



---

*RESPONDING TO HUMAN VULNERABILITY: FROM THE INDIVIDUAL TO  
COLLECTIVE HEALTH*

---

**A FUNCTIONAL MODEL  
OF PATHOLOGICAL GAMBLING DEVELOPMENT**

**Svetoslav Kirilov<sup>1</sup>, Sezgin Bekir<sup>2</sup>, Dilyana Bondokova<sup>3</sup>**

<sup>1,3</sup>*Solidarnost Association for Rehabilitation of Addicted People*

Bulgaria, 18 Carnegie St., 1142 Sofia

<sup>2</sup>*Department of Psychology  
Institute for Population and Human Studies  
Bulgarian Academy of Sciences*

Bulgaria, Sofia 1113, 6 Akad. Georgi Bonchev Str. floor 5

[sp.kirilov@gmail.com](mailto:sp.kirilov@gmail.com);  
[sezgin.bekir@iphs.bas.bg](mailto:sezgin.bekir@iphs.bas.bg)

**Abstract.** *This article presents a concise functional model of pathological gambling development, incorporating the most significant factors in its occurrence, the phases of symptom progression, and the self-reinforcing cycles of gambling behavior. The proposed model is based on observations and summarized clinical experience a small sample of patients (41 men and one woman from 19 to 51 years old), all diagnosed with pathological gambling and participating in a specialized rehabilitation program for individuals with gambling addiction. The model includes three phases: the personality formation phase; the phase of developing attitudes and expectations related to gambling behavior; and the phase of symptom manifestation and maintenance. Specific contributing factors - such as defense mechanisms and life events, that serve as prerequisites for the emergence of problematic gambling behavior are analyzed and summarized. The presented model enhances understanding of the mechanisms underlying the formation and progression of pathological gambling. The systematized key factors and interactions provide guidance for professionals working in this field and may be useful for improving existing rehabilitation and prevention programs or creating new ones.*

**Keywords:** psychodynamic approach; personality; addiction; defense mechanisms.

THE ARTICLE CAN BE CITED AS FOLLOWS:

**Kirilov, Sv., Bekir, S., Bondokova, D.** (2025). A Functional Model of Pathological Gambling Development. [Функционален модел за развитие на патологично влечение към хазарт]. *Psychological Research (in the Balkans)*, Volume 28, Number 1, 64-75. ISSN 2815-4797 (Print), ISSN 2815-4800 (Online). DOI: <https://doi.org/10.7546/PsyRB.2025.28.01.05> (in Bulgarian).

© Svetoslav Kirilov, Dilyana Bondokova, Sezgin Bekir, 2025

Submitted – 05 March 2025

Revised – 30 May 2025

Published – 30 June 2025

The authors have read and approved the final manuscript.

# ФУНКЦИОНАЛЕН МОДЕЛ ЗА РАЗВИТИЕ НА ПАТОЛОГИЧНО ВЛЕЧЕНИЕ КЪМ ХАЗАРТ

Светослав Кирилов<sup>1</sup>, Сезгин Бекир<sup>2</sup>, Диляна Бондокова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Клиничен психолог, директор на Асоциация за рехабилитация на зависими „Солидарност“ и ръководител на първата в страната специализирана програма за хора със зависимост към хазарт.

ул. Карнеги 18, 1142 гр. София  
sp.kirilov@gmail.com

<sup>2</sup> Департамент Психология  
Институт за изследване на населението и човека  
Българска академия на науките

<sup>3</sup> Клиничен психолог  
Асоциация за рехабилитация на зависими „Солидарност“

София 1113, ул. Акад. Г. Бончев, бл. 6, ет. 5  
sezginbekir@iphs.bas.bg

**Резюме.** Настоящата статия представя кратък функционален модел за развитие на патологичното влечение към хазарт, който включва най-значимите фактори за неговото възникване, фазите на протичане на симптомите, както и логически затворените цикли на хазартното поведение. Предложеният модел е изведен в резултат от наблюдения и обобщен клиничен опит от малка извадка от пациенти (41 мъже и една жена от 19 до 51 години), диагностицирани с патологично влечение към хазарт и участвали в специализирана програма за рехабилитация на хора с хазартна зависимост. Представен е функционален модел от три фази: фаза на формиране на личността, фаза на изграждане на нагласа и очаквания от хазартното поведение и фаза на проява и поддържане на симптомите. Направен е анализ и обобщение на конкретните фактори (защитни механизми и житейски събития), които са предпоставка за проява на проблемно хазартно поведение. Представеният модел допринася за задълбочаване на разбирането относно механизмите, стоящи в основата на формирането и развитието на патологичното влечение към хазарт. Систематизираните в модела ключови фактори и взаимодействия очертават насоки за работа на специалистите в областта на хазартната зависимост и могат да бъдат полезни за надграждане на съществуващи и изготвяне на нови програми за социална рехабилитация и превенция.

**Ключови думи:** психодинамичен подход; личност; зависимост; защитни механизми.

## Теоретични предпоставки

През последните години се наблюдава широко разпространение на хазартните игри в различни форми, като се отчита стабилно и устойчиво нарастване освен на броя на казината, регистрираните сайтове за онлайн залагания и различните видове лотарийни игри, също така и на реализираните печалби от хазартни игри (АИИБ, 2024<sup>1</sup>). Въпреки че хазартът не е ново явление и се среща в почти всички култури, независимо в коя част на света се намират (Custer & Milt, 1985), през последните десетилетия значително се повишава интересът на учените към причините за въз-

никване на влечение към хазарт поради сериозните негативни социални, финансови и здравни последици за играчите (Calado & Griffiths, 2016; Raylu & Oei, 2002). Хазартът най-общо може да се опише като дейност, свързана с влагане на определени ценности (пари или друг вид активи) в игра, събитие или залог от всякакъв вид, която има непредвидим резултат или резултатът се определя от случайни фактори. Хазартната игра винаги е свързана с поемане на риск и усещане за несигурност, тъй като има залагане на нещо ценно с надеждата да се спечели нещо с по-голяма стойност (Potenza 2008). Продължителното залагане на средства в различни хазартни дей-

<sup>1</sup> Асоциация на игралната индустрия в България. (2024). Обзор на игралната индустрия в България 2024. [https://agib.bg/wp-content/uploads/industryreport\\_2024\\_web.pdf](https://agib.bg/wp-content/uploads/industryreport_2024_web.pdf).

ности може да доведе до развитие на хазартна зависимост, която според Международната класификация на болестите се разглежда като психично разстройство на навиците и влеченията и поставяне на диагноза „патологично влечение към хазарт“ (МКБ-10, 1998). Патологичното влечение към хазарт (ПВХ) е прогресивно и хронично разстройство, което се характеризира с често повтарящи се и неустойими импулси за хазартна игра, доминира в живота на хазартно зависимия и нарушава неговия личен, семеен и/или професионален живот. Лицата с най-тежка форма на патологичното хазартно поведение имат сериозни нарушения в личното и социалното си функциониране, преживяват значителен физиологичен, психичен и емоционален стрес, натрупват много дългове и значителни финансови загуби, срещат се с проблеми в семеен и трудов контекст, като най-краен израз на това поведение се проявите на суицидни намерения и опити (Oei & Gordon 2008; Petry 2005).

В литературата се срещат три основни взаимозаменяеми термина, свързани с хазартното поведение: „проблемно хазартно поведение“, „компулсивно хазартно поведение“ и „патологично влечение към хазарт“, като относително малко са систематичните изследвания за развитието на хазартната зависимост (Raylu & Oei, 2002:1010). Понятието „проблемно хазартно поведение“ има по-широк смисъл и се използва за описание на играчи, които се намират в по-ранен етап от развитието на влечението към хазарт и не покриват всички диагностичните критерии за поставяне на диагноза съгласно приетите стандарти в Международната класификация на болестите. Терминът „компулсивно хазартно поведение“ се използва по-често от професионалистите в областта за хазартните зависимости, за да се подчертае намаленият контрол над импулсите и преживяването на вътрешна принуда за игра, независимо от негативните последици. Понятието „патологично влечение към хазарт“ се използва предимно от клинични специалисти и представлява диагноза за наличие на психично разстройство на навиците и влечението, като в тази група попадат всички играчи, които покриват общите и специфични диагностични критерии в МКБ-10 (Raylu & Oei, 2002).

Развитието на хазартната зависимост най-често започва през юношеството или ранна-

та зряла възраст, но данните показват, че влечение към хазарт може да възникне в средна или дори в по-късна възраст (Choliz, Marcos & Bueno, 2022; Delfabbro, King & Derevensky, 2016). Обикновено хазартната зависимост се развива в продължение на няколко години, като при жените това се случва по-бързо във времето (Karlsson et al., 2021). Редица фактори, свързани със семейна и социална среда, личностни характеристики и генетична обремененост, оказват влияние върху възникването на ПВХ (Calado & Griffiths, 2016). ПВХ често се свързва с влошено физическо и психическо здраве, като се наблюдава коморбидност с други психични разстройства, например зависимост към психоактивни вещества, депресия, тревожни разстройства и разстройства на личността (Karlsson et al., 2021). При някои хора различни разстройства предшестват ПВХ и присъстват по време на проявата му, докато при други самото ПВХ може да предшества или провокира тревожни разстройства и зависимост към вещества. Изследванията свидетелстват, че 93% от постъпилите за лечение патологични играчи отговарят на критериите за поне едно разстройство на личността, като антисоциалното, нарцисичното и граничното разстройство на личността са възможни медиатори на сериозността на проблемите с хазарта (Bagby et al., 2008; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004, Blaszczynski & Steel, 1998). Резултатите от сравнителен международен метаанализ показват, че проблемите с хазарта в период от една календарна година засягат от 0,12% до 5,8% от населението в различните страни по света, като за Европа засегнатото население е от 0,12% до 3,4% (Calado & Griffiths, 2016). Авторите посочват, че ПВХ през целия живот засяга от 0,4% до 1% от населението, като процентът на засегнатите мъже е три пъти по-голям от процента на жените. Данни на Националната информационна линия за наркотиците, алкохола и хазарта показват промяна в тенденцията на лицата с проблеми, търсещи контакт и помощ. Ако през 2019 година контактите, свързани с хазарт, са били 19% от всички обаждания, т.е. на второ място след тези, свързани с алкохол (26%), то през 2024 година тази тенденция е променена, като на първо място са обажданията за проблеми с хазарта (31%) и на второ място с 24% са контактите, свързани с употреба на алкохол (НИЛНАХ<sup>2</sup>, 2024). Въпреки сериозните последици от

<sup>2</sup> Национална информационна линия за наркотици, алкохол и хазарт. (2024). Отчет за дейността през 2024 година. <https://www.drugsinfo-bg.org/mfls/Godishen-otchet-NILNAH-2024.pdf>.

патологичното хазартно поведение, повечето участници обаче възприемат хазартните игри като форма на релаксираща дейност и пренебрегват бъдещите негативни последици от това проблемно поведение (Ashley & Boehlke, 2012).

Хазартното поведение в повечето случаи се разглежда като вид рисково или антисоциално поведение, което в известна степен се детерминира от личностни характеристики като нисък самоконтрол, импулсивност и търсене на силни усещания (напр. Mishra, Lalumiere & Williams, 2017). Прегледът на литературата в областта обаче показва, че множество фактори оказват влияние върху възникването на влечение към хазарт и формиране на хазартно поведение (Calado & Griffiths, 2016) като например семейна среда и влияние на родителите (Raylu & Oei, 2002), индивидуални (пол, възраст, генетична предразположеност) и личностни характеристики, основно свързани със самоконтрол, самооценка и импулсивност (Ashley & Boehlke, 2012; Petry, 2001), условия на социалната среда, регулация и достъпност на игрите (Blaszczynski & Nower, 2002). Някои автори също така подчертават важната роля и на определени защитни механизми като проекция, идеализация, обезценяване, всемогъщество и отричане, които са най-често срещани при патологичните играчи (Rosenthal, 1986). Според Розентал (1986) съществува значима връзка между защитните механизми и проявата на отношение и взаимодействие на патологичните играчи със средата, както и връзка между защитните механизми и симптомите на хазартно поведение. Не е учудващо, че той определя една от тези защити като особено значима и типична за тези хора по следния начин: „Най-важната защита в репертоара на патологичния комарджия е всемогъществото. Да се преживяваш като всемогъщ или всемогъщ, е преди всичко самоизмама, тъй като името предава точно обратното на това, което всъщност означава. Всемогъществото може да се определи като илюзия за сила, която е защита срещу чувство за безпомощност.” (Rosenthal, 1986: 110).

В литературата са описани различни теоретични модели за формирането и развитието на патологичното хазартно поведение, които изследват и поставят акцент на различни предпоставки за неговото проявление и поддържане. Ще разгледаме накратко два от най-широко използваните обяснителни модели за възникване и протичане на патологичното влечение към хазарт.

Моделът на Х. Лезиер и Р. Къстър (Lesieur and Custer, 1984:151) описва три фази при раз-

витието на патологичното влечение към хазарт, а именно: печалба, загуба и отчаяние. В първата фаза „печалба“ според авторите отделният индивид (играч) се запознава с хазарта като приятно занимание за свободното време, което е съпроводено с преживяване на положителни емоции. Наблюдава се повишаване на самооценката и преживяване на удоволствие от залагането. Реализираните печалби се възприемат като резултат от лични умения и способности, което подсилва увереността в собствената компетентност и изградена система за игра. В същото време загубите се приписват на външни обстоятелства като лош късмет, лоша система или на инциденти и измами от страна на други хора. По време на тази фаза хазартната игра се възприема като развлечение, печалбите се залагат отново, загубите се рационализират, започват да се трупат заеми, ощетява се семейният бюджет и се разширяват видовете хазартни игри, в които се залага. Втората фаза, наречена „загуба“, се характеризира с наличието на убеждение, че преследването на загубите е добра стратегия, която вече е довела до успех по време на първата фаза (Lesieur and Custer, 1984). Повишава се сумата на дължимите заеми и кредити, което бързо води до натрупване на нови финансови проблеми. Взаимоотношенията с близките се напрягат, самооценката се понижава и играта на хазарт се превръща във възможност за избягване на негативните преживявания. В опит да възстановят все по-големите загуби, играчите прекарват повече време в игра и пренебрегват други задължения като работа и семейство, създават се нови приятелства с хора, които са въвлечени в различни хазартни дейности. Към края на тази фаза се натрупват множество финансови проблеми, все по-чести стават конфликтите с близките. Играчите започват да обещават, че ще спрат да играят, често губят работата си, но остават убедени, че могат да покрият дълговете си с печалбите от хазартни игри. В третата фаза, наречена „отчаяние“, играещият хазарт развива обесивни мисли като например „трябва да изляза на нула“ и „ще изплатя всичките си дългове“ (Lesieur and Custer, 1984:153). Залагането в различни игри се превръща в ежедневна дейност. На този етап все по-трудно става намирането на средства чрез нови заеми, настъпва отчуждаване в семейството и се поемат все по-големи рискове чрез ирационални залагания. В тази фаза играчите стават неспокойни, тревожни, раздразнителни. Нарушават се обичайни ежедневни дейности и функции като работа, хранене, социални контакти, сън и др. Под натиска

на близките обикновено се търси професионална помощ. Ако това не се случи, постепенно се появява физическо и психическо изтощение, а под натиска на неизплатените заеми - чувство на безнадеждност и безпомощност. Възможно е да настъпят депресивни епизоди, суицидни мисли и в някои случаи суицидни опити (Oei & Gordon 2008; Lesieur and Custer, 1984).

Детайлен интегриран модел на пътеките за развитие на проблемна игра на хазарт се предлага от А. Блашчински и Л. Ноуър (Blaszczynski & Nower, 2002). Авторите представят многофакторен модел, който обединява различни биологични, личностни, развитийни и когнитивни фактори, както и фактори на средата и моделите на учене в обща теоретична рамка. Постулират се идеи за три основни пътя за развитие на патологичното влечение към хазарт, като всеки един от тях е свързан със специфични фактори на уязвимост, демографски особености и етиологични процеси (Blaszczynski & Nower, 2002:491). Първият път за формиране на патологично влечение към хазарт включва поведенчески обусловени хазартни играчи. Като причина за появата на влечение към хазарт се посочват наличието на множество възможности за игра и тяхната достъпност. Тази група играчи флукутират между ексцесивна и редовна игра, като по този начин преживяват субективна и физиологична възбуда води до формиране на ирационални убеждения и илюзорно чувство за контрол над импулсите за игра. Изгражда се обичаен модел на игра с цел преследване на печалба и избягване на загубите, които стават все по-чести. Като резултат от развитието по този път, играчите формират проблемно и патологично влечение към хазарт (Blaszczynski & Nower, 2002:492).

Вторият път за развитие на хазартна зависимост е свързан с емоционално уязвими хазартни играчи. Като причина за появата на влечение към хазарт, освен наличието на множество възможности за игра и тяхната достъпност, се добавят и фактори, свързани с ранното детско развитие, личностни характеристики, психологически травми, употреба на психоактивни вещества, повишен стрес, тревожност и др. (Blaszczynski & Nower, 2002:492). Тази допълнителна емоционална и поведенческа уязвимост подсилва постоянното желание за игра, което от своя страна спомага за формиране на ирационални убеждения и илюзорно чувство за контрол над импулсите за игра. Като резултат отново се изгражда обичаен модел на игра. Въздействието на всички тези фактори има кумулативен ефект, като се

формира „емоционално уязвим играч“, който се мотивира да играе, воден от желанието си да модулира афективни състояния и/или да задоволи определени психични потребности (Blaszczynski & Nower, 2002:494).

Третият път за формиране на патологично влечение към хазарт обхваща антисоциални импулсивни играчи (Blaszczynski & Nower, 2002). При тази група играчи освен описаните вече причини се включват и наличието на тежки разстройства като хиперкинетичен синдром с дефицит на внимание, антисоциално личностово разстройство, употреба на наркотици, импулсивност и др. При тези играчи хазартът значително засяга психичното и социалното функциониране, като често се наблюдават признаци на неврологична или неврохимична дисфункция. Разширява се спектъра от поведенчески проблеми, независими от хазарта, като злоупотреба с психоактивни вещества, суицидност, раздразнителност, нисък толеранс към скука и криминални прояви. Тази група играчи обикновено започват да играят хазарт в ранна възраст, бързо формират зависимост, нямат мотивация за лечение и не се повлияват добре от каквито и да е интервенции.

От представеният кратък теоретичен обзор е видно, че множество фактори могат да бъдат предпоставка за развитие на патологично влечение към хазарт. Наблюденията в процеса на работата с наша клинична извадка показват значимостта на защитните фактори за проява на ПВХ. Нещо повече, без да пренебрегваме важността на посочените в литературата различни фактори, всемогъществото и идеализацията като защитни механизми могат да бъдат идентифицирани в по-голямата част от симптоматичното и патологичното хазартно поведение. От гледна точка на общата клинична картина, всички аспекти на проблема са от значение, но когато става дума за разстройство, пряко свързано с поведението, по-важни са онези фактори, които го обясняват. Направеният теоретичен обзор и натрупаните клинични наблюдения ни дават основание да предложим функционален модел за обяснение на развитието на патологичното влечение към хазарт.

### **Функционален модел за развитие на патологично влечение към хазарт**

Предложеният функционален модел се основава на хипотезата, че патологичното хазартно поведение представлява неуспешен опит за адаптация на индивида към неговата социална и интрапси-

хична среда. Способността на човек да се приспособява към промените му позволява да запази равновесие и стабилност, което е от съществено значение за постигане на психично благополучие (напр. Макуилямс, 2020). Много често обаче процесът на адаптация е съпроводен от преживяване на различни мощни и заплашителни чувства, най-често тревожност. За редуциране на тревожността се проявява различно симптоматично поведение, което въпреки че има временен ефект, често става устойчив модел на поведение. В психодинамичната теория се приема, че защитните механизми играят централна роля за справяне с тревожността и поддържане на самооценката в процеса на здравословна адаптация и изграждане на компетентност и ефективност (Макуилямс, 2020:136). В този контекст предполагаме, че причинно-следствената връзка между личността и хазартното поведение като симптом се формира в рамките на начина, по който индивидът взаимодейства със своята среда още в ранна детска възраст. Допускаме също така, че два са ключовите фактори, които са предпоставка за развитие на ПВХ, а именно: личностни предиспозиции и условия в социалната среда, които улесняват и позволяват проява на хазартното поведение (напр. Rosenthal, 1986). Наблюденията ни за процеса на развитие на патологично влечение към хазарт в клинична извадка от 42 лица показват, че значимо влияние имат несъзнаваните защитни фактори, като най-съществена е ролята на защитните механизми всемогъщество и идеализация, свързано с тяхната функция да поддържат усещането за контрол и положителната самооценка. Извадката включва 42 лица основно от мъжки пол (41 мъже и 1 жена) от 19 до 51 години (средна възраст 27 години), диагностицирани с патологично влечение към хазарт и участвали в специализирана програма за рехабилитация на хора с хазартна зависимост в периода 2020–2022 г. Всички пациенти в извадката имат дълга история на хазартно поведение (от 2 до 29 години), като проявите на патологичното поведение при всички лица надхвърлят 18 месеца. Включените в извадката лица имат постоянна трудова заетост, всички без изключение имат натрупани финансови задължения вследствие на хазартното поведение и нито един от тях не е диагностициран с друга психиатрична диагноза, т.е няма констатирана коморбидност. Лицата от настоящата извадка се включиха в програма за психосоциална рехабилитация с продължителност минимум 6 месеца, като средната продължителност на участието в програмата е 9,5 месеца. Всеки участник

в програмата провежда четири индивидуални консултации месечно с клиничен психолог (водител на случая) и посещава четири групови срещи за превенция на рецидив. Най-малко един път месечно се провежда фамилен консултативен с членовете на семейството от фамилен консултант, в които участват и съответните пациенти. Основната насоченост на програмата за психосоциална рехабилитация е към справяне с импулса за игра, като същевременно задълбочено се изследват причините за възникване на желанието, развитието на патологичното влечение и проявата на патологичното поведение, както и връзката им с други психични процеси, личностни характеристики и житейски предизвикателства.

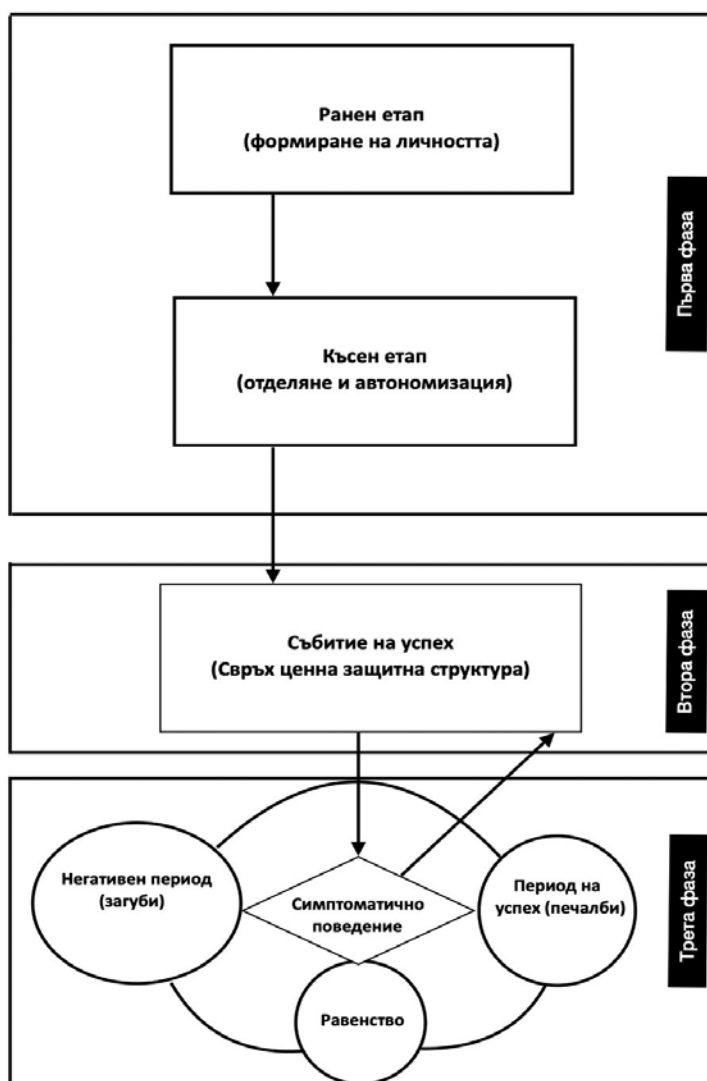
Конструирането на структуриран и клинично приложим модел за разбиране на патологичното влечение към хазарт представлява сложна задача. Целта на този текст не е фокусът върху личностната организация на патологичните играчи, тема, която сама по себе си е много обширна и значима. В предложеният модел се разглеждат само онези фактори, които са от съществено значение за възникването на хазартната зависимост и обясняват вътрешната логика на динамиката на симптомите. Идентифицирането на тези фактори има за цел да очертае психологическата основа на зависимостта, върху която впоследствие могат да бъдат надградени поддържащи или модифициращи елементи с конкретна клинична приложимост. Разработеният функционален модел е съзнателно ограничен до фундаменталните елементи, които детерминират патологичното влечение към хазарт, като извън нейния обхват остават факторите с второстепенна роля. Представеният модел е изграден в резултат на множество систематизирани наблюдения, обобщен клиничен опит и качествен анализ на данни от индивидуална и груповата работа в процеса на психосоциална рехабилитация с включените в настоящата извадка лица с ПВХ. Използва се следната методологията за събиране на данни:

1. Провеждане на първоначална клинична оценка (с цел потвърждаване на диагнозата и формулиране на работна хипотеза);
2. Детайлно изследване на индивидуалния клиничен случай и психодиагностична формулировка;
3. Идентифициране и обобщение на повтарящи се фактори, които участват във формиране на патологичното хазартно поведение.

В резултат на натрупаните наблюдения по време на диагностичната и терапевтичната работа с лицата от настоящата клинична извадка и направеният преглед на литературата, систематизирахме възникналите идеи във функционален модел за патологично влечение към хазарт. На фигура 1 графично е представен функционалният модел с неговите три фази, а именно: фаза на формиране на личността, фаза на експериментиране и фаза на развитие на хазартното поведение. Важно е да отбележим, че моделът не претендира за изчерпателност, а по-скоро представя идеята на авторите за предпоставките за развитие на ПВХ, базирани на наблюденията в процеса на работа с лицата от реализираната клинична извадка и психодинамичната теоретична концепция за защитните механизми и функционирането на личността.

Първата фаза описва процесите на формиране на личността и включва два етапа. По време

на ранният етап основна роля имат няколко изградени първични защитни механизми, свързани с нарцистично личностно функциониране, а именно: всемогъщ контрол, идеализация и обезценяване. Акцентът тук е върху предположението, че предпоставките за развитие на патологично влечение към хазарт имат връзка с ранното индивидуалното развитие и организацията на защитните механизми на личността. Характерно за патологичните играчи е не само наличие на специфични архаични защитни механизми, но и крехка и неустойчива самооценка, макар че първото впечатление при контакт с тях често може да бъде напълно противоположно. Тези механизми съжителстват с нестабилната самооценка и затрудненото изграждане на реалистична и устойчива представа за себе си. Основният акцент на този етап е да разглеждаме патологичният играч, което може да изглежда до известна степен и спекулативно, като за личност, която проявява



**Фигура 1.** Функционален модел за развитие на патологично влечение към хазарт

постоянен стремеж за възстановяване на изгубеното усещане за всемогъщество и съвършенство и се стреми към състояние на безметежност, абсолютна сигурност и контрол.

Късният етап на първата фаза включва периода, през който започва подготовката на индивида за отделяне от родителите и адаптация към социалната среда. През този етап често настъпва психологическа конфронтация между идеализираните очаквания и реалността. Именно поради това, въпреки възможния обективен житейски успех на такива юноши, някои от „магическите“ архаични фантазии, продукт на споменатите защитни механизми всемогъщество и идеализация, са в търсене на свои атрибути в реалността, които имат физически или материални категории. Целта е тези атрибути да служат като видимо и категорично доказателство за значимост и потенциал. Тези категории лесно могат да бъдат наблюдавани в когнитивните нагласи на подобни хора. Значим пример е отношението към парите като особено магическо и лишено от всякакви ограничения средство, чието пряко значение за себеоценката е сякаш неоспоримо. Уменията за справяне с малко усилие и за кратко време са със специален статут в представите на такава личност, поради бързото предоставяне на доказателства от реалността, които могат „магически“ да редуцират високата базисна тревожност от предстоящ провал или друг удар върху самооценката. Парите и/или постиженията могат да започват да придобиват символично значение като доказателства за стойност и компетентност. Подобен тип атрибути създават още по-голяма несигурност, защото не могат да бъдат интегрирани като вътрешни и устойчиви за младия човек, който се подготвя психологически за пълното отделяне от грижещите се за него фигури. Това поддържа илюзията за контрол, но без вътрешна интеграция на тези атрибути. В допълнение към трудностите е и ограничената способност на хората с такава организация да се сближават с другите в пълноценни междуличностни отношения.

Втората фаза описва ключовия преход от обикновено експериментиране в хазартното поведение към симптоматично поведение. Тази фаза може да се определи като период, изпълнен със стремежи за реализация и преход към автономен живот. Личностите с влечение към хазарт изпитват сериозни затруднения при този преход поради следните причини: представите им за отделянето и автономията са крайно идеализирани; наличието на висока тревожност, поради продължителността на прехода към автономен

живот; наличието на колебания в сигурността на успеха, както и нестабилните взаимоотношения с другите. Реално всеки транзитивен период си има своите трудности, но спецификата при лица с хазартно поведение е, че идеализациите правят вероятността за допускане на грешки твърде опасни за крехките вътрешни структури при тези млади хора. Поради това те са или твърде тревожни и несигурни, или компенсаторно изглеждат уверени, но преди всичко в новите начинания. В отношенията си с другите те остават дистанцирани и уязвими, като вместо да получат подкрепа и разбиране, те преживяват близостта с другите като заплаха. Дори когато имат уникален и реален успешен опит в нещо, поради описаните по-горе причини младите играчи на хазарт не могат да го интегрират пълноценно, за да изградят стабилна и устойчива увереност в себе си. Опитът и уменията в повечето случаи при тези младежи не са следствие на продължително волево усилие. Съответно те трябва да отговорят на следните характеристики: да имат бърз, мигновен отговор от реалността веднага след действието (магичността на всемогъществото в пряка връзка с желанието); да имат колкото се може по-категорична стойност в усещането за превъзходство над другите и тя да е ясно измерима и видима от „всички“ (аз съм единствен победител); да дават сигурност в колкото се може по-широк аспект от живота (състояние на абсолютна безметежност). Формират се свръхценни когнитивни структури с характеристики на свръхценни защитни структури (СЦЗС) – автоматични, частично несъзнавани и устойчиви към промяна.

Втората фаза най-често обхваща периода на юношеството, който се характеризира с участие в множество експериментални поведения. Именно тук можем да посочим логичната значимост на фактора достъпност на хазартните игри. От психологична гледна точка обаче за нас интерес представлява онова събитие, което превръща безобидното забавление на залозите в патологично поведение. Може да звучи твърде банално като обяснение, но това е случаят или поредица от случаи на печалба. Именно това събитие е значимият и задължителен отключващ фактор за появата на патологично влечение към хазарт. В паметта на играчите такива събития остават с мощен положителен емоционален заряд. Можем да предполагаме, а в клиничната практика и да изследваме чрез наблюдение, че сякаш в този момент едно крехко и трудно поддържано чувство за всемогъщество придобива реално и материално измерение. Формират се нагласи и очаквания

за бъдещето, където крехкостта на самооценката изглежда различна, контролът – абсолютен, сигурността – общовалидна за всяка ситуация. Нуждата от усилие за развитие в други сфери не е особено смислена от чисто икономическа гледна точка в психологичния смисъл на това понятие. Така цялата стратегия за защита сякаш се премества от крехката нагласа към себе си към още по-крехкото вярване за потенциала и способностите при залагането (това е идеализирано вярване, аргументирано от реалността чрез това събитие или събития). Макар паметовите следи от това вече психологично събитие и организиранието около него нови нагласи да са разнолики, те лесно могат да бъдат наблюдавани и изследвани от опитния клиницист дори в еднократна сесия. Тук по-интересното е, че тези следи са интегрирани дълбоко в структурите на личността и имат подобни на защитните механизми характеристики и функция. Частично действат несъзнавано, изкривяват или деформират представи от реалността и имат специалното предназначение да се активират автоматично срещу негативните преживявания, особено срещу тревожността. Нещо повече, самите те, наблюдавани само като когнитивна формация от нагласи с променлива динамика, повече или по-малко осъзнато, са устойчиво свръхценни за субекта. Тоест, тези обединени нагласи сякаш личността ту ги приема, ту ги отхвърля, като синтонни или дистонни, но самото то не иска да се раздели с тях, сякаш са много ценна, дори най-ценната част от неговият ресурс. От клиничните наблюдения можем да разглеждаме тази формация от когнитивни структури като атрибути на архаичните защити в ментална форма, които изпълняват сходна защитна функция. Разликата се състои в това, че тя вече има стойността на доказала се като благонадеждна и универсална стратегия за справяне с предизвикателствата на реалността – както вътрешната, така и външната. Сякаш точно този конфликт между тези две реалности е разрешен в абсолютния смисъл на това понятие. За да го обобщим в емоционален контекст с характеристики на идеализацията, това е „фактът на съдната мечта, която е неуязвима и неотменима във времето“. Тоест, освен фантазна, мечтата има и реален поведенчески израз, който може магически да събдва идеализираните представи. Този израз е ясно забележим от страни, по ирония и за голямо съжаление, в симптома на патологичното хазартно разстройство. Диагнозата е категорично неоспорима, когато са налице големите щети във фазата на загубите, но те могат да бъдат пред-

видени чрез наблюдение на етиологичните психологични процеси и преди да са станали факт.

Третата фаза в модела на патологичното влечение към хазарт описва появата, поддържането и мотивационната логика на симптоматичното поведение. Особен акцент се поставя върху психологичните механизми, които правят патологичното хазартно поведение устойчиво, въпреки обективно негативните последици. Тази фаза може да се разглежда като затворен, самоподдържащ се цикъл, в който играчът е включен поведенчески, емоционално и когнитивно. Дори при прекъсване, цикълът често се реактивира под влияние на дълбока вътрешна мотивация. В рамките на тази фаза се разграничават три основни периода: негативен период (загуби), период на успех (печалби) и равенство. Негативният период е най-дълго продължаващата и клинично видима част от поведението при ПВХ. Именно в този период повечето играчи търсят помощ. Те често демонстрират повишена критичност, осъзнаване на негативните последици и контакт с реалността. Това състояние обаче не гарантира възстановяване, тъй като мотивацията за игра остава активна. Негативният цикъл разкрива дълбок вътрешен конфликт, в който реалността атакува свръхценната защитна структура, изградена в предходните фази. Психичният отговор е компулсивен стремеж за възстановяване на идеализацията. В психоаналитични термини това може да бъде интерпретирано като отричане на загубата, идентифицирана не с финансова стойност, а със загуба на вътрешен образ на мощ, стойност и контрол. За разлика от не патологичния играч, който се оттегля при загуба на контрол върху ресурса, патологичният играч преживява загубата като нарцистична травма, която изисква спешно възстановяване чрез действие. Това действие – залагането – не е рационално, а екзистенциално необходимо, наподобяващо борба за оцеляване. В обобщение основната причина за симптоматично поведение в този период е императивната нужда от възстановяване на СЦЗС, което може да доведе до сериозно самонараняване – включително финансова разруха и социален срив.

След появата на симптоматично хазартно поведение, периодите на печалба придобиват нова психологическа функция – вече не като цел сами по себе си, а като инструмент за поддържане на идеализацията. Въпреки кратковременно облекчение, те не възстановяват напълно нарушената защитна структура. Причините за това са:

1. Толеранс към стимула – преживяването на печалба губи емоционалната си значи-

- мост и е недостатъчна в очакваната предишна идеализация.
2. Компрометирана идеализация – идеализациите вече са били компрометирани в периода на загуба и всяка реалност, колкото и положителна да е, е недостатъчна и играчът продължава да залага.
  3. Обхватна несигурност – идеята за всемогъщество трябва да бъде доказана в множество хазартни контексти (в различни игри), което поддържа поведението като нестабилно и неутолимо.

Тези причини обясняват в известна степен защо патологичните играчи често изоставят дори печеливши стратегии, за да търсят утвърждение в нови форми на игра, в които не са „доказали“ своята способност за печалба, като поведението има по-скоро доказателствена, отколкото прагматична функция. Този вътрешен конфликт между рационалност и защитна на идеализациите и всемогъществото е типичен за играчите с ПВХ. Като основен акцент за този етап може да се каже, че печалбата служи като временна реконструкция на разрушена идеализация и частично доказва магическата способност, но не води до спиране на поведението. Тя често е последвана от връщане в негативния период на залагане и последващи загуби.

Периодът на равенство представлява краткотрайно състояние, в което резултатите от играта са балансирани. Въпреки че рационално изглежда подходящ момент за прекратяване на хазартното поведение, играчът обикновено не го прави. Причината отново е активирането на механизмите за поддържане на всемогъщество и контрол. Тази граница на равенството има изключително важно значение в процеса на рехабилитация на лица с патологично влечение към хазарт. За разлика от етиологичният модел например, наличието на равенство илюстрира разминаването между когнитивен план и афективна мотивация, типично за поведенческите зависимости.

### Заклучение

В предложеният функционален модел е направено систематизирано обобщение на някои от значимите личностни и социални фактори, водещи до формиране и развитие на патологично влечение към хазарт. Моделът е базиран на натрупаните и обобщени клинични наблюдения при индивидуална и групова работа с извадка от лица с

ПВХ, както и наблюдения върху техния по-широк фамилен и социален контекст. Моделът предлага ясна и функционална структура за разбиране на патологичното хазартно поведение и предоставя теоретична рамка с практическа приложимост в следните области:

1. При клинична работа с лица с ПВХ моделът подпомага диагностиката, формулирането на случая и избора на подходящи терапевтични стратегии;
2. За реализиране на превенция чрез структуриране на програми, насочени към различни фази на личностната психодинамика, идентификация на рискови фактори и ранна интервенция;
3. Предпоставя възможности за бъдещи изследвания и анализ на получените нови данни както за отделни фази, така и на целия процес на формиране на патологично влечение към хазарт.

Моделът за развитие на ПВХ има ограничена екологична валидност поради малкият обем и небалансираната по отношение на пол и възраст клинична извадка. Бъдещи изследвания биха могли да обхванат по-голям брой лица, като и да се направят сравнителни анализи с резултати от проучвания в неклинична извадка. Въпреки посочените ограничения, предложеният функционален модел допълва и задълбочава разбирането на факторите, детерминиращи формирането и развитието на патологичното влечение към хазарт. Моделът систематизира ключови характеристики и взаимодействия на лицата с патологично хазартно поведение и може да бъде полезен за надграждане на съществуващи и изготвяне на нови програми за социална рехабилитация и превенция, както и да намери приложение като инструмент, който да допълни методологията за работата на специалистите в областта на хазартната зависимост, както и да повиши тяхната професионална компетентност.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ashley, L. L. & Boehlke, K.K. (2012). Pathological Gambling: A General Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (1), 27 – 37. Doi: 10.1080/02791072.2012.662078.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E. & Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22 (2), 191–207. Doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.191.

- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487–99. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.
- Blaszczynski, A. & Steel, Z. (1998) Personality Disorders Among Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 51 – 71. Doi: 10.1023/a:1023098525869.
- Calado, F. & Griffiths, M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5 (4), 592–613. Doi:10.1556/2006.5.2016.073.
- Chóliz, M., Marcos, M. & Bueno, F. (2022). Ludens: A Gambling Addiction Prevention Program Based on the Principles of Ethical Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 38, 993–1008. Doi:10.1007/s10899-021-10066-7.
- Custer, R.L., & Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Facts on File Publishing. ISBN 978-0816011698.
- Delfabbro, P., King, D. L., & Derevensky, J. L. (2016). Adolescent gambling and problem gambling: Prevalence, current issues, and concerns. *Current Addiction Reports*, 3 (3), 268–274. Doi: 10.1007/s40429-016-0105-z.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5), 500 – 505. doi: 10.1521/pedi.18.5.500.51326.
- International Classification of Diseases, Tenth Revision. (1998). Zhablenski, A., Editor. Sofia: National centre for complex human study. ISBN 954-8404-01-X. [In Bulgarian].
- Karlsson, A., Hedén, O., Hansson, H., Sandgren, J. & Håkansson, A. (2021). Psychiatric Comorbidity and Economic Hardship as Risk Factors for Intentional Self-Harm in Gambling Disorder—A Nationwide Register Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 688285. doi: 10.3389/fpsy.2021.688285.
- Lesieur, H. R., & Custer, R. L. (1984). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 474 (1), 146 – 156. Doi: 10.1177/0002716284474001013.
- McWilliams, N. (2020). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process* Sofia: Lege Artis. ISBN 978-619-7516-17-3. [In Bulgarian].
- Mishra, S., Lalumiere, M.L. & Williams, R.J. (2017). Gambling, risk-taking, and antisocial behavior: A replication study supporting general deviance. *Journal of Gambling Studies*, 33 (1), 15-36. doi: 10.1007/s10899-016-9608-8.
- Oei, T.P.S. & 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. doi: 10.1007/s10899-007-9071-7.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association. ISBN 1-59147-173-7.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63 (1), 29 – 38. Doi: 10.1016/s0376-8716(00)00188-5.
- Potenza M.N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society, London, Biological Sciences*, 363 (1507), 3181-3189. doi: 10.1098/rstb.2008.0100.
- Raylu, N. & Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22 (7), 1009-1061. Doi: 10.1016/S0272-7358(02)00101-0.
- Rosenthal, R. (1986). The Pathological Gambler's System for Self-Deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (2), 108 – 120. Doi:10.1007/BF01019629.

**Svetoslav Kirilov**, clinical psychologist, director of the Solidarnost Association for Rehabilitation of Addicted People and Supervisor of the first specialized program for people with gambling addiction in Bulgaria.  
18 Carnegie St., 1142 Sofia  
sp.kirilov@gmail.com

**Assoc. Prof. Sezgin Bekir, PhD**

Institute for Population and Human Studies - Bulgarian Academy of Sciences  
6 Acad. Bonchev St., 5th/6th floor, 1113 Sofia  
sezgin.bekir@iphs.bas.bg

**Dilyana Bondokova**, clinical psychologist

Solidarnost Association for Rehabilitation of Addicted People  
18 Carnegie St., 1142 Sofia