magatartás, a hangulati kilengések, az ítélőképesség csorbulása és a grandiózus gondolatok. Mások a játékszenvedély *heterogén* jellegét hangsúlyozzák, rámutatva, hogy a patológiás játékosok számos szempontból – így a preferált szerencsejáték típusa, a játék intenzitása, a társuló zavarok típusa, vagy a családi előtörténet – eltérő típusokba sorolhatók (13, 14). E típusokat a későbbiekben részletesen ismertetjük.

Epidemiológia

A problémás, illetve a patológiás szerencsejáték mértékét mérő vizsgálatok eredményei jelentős szórást mutatnak, ami jórészt a módszertani különbözőségeknek tulajdonítható. Az egyes kutatások gyakran eltérő kritériumszinteket

használt... a vizsgá... dóak az... zó eltéré... letve egy... publikál... sét vége... cesszív (a... játékot e... életprev... 3–3,3%. legmaga... más Sze... Gamblin... lémas sz... lógiás sz... mérőesz... letve 1,2... Survey) m... tett érték... téke utól... téké 1,8%... Bár a l... kétszer g... emelked... férfi nem... jük az al... sebbségi... serdülő... pszichoa... mint a b... Ebből... a kóros j... ga lénye... pulációb... nyelvű, ... nadára v... taanalízis... nos felne... főiskola... ítétek, a... tók együ... informá... lők köré... giás játé... ben. Elő... 3,88%, m... más és 1

használhatnak, nagy változatosságot mutatnak a vizsgált minták, és különösen hangsúlyozandóak az alkalmazott mérőeszközökből származó eltérések. *Stucki és Rihs-Middel* 33 angol, illetve egyéb európai nyelvű, 2000 és 2005 között publikált epidemiológiai vizsgálat metaanalízisét végezték el (7). Eredményeik szerint az *excesszív* (a problémás és a patológiás szerencsejátékot egyaránt magába foglaló) *szerencsejáték életprevalenciája* mérőeszköztől függően 3–3,3%. Az egyes mérőeszközöket tekintve, a legmagasabb, 3,3%-os érték a Kanadai Problémás Szerencsejáték Index (Canadian Problem Gambling Index) esetében mutatkozott (a problémás szerencsejáték mértéke 2,4%, míg a patológiás szerencsejátéké 0,8%). A DSM-IV alapú mérőeszközzel ugyanezek az értékek 1,9%, illetve 1,2%, míg a SOGS (South Oaks Gambling Survey) mérte a legalacsonyabb, 3%-os összesített értéket (a problémás játékszenvedély mértéke utóbbi esetben 1,2%, míg a patológiás játéké 1,8%).

Bár a kóros játékszenvedély a férfiak között kétszer gyakoribb (15), a nők esetében kifejezett emelkedő tendenciáról beszélhetünk (16): A férfi nemen kívül kockázati tényezőnek tekintjük az alacsony szocioökonómiai státuszt, a kisebbségi csoporthoz való tartozást (17, 18), a serdülőkort (15), a pszichiátriai problémákat (a pszichoaktív szerhasználatot is beleértve), valamint a bűnelkövető magatartást (19).

Ebből adódóan néhány speciális csoportban a kóros játékszenvedély előfordulási gyakorisága lényegesen magasabb, mint az általános populációban. *Shaffer és munkatársai* 119 angol nyelvű, 1997 előtt megjelent, az USA-ra és Kanadára vonatkozó epidemiológiai vizsgálat metaanalízise alapján 4 kategóriáról – (1) az általános felnőtt populációról; (2) a serdülőkről; (3) a főiskolai hallgatókról; valamint (4) a felnőtt elítéltek, a pszichiátriai kezelték és a drogfogyasztók együttesen tárgyalt csoportjáról – nyújtanak információt (15). Eredményeik szerint a *serdülők* körében mind a problémás, mind a patológiás játék elterjedtebb, mint a felnőttek körében. Előbbiek életprevalencia értékei 9,45% és 3,88%, míg a felnőttek körében 3,85% a problémás és 1,6%-os a patológiás játékszenvedély elő-

fordulása. *Stinchfield* a Minnesota Student Survey keretében vizsgált serdülőknél ($n=78\ 582$) a *kisebbségekhez tartozók* nagyobb arányú szerencsejáték aktivitását tapasztalta (20).

A szerencsejátékkal kapcsolatos problémák a fiúknál gyakoribbak, súlyosabbak. A felnőttekhez képest a serdülőknél jellemzőbb, hogy alkohol- és droghasználat (mindkét nemnél), illetve diszfória, depresszió (lányoknál) társul a játékszenvedélyhez. A patológia korábbi kezdete súlyosabb lefutást és több negatív következményt feltételez (21). Minél súlyosabb a játékszenvedély mértéke, annál inkább jellemző az egyéb kockázati magatartások megjelenése. Ilyen lehet például a dohányzás, az alkohol- és droghasználat, az ittas vezetés, a fegyverbirtoklás, a verekedés stb. (22).

Több mint 2000 serdülő bevonásával végzett kutatásuk alapján *Bergevin és munkatársai* a problémás játékszenvedély és a jelentős negatív életesemények közötti kapcsolatra, valamint a feladatorientált megküzdéssel szemben az *elkerülő coping stílus dominanciájára* hívják fel figyelmet (23). A szerencsejátékos fiúk inkább hajlamosak az érzelmközpontú megküzdésre, mint nem játszó társaik.

Pszichiátriai betegek egy 105 fős heterogén mintáján *Lesieur és Blume* 6,7%-os patológiás játékszenvedélyt azonosított (24), míg egy közelmúltban megjelent közlemény szerint a pszichiátriai járóbetegek 2%-a számolt be arról, hogy valaha kóros játékszenvedély jellemezte (25). A *pszichoaktív szerhasználók* fokozott érintettségét számos tanulmány jelzi. *Cunningham-Williams és munkatársai* például a problémás játék 22%-os, míg a kóros játékszenvedély 11%-os előfordulását jelezte szerhasználó mintán (26).

Az *elítéltek* megközelítőleg 33%-a problémás vagy kóros szerencsejátékos, ez a legmagasabb előfordulási arány a vizsgált populációk közül. Ennek oka, hogy esetükben az egyes, fent tárgyalt rizikótényezők hatása összeadódik, hiszen ebben a populációban felülreprezentáltak a fiatalok, a férfiak, a kisebbségi csoportok tagjai, a drogfogyasztók és az antiszociális személyiségek. Továbbá, a patológiás játékosok jelentős része bűncselekményeket is elkövet a játék finanszírozása érdekében (19). A felnőtt pszichi-

átriai kezeltek és bűnelkövetők együtt vizsgált mintájában a problémás játék élettartam prevalenciája 15,01%, a patológiás játéké 14,23% (15).

Az átlagpopulációhoz képest a *kaszinó alkalmazottak* (27) és az *idősek* (28) is fokozott kockázati csoportot alkotnak.

Betegségelfolyás

A kórkép krónikus, progresszív folyamat, absztinens és kontrollvesztett időszakok váltakozásával. Férfiaknál kora serdülőkorban, nőknél később indul, ugyanakkor nőknél a betegség kialakulása, súlyosabbá válása gyorsabb (16).

Korábbi elemzések alapján (8), *Blume* az alábbi négy fázist különíti el a kóros játékszenvedély lefolyásában (29).

A nyereség szakasza: a betegek egy részénél a játék jelentős nyereséggel indul, s e kezdeti megerősítést követően gyorsan kialakulhat a tolerancia és a kontrollvesztés. Ez az időszak a győzelem, az erő, a gazdagság, az onnipotencia érzését kölcsönzi a játékosnak. A nyereségek felnagyítása mellett a veszteségek tagadása, degradálása vagy racionalizálása is jellemző.

A veszteség szakasza: ez a szakasz gyakran egy nem várt veszteséggel indul. A veszteség élménye azonban a szenvedélybeteg játékosnál speciális. Míg egy átlagos szerencsejátékos számára a veszteség kellemetlen, szorongás- és stresszteli élmény, addig a szerencsejátékszenvedélybeteg *narcisztikus csapásként* éli meg a veszteséget. Az onnipotens érzések csökkenhetnek, megkezdődik a veszteség „hajszolása”, azaz a kényszeres törekvés a veszteségek visszanyerésére. Ezzel párhuzamosan jellemzővé válik a játékszenvedély titkolása is, ugyanakkor rendszeressé válnak a kölcsönök, s megkezdődik a saját vagy a család anyagi tartalékainak a felélése, a különböző értéktárgyak eladása.

A kétségbeesés szakasza: mivel e betegségfázisban az anyagi lehetőségek már kimerültek, a pénzszerzés már csak immorális és/vagy illegális úton történhet, miközben újra és újra visszatér az irreális hit a jövő nagy nyereségben.

A reménytelenség szakasza: a játékos nem kergeti tovább a „mindent visszanyerek” irreális

fantáziáját. A szerencsejáték fennmaradhat még, de már csak az „akcióban lét” a fontos.

A játékszenvedély következményei

Noha a patológiás mértékű és jellegű szerencsejáték az élet számos területén károsodást, funkcióromlást eredményez, e következmények nem minden esetben különíthetők el egyértelműen a komorbid zavarok hatásaitól. E hanyatlás észlelhető a fizikai és mentális egészség, az életminőség terén (30). A zavart szomatikus tünetek, mint gasztrointesztinális, illetve szívpanaszok, magas vérnyomás, inszomnia és fejfájás kísérheti (31). Gyakori a pszichés problémákkal való társulás; ingerlékenység, a koncentráció zavara, pszichoaktív szer-használat, szorongás- és hangulatzavarok, öngyilkossági kísérlet a legjellemzőbb problémák (32–34).

A családi életet vizsgálva a szakirodalom elsősorban a diszharmonikus családi miliót, a válást, a gyermekek fizikai bántalmazását és a hozzátartozók pszichés panaszait emeli ki (35, 36). Emellett, jellemző a munkahelyi feladatok nem megfelelő ellátása, a csökkent hatékonyság, a gyakori hiányzások, az állásvesztés, illetve az előbbiekkal összefüggésben a pénzügyi összeomlás (37), illetve a kriminális magatartás (38). Mindez természetesen jelentős társadalmi költséggel jár (37, 39).

A szerencsejátékok típusai

Valamennyi szerencsejáték esetében központi szerepet játszik a lehetséges pénznyeremény. Maguk a tevékenységek azonban nagyon különböző jellegűek, jelentős eltéréseket mutatnak a szükséges készségek, ismeretek, tapasztalatok vagy épp a játék társas vagy magányos volta szempontjából. A szerencsejátékok közül egyesek *stratégiai játéknak* (pl. kutya- és lóverseny, kártya, sportfogadás, kockajáték, rulett), míg mások *nem stratégiai játéknak* (pl. játékautomata, lottó, kenő) tekinthetők. A stratégiai játékoknak megfeleltethetők a *szemtől szembeni játékok* (pl. kártya, kockajáték), illetve a nem stratégiai

játékokhoz
aktív játé
juk (40).
adja, hog
típusoka
nemek s
zók egya

A szere

Pszicho

A szere

írása az

Bergler

rencsej

dimenz

lönít el

tenciáv

ciákka

lemzi.

valóság

zöleg,

teségg

nyern

a férfi

káció.

vágyr

nin t

vetke

szexu

míg

téko.

Bá

sérlé

cep

szel

szel

ső é

me

an

me

éln

no

sz

id

ko

játékokhoz az *interperszonálisan kevésbé interaktív játékokat* (pl. játékautomata) kapcsolhatjuk (40). A megkülönböztetés relevanciáját az adja, hogy az egyes személyek különböző játéktípusokat részesítenek előnyben. E tekintetben nemek szerinti és személyiségbeli meghatározók egyaránt kimutathatók.

A szerencsejátékosok tipológiai

Pszichológiai típusok

A szerencsejátékosok típusainak legkorábbi leírása az analitikus *Bergler* nevéhez fűződik (41). *Bergler* a tudattalan vesztségi vágyat tekinti a szerencsejáték fő komponensének, azonban egyéb dimenziók mentén négy különböző típust különít el. A *klasszikus játékost* agresszív omnipotenciával, mazochisztikus, önbüntető tendenciákkal, valamint a valóság elleni lázadással jellemzi. Ez a típus semmiképp nem néz szembe a valósággal, nem ismeri el betegségét; ellenkezőleg, bár sorra szenved el a traumákat és veszteségeket, meg van róla győződve, hogy egyszer nyerni fog. A második csoportba *Bergler* azokat a férfi játékosokat sorolja, akik feminin identifikációjuk következtében tudattalanul vereségre vágnak. Esetükben a veszteség a passzív feminin típus szexuális örömének felel meg. A következő típust az ezen feminin jellegű, passzív szexuális fantáziák ellen védekező játékosok, míg a negyedik csoportot az *izgalommentes játékosok* alkotják.

Bár a 70-es évektől kezdve számos további kísérlet született (pl. [42]), mégis egy frissebb koncepció, *Lesieur* tipológiája bizonyult klinikai szempontból az egyik leghasznosabbnak (43): a szerző *impulzív menekülő*, *impulzív akciókereső* és *normál problémás* típusokat azonosított. A menekülők a szerencsejáték által felejtnek, annak segítségével enyhítik a számukra kellemetlen érzelmeiket és csökkentik a fájdalmas élmények hatását. Ez a csoport a repetitív, monoton, magányos játékokat részesíti előnyben, szemben a stratégiai, versengő játékokkal. Az ide sorolható játékosok elsősorban nők, a játékot idősebb korban kezdik és preferált játékaik

közé a játékautomata, a videó póker, a bingó és a lottó tartozik. Ezzel szemben az akciókeresők inkább férfiak, akik a versengést, a speciális tudást és készségeket igénylő játékokat részesítik előnyben, továbbá számukra a szerencsejáték fontos eleme az átélt izgalom. Kaszinó, kártyajátékok, sportfogadás, lóverseny tartoznak kedvelt játékformáik közé. A szerencsejáték és a problémás szerencsejáték kezdete esetükben korábbi életkorra tehető.

A játékosok személyiségjegyei alapján *Blaszczynski és Nower* szintén három típus elkülönítését javasolja (44). Elképzelésük szerint az *emocionálisan sérülékeny* problémás játékosok elsősorban az érzelmileg fájdalmas tapasztalataiktól menekülnek, jellemző esetükben a pre-morbid szorongásos, illetve depresszív tünetek jelenléte, a gyenge megküzdési képességek, valamint a kedvezőtlen családi háttér. Az *antiszociális impulzív* csoportot a szerencsejátékban impulzivitásuk és élménykeresésük vezérli. A szerzők biológiai és pszichoszociális vulnabilitás szerepét feltételezik, továbbá egyéb pszichopatológia – elsősorban antiszociális személyiségzavar, impulzivitás, pszichoaktív szerabúzus – jelenlétét írják le. A *viselkedésesen kondicionált* problémás játékosok esetében az említett pszichés vagy biológiai sérülékenység, illetve impulzivitás nem, a kondicionálás, a kognitív torzítások és a döntéshozatal terén jelentkező problémák azonban kiemelt szerepet játszanak. A szerzők típusonként eltérő pszichológiai sajátosságokat és kezelési szükségleteket feltételeznek, amelyeket azonban empirikus úton nem kíséreltek meg igazolni.

A patológiás szerencsejáték háttérében megbúvó különböző dimenziók azonosítására *Ledgerwood* és *Petry* tett empirikus kísérletet (45), akik faktoranalízis módszerét alkalmazva három, a *Blaszczynski és Nower* által feltételezett típusoknak megfeleltethető, azok tartalmával összhangban álló faktort azonosítottak.

1. Az első faktor a szerencsejáték azon funkcióját írja le, ami a fájdalmas tapasztalatoktól, negatív érzelmektől való *menekülésre* utal. Ez a faktor valószínűbben jellemzi a nőket, mint a férfiakat.

2. A második faktor fő jellemzője a *disszociá-*

ció elérésének lehetősége, amely élmény által a játékos térben-időben eltávolodhat a valóságtól.

3. Végül, az elsősorban férfiakra jellemző *egoizmus* faktor esetében a játék háttérében a narcizmus, az impulzivitás, a nyereség, a dominancia szükséglete jelenik meg.

244

Dannon és munkatársai kutatásaik alapján (13) a patológiás játékosok három típusát különböztették meg, komplex leírást adva róluk. Az *impulzív típusba* túlnyomóan fiatal férfiak kerülnek, akik játékszenvedélye súlyosabb fokú. Az e csoportba tartozó szerencsejátékost magas kockázatkeresés és a tervezés képességének hiánya jellemzi. Így pl. gyakori, hogy egyszerre nagyobb összegeket veszít. Esetében figyelemhiányos zavar, pszichoaktív szer dependencia, egyéb impulzuskontroll zavar társul a játékszenvedélyhez. Elsőfokú rokonai között nagyarányú a kóros játékszenvedély és a kémiai addikciók előfordulása. A szerzők által feltételezett a frontális lebeny és a végrehajtó funkciók érintettsége. Farmakológiai kezelésként a bupropiont vagy hangulatstabilizátorokat javasolják a szerzők. Az *obszesszív-kompulzív típusra* női dominancia jellemző, a zavar az impulzív típushoz képest később kezdődik; pszichés trauma, pl. válás vagy üres fészek szindróma előzi meg. Gyakori a társuló hangulat- és szorongásos zavar, ezért antidepresszívumok (SSRI, SNRI) alkalmazása javasolt. Az inkább férfiakra jellemző *addiktív típus* alkotja a legnagyobb csoportot. A játékszenvedély ennél a csoportnál mérsékelt fokú, magas ugyanakkor a drog- és alkoholfüggőség előfordulása. Feltételezhető a jutalmazó rendszer érintettsége, így megfelelő kezelési módként kínálkozik e csoportnál az opiát antagonisták alkalmazása.

Stewart és munkatársai 158, szerencsejáték folytatása közben rendszeresen alkoholt fogyasztó játékos kérdőíves vizsgálata nyomán a szerencsejáték tevékenység motivációs háttérét szándékozták feltárni (46). Eredményeik szerint az affektív motiváció, az érzelmszabályozás jellege alapján egyesek a játék nyújtotta élmény által pozitív érzelmeiket *fokozzák*, míg másokat – akik bár pozitív érzelmeiket is fokozzák – elsődlegesen a negatív érzelmek elkerülése, az azokkal való *megküzdés* vezérel. A szerzők által

leírt harmadik, *mérsékelt érzelmszabályozó* motivációs dimenzió esetében a szerencsejáték folytatásának oka eltér a direkt érzelm-befolyásolástól, s következményeként a szerencsejáték intenzitása és kóros volta enyhébb fokú.

Stewart és munkatársai eredményeiket többek között a már említett *Lesieur* (43), illetve *Blaszczynski és Nower* (44) típusaival veti egybe, amely összehasonlítás alapján egy menekülő, negatív érzelmi állapotaitól szabadulni kívánó, a szerencsejátékot a belső kellemetlen élmények elnyomására használó és egy impulzív, élménykereső kategória rajzolódik ki, míg harmadik típusként egy normál, viselkedésesen kondicionált, a fenti vagy egyéb speciális motivációkkal nem jellemezhető csoport körvonalazódik. A menekülő, illetve az impulzív jelleg az újabb, *Ledgerwood és Petry-féle* (45) funkciókban, illetve *Dannon és munkatársai* (13) tipológiájában is megjelenik, azonban ezekben a vizsgálatokban a harmadik konstruktum egyértelmű tartalmat kap: a disszociáció élményének keresése, valamint a kémiai addikciók társulása a módosult tudatállapot átélése iránti igényként értelmezhető.

Játékpreferencia szerinti típusok és jellemzőik

A legtöbb patológiás játékos rendelkezik egy adott szerencsejátékra vonatkozó *preferenciával*, amely egyben a legproblematikusabb számára. A kutatások zöme mégsem differenciál a domináns játék típusa szerint, hanem a játékosokat mint homogén csoportot kezeli, vagy egyetlen alcsoportjukat jellemzi. Ugyanakkor, még ha csak néhány tanulmány erejéig is, de rendelkezünk arra vonatkozó adatokkal, hogy a szerencsejátékok különböző formáit bizonyos demográfiai, illetve pszichés mutatók mentén eltérő játékos típusok üzik. *Cocco, Sharpe és Blaszczynski* 12 problémás pókerautomata játékos és 13 problémás lóverseny játékos szorongása, preferált arousalszintje és szerencsejátékkal kapcsolatos motivációik kérdőíves vizsgálatát végezték el (47). Eredményeik szerint a *pókerautomata játékosok* a lóversenyen fogadókhöz képest szorongóbbak és gyakrabban kerülnek

az arousal emelkedést. A *lóversenyen fogadók* ezzel szemben magasabb arousalszintet preferálnak és esetükben a szerencsejáték e kívánatos izgalmi szint elérésének egy lehetséges eszköze.

Kroeber 46 excesszív szerencsejátékos adatait elemezve úgy találta, hogy a *játékautomata játékosok* a rulettjátékosokhoz képest korábban kezdik a játékot (19 évesen, szemben a rulettjátékosok átlagosan 30 éves kezdésével), esetükben a depresszív tünetek gyakoribbak és szocioökonómiai státuszuk alacsonyabb (48). A *rulettjátékosok* vizsgálata több esetben mutatott személyiségzavarra (elsősorban nárcisztikus zavarra) utaló jeleket, míg az antiszociális magatartás, a problémás játékot megelőző bűnözés mindkét csoportban gyakori volt.

Oliveira és Silva bingo, video póker játékosok és lóversenyen fogadók (n=171) szociodemográfiai adatait, szerencsejáték szokásait és alkohol-, illetve drogfogyasztását vetette össze (49). Míg a *bingo játékosok* egyéb szerencsejátékot nem játszanak és a *lóversenyen fogadók* esetében a fogadások gyakorisága alacsony mértékű, addig a *videó póker játékosok* mintája a vizsgált csoportok közül a legfiatalabb, és ők a leginkább hajlamosak egyéb szerencsejátékkal, különösen kártyával is játszani. A South Oaks Gambling Screen pontszáma esetükben magas, veszélyeztetett állapotot mutat a patológiás játék kialakulása szempontjából.

Kroeber, illetve *Oliveira és Silva* eredményeinek bizonyos részleteinek ellentmond *Petry* (14), aki retrospektív elemzésében a preferált szerencsejáték mentén öt csoportba sorolt, kezelésre jelentkező játékosok (n=347) szociodemográfiai és pszichiátriai jellemzőit vizsgálta South Oaks Gambling Screen és Addiction Severity Index alkalmazásával. Megállapította, hogy az eltérő szerencsejátékot játszóknak különbözőnek szociodemográfiai jegyeikben, valamint a szerencsejátékuk és egyéb pszichiátriai problémáik súlyosságában. A (1) *kutya- és lóversenyre fogadók* a szerző eredményei szerint kizárólag férfiak, idősebbek, s a legalacsonyabban iskolázottak. A rendszeres játék esetükben korán kezdődött, jelentős mértékű és sokat költenek rá. Szerhasználatuk ugyanakkor mérsékelt, a distressz, a szorongás és a memóriazavarok, az erőszakos

viselkedés féken tartása és az öngyilkossági gondolatok nagy arányban jellemzi őket. A (2) *sportfogadók* fiatal férfiak, közepes intenzitással és mérsékelt anyagi ráfordítással játszanak. Az alkoholfogyasztás mértéke közepes–magas, a distressz és az egyéb pszichiátriai probléma előfordulása azonban alacsony az esetükben. A (3) *kártyajátékosok* csoportjában a játékra fordított pénz és idő alacsony mértékű és a játék súlyossága is alacsony–mérsékelt fokú. Az alkohol- és egyéb pszichés problémák jelenléte nem jellemző ebben a populációban. A (4) *játékautomata játékosok* – szemben a fenti eredményekkel – általában idősebb nők, akik későbbi életkorban kezdenek játszani, és jelentős adósságokat halmoznak fel. Kismértékű szerfogyasztás és nagyarányú pszichés problémák jellemzik ezt a csoportot. A (5) *kaparós sorsjegyet vásárlók és a lottózók* költik a legkevesebbet szerencsejátékra, de ők játszanak a leggyakrabban. Komoly alkohol- és pszichés problémáktól szenvednek.

Összefoglalás

Az ismertetett vizsgálatok a fent idézett értelmezési keretek skálájából a szerencsejáték, mint heterogén zavar koncepcióját kívánják megerősíteni. Látható, hogy a játékpreferencia terén eltérő személyek egyéb jellemzőikben, így pl. életkorukban, a szerencsejáték kezdetében, intenzitásában, problémás voltában, szocioökonómiai státuszukban és társuló pszichés problémáik mértékében is különböznek. Ugyanakkor a játékpreferenciától függetlenül a szerencsejáték háttérében különböző motivációs bázisok, személyiségvonások, komorbid zavarok és kezelési lehetőségek bontakoznak ki e kutatások nyomán. A motivációs dimenziók és típusok összehasonlítása alapján ismétlődően egy menekülő, a pszichés diszkomforttól szabadulni kívánó, valamint egy impulzív, élménykereső kategória különíthető el. Harmadikként egy normál, viselkedésesen kondicionált, speciális motivációkkal nem jellemezhető csoport, illetve más megközelítésben egy negyedik csoport, a disszociáció élménye iránti fogékony személyek csoportja jelentkezik.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Demetrovics Zsolt részére megítélt Bolyai János Kutatási Ösztöndíja támogatta.

Irodalom

1. GRASYÁN E.
A játék neurobiológiája. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1983.
2. MÉREI F, V. BINÉT Á.
Gyermeleléktan. Budapest: Gondolat, 1970.
3. KELEMEN G.
A kóros játékszenvedély pszichológiája és kezelése. Szenvedélybetegségek. 1994;2(5):324-332.
4. KORMENDI A, KURITARNE IS.
Pathological gambling: review of the recent research trends. Psychiatr Hung. 2007;22(5):344-365.
5. NÉMETH A, CSORBA C, TÓTH A.
A kóros játékszenvedélyhez leggyakrabban társuló pszichiátriai kórképek. Addictologia Hungarica. 2005;4(3):349-56.
6. BOLEN DW, BOYD WH.
Gambling and the gambler. A review and preliminary findings. Arch Gen Psychiatry. 1968 May;18(5):617-630.
7. STUCKI S, RIHS-MIDDEL M.
Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update. J Gambli Stud. 2007 Jan 11.
8. LESIEUR HR, ROSENTHAL RJ.
Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). J Gambli Stud. 1991;7(1):5-39.
9. American Psychiatric Association.
DSM-IV. Text revision. A DSM-IV módosított szövege. Budapest: Animula Kiadó, 2001.
10. World Health Organization.
A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság 1994.
11. DEMETROVICS Z, KUN B.
Viselkedési addikciók. In: Demetrovics Zs. (szerk.) Az addiktológia alapjai I. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó 2007:133-225.
12. PALLANTI S, QUERCIOLO L, SOOD E, HOLLANDER E.
Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. J Clin Psychiatry. 2002 Jul;63(7):559-564.
13. DANNON PN, LOWENGRUB K, GONOPOLSKI Y, MUSIN E, KOTLER M.
Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2006;8(6):334-339.
14. PETRY NM.
A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. Addiction. 2003 May; 98(5):645-655.
15. SHAFFER HJ, HALL MN, VANDER BILT J.
Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1369-1376.
16. TAVARES H, ZILBERMAN ML, BEITES FJ, GENTIL V.
GENDER differences in gambling progression. J Gambli Stud. 2001;17(2):151-159.
17. WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC, PARKER J.
Gambling participation in the U.S.--results from a national survey. J Gambli Stud. 2002;18(4):313-337.
18. WELTE JW, BARNES GM, WIECZOREK WF, TIDWELL MC, PARKER JC.
Risk factors for pathological gambling. Addict Behav. 2004 Feb;29(2):323-335.
19. WILLIAMS RJ, ROYSTON J, HAGEN BF.
Gambling and problem gambling within forensic populations. A review of the literature. Crim Justice Behav. 2005;32(6):665-689.
20. STINCHFIELD R.
Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. J Gambli Stud. 2000;16(2-3):153-173.
21. DESAI RA, MACIEJEWSKI PK, PANTALON MV, POTENZA MN.
Gender differences in adolescent gambling. Ann Clin Psychiatry. 2005 Oct-Dec; 17(4):249-258.
22. PROIMOS J, DURANT RH, PIERCE JD, GOODMAN E.
Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students. Pediatrics. 1998 Aug; 102(2):e23.
23. BERGEVIN T, GUPTA R, DEREVENSKY J, KAUFMAN F.
Adolescent Gambling: Understanding the Role of Stress and Coping. J Gambli Stud. 2006 12.
24. LESIEUR HR, BLUME SB.
Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. Hosp Community Psychiatry. 1990 Sep;41(9):1009-1012.
25. ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I, YOUNG D.
Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients. J Gambli Stud. 2006 Jul 1.
26. CUNNINGHAM-WILLIAMS RM, COTTLER LB, COMPTON WM, SPITZNAGEL EL, BEN-ABDALLAH A.
Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. J Gambli Stud. 2000;16(4):347-376.
27. LEE TK, LABRIE RA, RHEE HS, SHAFFER HJ.
A study of South Korean casino employees and gambling problems. Occup Med. 2008 May;58(3):191-197.
28. MCNEILLY DP, BURKE WJ.
Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. J Gambli Stud. 2000;16(4):393-415.
29. BLUME SB.
Pathological Gambling. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, eds. Substance Abuse A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins 1997:330-337.
30. SCHERRER JF, XIAN H, SHAH KR, VOLBERG R, SLUTSKIE W, EISEN SA.
Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):677-683.
31. BERGH C, KUHLHORN E.
Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. J Gambli Stud. 1994;10:275-285.
32. el-GUEBALLY N, PATTEN SB, CURRIE S, WILLIAMS JV, BECK CA, MAXWELL CJ, et al.
Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. J Gambli Stud. 2006 Fall; 22(3):275-287.
33. HODGINS DC, MANSLEY C, THYGESEN K.
Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. Am J Addict. 2006 Jul-Aug;15(4):303-310.
34. NEWMAN SC, THOMPSON AH.
The association between pathological gambling and attempted suicide: findings from a national survey in Canada. Can J Psychiatry. 2007 Sep;52(9):605-612.
35. SHAW MC, FORBUSH KT, SCHLINDER J, ROSENMAN E, BLACK DW.
The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. CNS Spectr. 2007 Aug;12(8):615-622.
36. WENZEL HG, OREN A, BAKKEN JJ.
Gambling problems in the family--a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. BMC Public Health. 2008;8:412.
37. OLIVEIRA MP, SILVEIRA DX, SILVA MT.
Pathological gambling and its consequences for public health. Rev Saude Publica. 2008 Jun;42(3):542-549.
38. MEYER G, STADLER MA.
Criminal Behavior Associated with Pathological Gambling. J Gambli Stud. 1999;15(1):29-43.
39. SHAFFER HJ, KORN DA.
Gambling and related mental disorders: a public health analysis. Ann Rev Public Health. 2002;23:171-212.
40. POTENZA MN, STEINBERG MA, MCLAUGHLIN SD, WU R, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS.
Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. Am J Psychiatry. 2001 Sep;158(9):1500-1505.
41. BERGLER E.
The gambler. J Journal of Clin Psychiatry.
42. ROSENTHAL RJ.
The role of me pathological g between rese Electronic Jou http://www.c pdf/EJGI-Issu
43. LESIEUR HR.
Cluster analy pathological of Profession

41. BERGLER E.
The gambler: A misunderstood neurotic.
Journal of Criminal Pathology. 1943;4:379-393.
42. ROSENTHAL RJ.
The role of medication in the treatment of pathological gambling: Bridging the gap between research and practice. *eGambling The Electronic Journal of Gambling Issues*. 2004; <http://www.camh.net/egambling/archive/pdf/EJGI-Issue10/ejgi-issue10-roenthal.pdf>.
43. LESIEUR HR.
Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers: Massachusetts School of Professional Psychology; 2001.
44. BLASZCZYNSKI A, NOWER L.
A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002 May; 97(5):487-499.
45. LEDGERWOOD DM, PETRY NM.
Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Res*. 2006 Sep 30;144(1):17-27.
46. STEWART SH, ZACK M, COLLINS P, KLEIN RM.
Subtyping pathological gamblers on the basis of affective motivations for gambling: relations to gambling problems, drinking problems, and affective motivations for drinking. *Psychol Addict Behav*. 2008 Jun;22(2):257-268.
47. COCCO N, SHARPE L, BLASZCZYNSKI AP.
Differences in preferred level of arousal in two sub-groups of problem gamblers: a preliminary report. *J Gambl Stud*. 1995;11(2):221-229.
48. KROEBER HL.
Roulette gamblers and gamblers at electronic game machines: where are the differences? *J Gambl Stud*. 1992;8:79-92.
49. OLIVEIRA MP, SILVA MT.
A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *J Gambl Stud*. 2001;17(2):137-149.