

Onderzoek naar de mogelijke samenhang tussen het spelen van poker en pathologisch gokgedrag.

Masterthesis door Gerjan Marsman



Onderzoek naar de mogelijke samenhang tussen het spelen van poker en pathologisch gokgedrag.

Masterthesis door Gerjan Marsman

Maart 2008



Universiteit Twente
In opdracht van Tactus Verslavingszorg

Opleiding Psychologie
Thema Veiligheid en Gezondheid

Onder begeleiding van:
dr. M.E. Pieterse (Universiteit Twente)
dr. H. Boer (Universiteit Twente)
drs. M.G. Postel (Tactus verslavingszorg)

SAMENVATTING

Achtergrond: Poker is binnen een korte tijd erg populair in Nederland geworden. Het spel wordt als gezellig en spannend omschreven, maar omdat er ook vaak om geld gepokerd wordt, kan er ook een schaduwzijde van poker bestaan. Tot op heden is er echter nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar poker.

Doelstelling: Nagaan of er een samenhang tussen het spelen van poker en problematisch gokgedrag bestaat. Vervolgens is er onderzoek gedaan naar mogelijk risicoverhogende factoren van problematisch gokgedrag.

Methode: Voor het onderzoek is er een online-vragenlijst ontwikkeld. Er is gericht gezocht op plaatsen waar (verschillende typen) pokerspelers worden verwacht (convenience sample). In totaal hebben 589 pokeraars aan het onderzoek deelgenomen. Om risicoverhogende factoren te kunnen achterhalen is er een onderscheid gemaakt tussen een drietal groepen; de recreatieve pokeraars, de risicovolle pokeraars die geen andere kansspelen spelen en de risicovolle pokeraars die naast poker ook andere kansspelen spelen.

Resultaten: Het belangrijkste resultaat van dit onderzoek is dat er een samenhang bestaat tussen het spelen van poker en problematisch gokgedrag. 11 procent van de respondenten blijkt namelijk als gevolg van poker risicovol gokgedrag te vertonen. Pokeraars die risicovol gokgedrag vertonen verschillen, in vergelijking met recreatieve pokeraars, in geslacht, aard van poker spelen en cognitieve aspecten. Risicovolle pokeraars blijken namelijk vaker man te zijn, spelen het spel vaker en wordt er vaker om geld én hogere bedragen gespeeld. Bovendien spelen ze het spel vaker op het internet, schatten zij het behendigheidselement bij het spelen van poker groter in en ervaren zij meer controleverlies bij het spelen van poker. Tenslotte heeft de groep risicovolle pokeraars een lagere eigen-effectiviteit en blijken zij impulsiever te zijn.

Conclusie: Dit is het eerste Nederlandse onderzoek dat de samenhang tussen het spelen van poker en problematisch gokgedrag empirisch heeft onderzocht. Er blijkt wel degelijk een samenhang te bestaan. Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek, preventie en is er een profiel van een risicovolle pokeraar opgesteld.

ABSTRACT

Background: In short notice poker has become very popular in The Netherlands. The game has been described as a social and an exciting game to play, but it also seems to be frequently played with real money. This doesn't rule out that there could be a negative side of playing poker. But until now there has hardly been any scientific research on the game of poker.

Aim: To gain insight if there is a relationship between playing poker and problematic gambling behaviour. Another aim is to gain insight in possible hazardous factors to originate problematic gambling behaviour.

Method: Concerning this research an online-questionnaire has been developed. To involve different kind of poker players, respondents have been searched in different places (convenience sample). In sum 589 poker players have taken part in the research. To gain insight in possible hazardous factors to originate problematic gambling behaviour, three groups have been distinguished; the recreational poker players, the risky poker players who play no other games of chance and the risky poker players who play also other games of chance beside poker.

Results: The most important conclusion of this research is that there exists a relationship between playing poker and problematic gambling behaviour. 11 per cent of the respondents appear to display, as a result of poker, risky gambling behaviour. Players of poker who show risky gambling behaviour differentiate, in comparison with recreational players of poker, in gender, nature of poker play and cognitive aspects. Risky players of poker prove to be more often man and seem to play the game more often. Differences are also found in a more frequent way of playing for money and higher amounts off money. Moreover they play the game more often on the Internet, they estimate the element of skill in playing poker is more prominent and they seem to experience more loss of control while playing poker. Finally the risky players of poker seem to have a lower level of self-efficacy and are more impulsive.

Conclusion: This is the first Dutch research ever that has empirically tested the possible relationship between playing poker and problematic gambling behaviour. It shows that there exists a relationship between the two aspects. On the basis of the findings recommendations for follow-up studies, prevention are made and a profile of risky player of poker has been established.

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|------------------|
| <u>Samenvatting.....</u> | <u>2</u> |
| <u>Abstract.....</u> | <u>3</u> |
| <u>Inhoudsopgave.....</u> | <u>4</u> |
| <u>Hoofdstuk 1. Inleiding.....</u> | <u>6</u> |
| 1.1 Achtergrond..... | 6 |
| 1.2 Onderzoek..... | 7 |
| 1.3 Opbouw scriptie..... | 7 |
| <u>Hoofdstuk 2. Een nadere kennismaking met poker.....</u> | <u>8</u> |
| 2.1 Het pokerspel..... | 8 |
| 2.2 Het wettelijk kader van poker..... | 10 |
| 2.3 Conclusie..... | 11 |
| <u>Hoofdstuk 3. Problematisch gokgedrag.....</u> | <u>12</u> |
| 3.1 Pathologisch gokken..... | 12 |
| 3.1.1 Definitie..... | 12 |
| 3.1.2 Prevalentie..... | 13 |
| 3.1.3 Preventie en beleid..... | 13 |
| 3.2 Versterkende factoren..... | 15 |
| 3.3 Poker in relatie tot pathologisch gokken..... | 17 |
| 3.4 Onderzoeksvragen..... | 17 |
| <u>Hoofdstuk 4. Methode.....</u> | <u>19</u> |
| 4.1 Onderzoeksopzet..... | 19 |
| 4.2 Respondenten..... | 19 |
| 4.3 Meetinstrumenten..... | 20 |
| 4.4 Statistische analyse..... | 21 |
| <u>Hoofdstuk 5. Resultaten.....</u> | <u>23</u> |
| 5.1 Inleiding..... | 23 |
| 5.2 Onderzoekspopulatie..... | 23 |
| 5.3 Het pokergedrag..... | 23 |
| 5.4 Cognitieve gedragsdeterminanten..... | 24 |
| 5.5 Prevalentie pathologisch gokken..... | 25 |
| 5.6 Vergelijking tussen recreatief en risicovol gokgedrag..... | 26 |
| 5.6.1 Demografische kenmerken..... | 26 |
| 5.6.2 Aard poker..... | 27 |
| 5.6.3 Cognitieve gedragsdeterminanten..... | 30 |
| 5.6.4 Regressieanalyse..... | 31 |

| | |
|---|------------------|
| <u>Hoofdstuk 6. Conclusie, discussie en aanbevelingen.....</u> | <u>33</u> |
| 6.1 Kenmerken van de pokeraar..... | 33 |
| 6.2 Omvang van poker binnen de populatie..... | 33 |
| 6.3 Cognitieve gedragsdeterminanten..... | 34 |
| 6.4 Prevalentie pathologisch gokken..... | 34 |
| 6.5 Risicoverhogende factoren..... | 35 |
| 6.6 Profiel risicovolle pokeraar..... | 37 |
| 6.7 Poker; de nieuwe verslaving?..... | 37 |
| | |
| <u>Referenties.....</u> | <u>38</u> |

Bijlage I. De vragenlijst

1.1 Achtergrond

Het kaartspel poker is binnen een korte periode populair geworden. Televisieprogramma's als Veronica Poker en uitzendingen van pokertoernooien op Eurosport hebben ervoor gezorgd dat mensen kennis maakten met het spel en enthousiast werden om zelf te gaan pokeren. De Stichting Nederlandse Pokerbond schat het aantal spelers, dat regelmatig om geld pokert, op 150.000 mensen in Nederland (Paulen, van de Sande & van Gestel, 2007). Het aantal mensen dat op recreatieve wijze en/of op internet poker speelt is niet bekend. Deze groep is bij de schatting buiten beschouwing gelaten. De verwachting is dan ook dat het totale aantal pokerspelers in Nederland groter is dan 150.000.

Behendigheid speelt, in vergelijking met andere kansspelen, een grotere rol bij poker. Een pokerspeler kan zelf bepalen of hij met een bepaalde kaartencombinatie mee wil doen aan een spelronde. Daarnaast kan de pokeraar door middel van kansberekening zijn winstkansen in het spel berekenen. Onder andere deze aspecten leiden ertoe dat poker niet helemaal vergelijkbaar is met kansspelen zoals roulette. Bij het spelen van roulette heeft de speler, in tegenstelling tot poker, geen invloed op de uitkomst van het spel. Het element behendigheid speelt bij poker dus een grotere rol. Echter, kans blijft een belangrijke factor bij het spel poker. Een pokeraar blijft afhankelijk van welke kaarten hij en de andere spelers toebedeeld krijgen. De Nederlandse overheid is wat haar opvatting over poker betreft duidelijk. Zij ziet poker als een kansspel. Vanuit deze opvatting vloeit voort dat in Nederland het Holland Casino de enige partij is die pokerspelen om geld mag aanbieden en pokertoernooien mag organiseren (Wet Op Kansspelen, artikel 27h). Echter, de werkelijkheid is dat poker voornamelijk op andere plaatsen dan Holland Casino gespeeld wordt. Mensen spelen het spel voornamelijk in huiselijke kring en op het internet (Franssen, Koning & Kolar, 2007).

Onderzoek naar poker

Poker en de mogelijk verslavende werking ervan is tot op heden niet of nauwelijks onderzocht. In de media zijn er de laatste tijd wel een aantal bevindingen gepubliceerd die duiden op mogelijk problematisch pokergedrag. Novadic-Kentron, Instelling voor Verslavingszorg in Noord-Brabant, heeft in de eerste helft van 2007 twintig jongeren, die door poker in de schulden geraakt zijn, gesignaleerd. Naar aanleiding van deze signalen heeft de instelling een onderzoek naar poker onder 479 scholieren van het MBO en HBO in Eindhoven ingesteld. Uit het onderzoek is gebleken dat het spel poker in het bijzonder onder mannelijke studenten populair is. Tevens is uit het onderzoek gebleken dat 41 procent van de respondenten wel eens om geld heeft gepokerd. De meest favoriete plaats om poker te spelen betreft de thuissituatie, namelijk 59 procent van de respondenten speelden daar het meest poker. Van alle respondenten verwacht 30 procent dat poker in de toekomst een probleem wordt. Daarnaast twijfelt nog 26 procent of dit in de toekomst het geval zal zijn. Opvallend hierbij is dat de groep pokeraars, die wel eens om geld pokert, in mindere mate de verwachting hebben dat poker in de toekomst een probleem zal worden.

Gezien de toegenomen populariteit van poker heeft ook het College van toezicht op kansspelen een verkennend onderzoek naar poker in Nederland laten verrichten. Dit onderzoek is uitgevoerd door het onafhankelijk onderzoeks- en adviesbureau B&A. Doel was om inzicht te geven in het aanbod van en de deelname aan poker. Het onderzoek (Franssen, Koning & Kolar, 2007) bestond uit een online-vragenlijst waaraan 1924 mensen hebben deelgenomen. Het onderzoek is uitgevoerd onder leden van de PokerBond, bezoekers van Holland Casino en leden van het jongerenpanel van TNS NIPO. Uit de resultaten is gebleken dat de doorsnee pokerspeler van het mannelijke geslacht is en tussen de 18 en 25 jaar oud. Poker wordt vooral gespeeld met vrienden en kennissen en op het internet. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Novadic-Kentron. De deelname aan illegale pokergelegenheden (poker op het internet dan wel

georganiseerde pokerbijeenkomsten buiten Holland Casino) is minder populair. Bijna een kwart van de jongeren speelt poker op het internet. Poker aangeboden in illegale gelegenheden is vooral onder de leden van de PokerBond zeer populair. Buitenlandse pokersites zijn daarbij het meest populair: bijna alle leden van de PokerBond zeggen te pokeren op buitenlandse internet-pokersites. De helft van de leden van de PokerBond neemt daarnaast deel aan georganiseerde pokerbijeenkomsten buiten Holland Casino. Meer dan de helft van de pokerende jongeren (60%) geeft aan dat zij meestal niet om geld pokeren. Jongeren die wel om geld spelen, besteden per persoon op jaarbasis gemiddeld 420 euro aan poker. Daarvan wordt 250 euro ingelegd bij illegale pokergelegenheden, waarvan het grootste deel wordt ingelegd op internet. Leden van de PokerBond leggen per persoon op jaarbasis gemiddeld 9.200 euro in. Van de gemiddelde inleg wordt 8.400 euro ingezet bij illegale pokergelegenheden. Het grootste deel daarvan wordt ingezet op internet: 8.200 euro. Een kwart van de ondervraagde jongeren en de leden van de PokerBond geven aan dat poker verslavend werkt. Leden van de PokerBond zeggen gemiddeld 12 uur per week te pokeren. Jongeren die meer dan één keer per maand pokeren doen dat gemiddeld 3,5 uur per week. Dertig procent van de geraadpleegde jongeren verwacht in de toekomst vaker poker te gaan spelen. Onder leden van de PokerBond ligt dit percentage op 54%.

Beide onderzoeken schetsen een beeld van de pokeraar en de plaatsen waar poker gespeeld wordt. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het geen van beiden een representatieve steekproef van de pokerspelende populatie in Nederland is. Het onderzoek van Novadic-Kentron is namelijk alleen uitgevoerd onder MBO- en HBO-scholieren in Eindhoven. Het onderzoek van College toezicht op kansspelen heeft specifiek naar pokeraars gezocht. Een vertaling van de onderzoeksresultaten naar de totale pokerspelende populatie mag dan ook niet gemaakt worden. Het gegeven dat poker door een groot aantal mensen in Nederland gespeeld wordt en met name onder jongeren erg populair is, vormen aanleiding voor verder onderzoek. Samen met de vragen die Tactus bereikten over de mogelijke risico's van poker en de eerder genoemde aanmeldingen van jongeren die door poker in geldproblemen kwamen, roept dit vragen op over de nadelige gevolgen die poker kan hebben. Onderzoek naar een mogelijk verband tussen poker en problematisch gokgedrag is daarom gewenst.

1.2 Onderzoek

De opzet van het onderzoek naar de relatie tussen poker en problematisch gokgedrag is voorgelegd aan de wetenschappelijke commissie van Tactus Verslavingszorg. Dit heeft geleid tot een samenwerkingsverband tussen Tactus en de Universiteit Twente.

Met een digitale vragenlijst is getracht een zo groot mogelijke groep pokeraars te bereiken, variërend van recreatieve speler tot (semi)professionele pokeraar. De antwoorden leiden tot meer helderheid over de mogelijke relatie tussen poker en problematisch gokgedrag.

1.3 Opbouw scriptie

In hoofdstuk 2 wordt het spel poker en het wettelijke kader rondom poker beschreven. Hoofdstuk 3 omvat een beschrijving van de probleemstelling, met informatie over pathologisch gokken, een uiteenzetting van versterkende factoren van pathologisch gokken en de mogelijke relatie tussen poker en pathologisch gokken. Daarnaast worden ook de onderzoeksvragen toegelicht. In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksmethode beschreven en hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 6 omvat de conclusie, discussie en aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen.

Een gedachtegang van een pokerspeler

“Oké, de kaarten zijn gedeeld. Ik heb harten aas en harten boer in de hand, op zich een mooie hand. De speler voor mij zet veel fiches in. Zou hij nog betere kaarten dan mij hebben? Wat moet ik doen? Geloof ik hem of bluft hij en heb ik de betere kaarten? Zou ik moeten ‘callen’ of zijn inzet ‘re-raisen’? Ik ‘call’ hem eerst en dan maar zien wat de eerste 3 kaarten op tafel zullen zijn.”

Als onbekende met het spel poker zal deze gedachtegang weinig zeggen. Vandaar dat een nadere kennismaking met het spel van belang is. In dit hoofdstuk wordt een globale beschrijving van het spel poker gegeven. Daarnaast wordt het wettelijke kader rondom poker uiteengezet.

2.1 Het pokerspel

Poker is een wereldwijd bekend en populair kaartspel dat in vele varianten gespeeld wordt. De meest populaire variant is: ‘*Texas hold'em No limit*’. Dat spel wordt meestal om geld gespeeld. Naast geluk en tactiek is ook bluffen een belangrijk onderdeel van het spel. Je kunt het spel spelen met twee tot tien spelers. Het kaartspel bestaat uit 52 kaarten (een complete stok zonder jokers). Voordat het spel begint moet degene die direct links van de dealerbutton zit (fiche die markeert vanaf welke plaats het spel van start gaat en na ieder spel een speler opschuift) een verplichte inzet plaatsen. De zogenaamde ‘*small blind*’. De speler die direct links van de small blind inzet zit, moet vervolgens ook een verplichte inzet plaatsen, de ‘*big blind*’ inzet (meestal het dubbele van de small blind). Deze blinds worden bij spelen op internet vanzelf gezet. Dit wordt gedaan zodat er al geld in de pot zit en het spel gespeeld kan worden.

De dealer geeft elke speler twee kaarten, die niemand anders kan zien. Deze kaarten heten ook wel hole of pocket kaarten. Nu volgt er een biedronde. Hierin kan je passen (*checken*), verhogen (*raisen*), je kaarten weggooien (*folden*), meegaan met een eerder gedane inzet (*callen*) of zelf een inzet doen (*betten*). Nadat de biedronde is afgelopen legt de dealer drie kaarten open op tafel. Deze kaarten kunnen door alle spelers die nog in het spel zitten, gebruikt worden en wordt de *flop* genoemd. Dan volgt er weer een biedronde. Hierna komt de *turn*. Er komt een vierde kaart open op tafel. Ook hierna volgt een biedronde. En als laatste komt de vijfde en laatste open kaart op tafel (de zogenaamde *river*) en volgt de laatste biedronde. De vijf open kaarten mag iedere speler gebruiken in combinatie met zijn eigen twee ‘dichte’ kaarten. De bedoeling is om een zo hoog mogelijke combinatie te vormen met vijf van de zeven kaarten. De handwaarden worden in tabel 2.1 van laag naar hoog weergegeven (www.pokerhandleiding.nl). Zelden komt het voor dat geen van de weergegeven combinaties gemaakt kan worden. Mocht dit wel het geval zijn dan wint de speler met de hoogste kaart.

Tabel 2.1 *Overzicht van de handencombinaties*

| Voorbeeld | Handencombinaties |
|-----------|---|
| | Hoge Kaart Indien geen andere handwaarde is bereikt, dan wint de hoogste kaart. Wanneer twee handen dezelfde hoge kaart hebben, dan beslist de overgebleven hoogste kaart. (In dit geval is de tien de High Card). |
| | Paar Iedere twee kaarten van dezelfde waarde. Wanneer twee handen dezelfde paar hebben, dan beslissen de overgebleven hoge kaarten. |
| | Twee Paar Ieder paar van één waarde, plus ieder paar van een andere waarde. Indien twee handen dezelfde High pair hebben, dan beslist de tweede pair de winnaar. Zijn beide pairs gelijk, dan beslist de overgebleven high cards. |
| | Three of a Kind Drie kaarten van dezelfde waarde (een drievoudige, met twee ongelijke kaarten). |
| | Straight Iedere vijf opeenvolgende kaarten van gemengde reeksen. Aas kan ook als één geteld worden. |
| | Flush Iedere vijf onopeenvolgende kaarten van dezelfde reeks. |
| | Full House Drie van één waarde plus een paar van een ander. Het voorbeeld is Koningen over Zessen. De waarde van de kaarten waarvan je drie hebt wordt als hoogste geteld. |
| | Four of a Kind Vier kaarten van dezelfde waarde (bijvoorbeeld, 4 azen), met één ongelijke kaart. |
| | Straight Flush Iedere vijf kaarten van dezelfde reeks in een opeenvolgende orde. Het voorbeeld is een vijf hoog Straight Flush. Een aas kan ook als een één worden geteld. |
| | Royal Flush De hoogste vijf kaarten van een reeks. Een Royal Flush is eigenlijk hetzelfde als een hoge Aas Straight Flush. |

Bij het spelen in toernooivorm wordt de *pot* (= totale inleg) in de regel verdeeld onder de spelers die op het laatst nog in het toernooi zitten. In deze toernooien geldt dat als men zijn fiches kwijt is men uit het toernooi ligt. Er staat dus van tevoren vast hoeveel je kunt verliezen.

Bij *cashgames* koopt iedereen een bedrag in aan fiches dat hij wenst (er staat vaak wel een limiet op). Er staat niet vast hoe vaak iemand fiches kan kopen.

Zo kan het voorkomen dat je een hele avond aan het winnen bent en iemand anders al drie keer fiches heeft bijgekocht, maar dat aan het einde van de avond diegene drie keer op rij wint door *all-in* (= al je fiches inzetten) te gaan en alsnog met winst naar huis gaat. Het hebben van winst of verlies kan dus in een korte tijd verkeren. Door dit gegeven kan het voor spelers moeilijk zijn een grens te bepalen van hoe vaak er fiches bij worden gekocht. Ze zijn dan in de overtuiging dat ze hun verlies terug kunnen winnen en blijven daardoor fiches bijkopen.

2.2 Het wettelijke kader van poker

Algemeen

Op grond van artikel 1, sub a, van de Wet op de kansspelen (Wok) is het verboden in Nederland gelegenheid te geven om mee te dingen naar prijzen of premies, indien de aanwijzing van de winnaars geschiedt door enige kansbepaling waarop de deelnemers in het algemeen geen invloed kunnen uitoefenen. Voor bepaalde situaties kan er een vergunning als gevolg van de Wok zijn verleend (bijvoorbeeld betreffende loterijen van sportverenigingen). De Hoge Raad bevestigt in haar arrest van 3 maart 1998 dat poker dient te worden gezien als een kansspel in de zin van de Wok.

Uit het algemeen wettelijk kader valt op te maken dat Holland Casino de enige partij is die poker aan mag bieden. Toch zijn er situaties van het spelen van poker waarvoor in de Wok een uitzondering wordt gemaakt. Artikel 1 van de Wok is namelijk niet van toepassing op gelegenheden die noch voor het publiek zijn opengesteld, noch bedrijfsmatig worden gegeven. Het moet dan gaan om besloten gelegenheden. In deze gevallen is het aantal deelnemers beperkt en is deelname door anderen buiten die kring uitgesloten. De deelnemers dienen ook een duidelijke binding met de gelegenheid te hebben, anders dan uitsluitend door deelname aan het spel. De term bedrijfsmatig doelt op het geregeld en stelselmatig aanbieden van poker en op andere zaken, zoals het in concurrentie treden of deelname aan het economisch verkeer. Gesloten- en bedrijfsmatigheid zijn dus de termen die bepalen of een pokergelegenheid als legaal dan wel als illegaal gezien moet worden.

Uit verkennend onderzoek (Franssen, Koning & Kolar, 2007; Enderink, 2007) is gebleken dat poker met name in huiselijke kring en op het internet gespeeld wordt. In hoeverre zijn pokeraars in deze situatie(s) strafbaar bezig? Het wettelijke kader van deze plaatsen wordt hieronder kort beschreven.

Poker in huiselijke kring / met vrienden

Poker is alleen toegestaan als het in besloten kring wordt gespeeld en het ook niet stelselmatig wordt aangeboden. Het is dus niet strafbaar als een gezin op zondagavond met de familieleden poker speelt. Poker in huiselijke kring, de zogenoemde 'home-games', is daarom toegestaan.

Poker op internet

Omdat de exploitanten van websites waarop gelegenheid wordt gegeven tot deelname aan poker vaak buiten Nederland gevestigd zijn, rijst de vraag wanneer dergelijk aanbod in het vaarwater komt van de Wok. De Hoge Raad heeft in arrest van 8 februari 2005 geoordeeld dat sprake is van in Nederland gelegenheid geven tot deelname aan kansspelen (in de zin van artikel 1 Wok) wanneer de deelnemer in Nederland via zijn computer kan deelnemen aan pokersites en Nederland voorkomt in de 'landenlijst op de website'. Op dit moment voorziet de Wok niet in de mogelijkheid vergunning te verlenen voor via internet georganiseerde kansspelen (waaronder poker). Het spelen dan wel aanbieden van poker via internet is dus feitelijk verboden.

Er is een wetswijziging in behandeling op grond waarvan Holland Casino gedurende een proefperiode de mogelijkheid krijgt kansspelen – waaronder poker – via internet aan te bieden (Notulen Tweede Kamer 2005-2006, 30362 nr.2). Het lanceren van digitaal gokken bij het Holland Casino wordt op 29 januari 2008 door de Tweede Kamer besproken. Vervolgens zal het voorstel nog in Brussel ter EU-goedkeuring voorgelegd worden. Mochten deze stappen succesvol zijn dan zou het Holland Casino tussen mei en augustus 2008 een internetcasino kunnen lanceren.

2.3 Conclusie

Poker kan in vele varianten gespeeld worden. Bij het spelen van poker komen de aspecten geluk, tactiek en bluffen samen. Het doel van de pokeraar is om een zo sterk mogelijke combinatie van vijf kaarten te creëren. De sterkte van de combinatie is echter niet het enige aspect dat winst op kan leveren. Het overbluffen van andere pokeraars aan de tafel kan ook winst opleveren.

Pokerspelen om geld is over het algemeen alleen toegestaan binnen het Holland Casino. In de wetgeving bestaan er echter zeldzame uitzonderingen voor plaatsen waar ook om geld gepokerd mag worden. Zodoende is het ook toegestaan om in besloten kring om geld te spelen. Het wetsvoorstel waarin Holland Casino de mogelijkheid geboden wordt via het internet kansspelen in Nederland aan te bieden, wordt nog door verschillende partijen in beraad genomen. Hiervan is de uitkomst nog onbekend.

Medio 2007 heeft de eerste cliënt met pokerproblemen zich bij Tactus gemeld. Hij raakte steeds meer in de schulden door poker, maar kon desondanks toch niet stoppen met het spel. Naar alle waarschijnlijkheid is er bij deze persoon sprake van problematisch gokgedrag. Je zou kunnen spreken van een gokverslaving.

Om het kader van dit onderzoek nader te belichten, wordt in dit hoofdstuk stil gestaan bij het begrip problematisch gokgedrag. Hierbij wordt aandacht besteed aan de definitie, de prevalentie en de algemene trend van problematisch gokgedrag. Er worden resultaten van een literatuurstudie naar versterkende factoren van problematisch gokgedrag gepresenteerd. Heeft het type kansspel of geslacht bijvoorbeeld invloed op het gokgedrag? Het hoofdstuk sluit af met de centrale onderzoeksvraag en de hiermee gepaard gaande deelvragen.

3.1 Pathologisch gokken

3.1.1 Definitie

In onderzoeken wordt de term problematisch gokken veelal vervangen door pathologisch gokken (Steel & Blaszczynski, 1998; Westphal & Rush, 1996). Deze term vloeit voort uit de beschrijving van pathologisch gokken die opgenomen is in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), de Diagnostic and Statistical Manual. Het DSM-systeem helpt de diagnosticus een individu te beoordelen op een psychische stoornis. Pathologisch gokken valt in dit systeem onder de stoornissen in impulsbeheersing. Er is sprake van pathologisch gokken indien het gokgedrag niet toe te schrijven is aan een manische episode, én er minstens vijf van de diagnostische criteria voor pathologisch gokken van toepassing zijn. Deze worden in tabel 3.1 weergegeven.

Tabel 3.1 *Diagnostische criteria voor pathologisch gokken (DSM-IV)*

Er is sprake van pathologisch gokken indien er minstens vijf van de volgende kenmerken op een persoon van toepassing zijn:

1. is gepreoccupeerd door gokken (bijvoorbeeld preoccupatie met het herbeleven van eerdere gokervaringen, de bij het gokken horende handicaps of het plannen van de volgende gok, of denken over manieren om aan geld te komen om te gokken).
2. heeft steeds meer geld nodig om te gokken om dezelfde opwindning te bereiken.
3. deed herhaaldelijk weinig succesvolle pogingen het gokken in de hand te houden, te verminderen of te stoppen.
4. is rusteloos of prikkelbaar bij pogingen om het gokken te verminderen of te stoppen.
5. gokt als een middel om te ontsnappen aan problemen of om een sombere stemming te verlichten (bijvoorbeeld gevoel van hulpeloosheid, schuld, angst, depressie).
6. keert vaak de volgende dag terug om het geld dat eerder verspeeld werd terug te winnen ('quitte' te spelen).
7. liegt tegen gezinsleden, behandelaar of anderen om de mate van betrokkenheid bij het gokken te verhullen.
8. heeft onwettige handelingen begaan om het gokken te kunnen betalen, zoals vervalsing, oplichting, diefstal of verduistering.
9. heeft vanwege het gokken belangrijke relaties, werk of onderwijs- of carrièremogelijkheden op het spel gezet of is deze kwijtgeraakt.
10. rekent op anderen om voor geld te zorgen om een uitzichtloze financiële situatie, die door het gokken ontstaan is, te verlichten.

Klinisch bewijs suggereert dat de ontwikkeling van pathologisch gokgedrag uit drie fasen bestaat; de winnende fase, de verliezende fase en de wanhoopsfase (Custer, 1984; Lesieur, 1984; Griffiths, 1995; Bellringer, 1999). De winnende fase ontstaat meestal wanneer het individu voor het eerst gokt. Kleine winsten laten de gokker geloven dat hij aanleg heeft voor succesvol gokken en dat hij er behendig in is. Verschillende onderzoekers concluderen dat de meeste

recreatieve gokkers in deze fase stoppen (Custer, 1984; Griffiths, 1995). Echter, sommige gokkers blijven overtuigd van hun 'gokvaardigheid'. Deze groep gokkers lopen het risico om in de volgende fase uit te komen. In deze fase, de verliezende, maken de gokkers overwegend verlies. Hoewel dit het geval is, ervaren gokkers deze verliezen niet omdat zij de overtuiging hebben dat deze kleine verliezen een voorbode zijn van volledig succes (Bellringer, 1999). Onvermijdelijk is dat de verliezende fase langer aanhoudt dan de gokker verwachtte en raakt hij hierdoor in geldproblemen. De fase wordt gekarakteriseerd door een achtervolgingspatroon. Dit patroon uit zich in bijvoorbeeld het gaan gokken voor de grote winst waardoor alle gokproblemen zullen verdwijnen. Echter, in plaats van dat het problemen oplost, raakt de gokker alsmat dieper in de schulden en wordt de gokker ook op andere gebieden van zijn functioneren nadelig beïnvloed (Griffiths, 1995). Als resultaat van dit continuerende gokgedrag bereikt de gokker de wanhoopsfase. In deze fase stapelen de schulden zich op en om financiële problemen op te kunnen lossen wordt de gokker afhankelijk van mensen in zijn omgeving. Dit heeft veelal relationele problemen tot gevolg. Als laatste 'oplossing' om zijn financiële problemen op te lossen kan de gokker zich gedwongen voelen om criminele activiteiten te ondernemen (Bellringer, 1999).

3.1.2 Prevalentie

Door De Bruin en collega's (2006) is de omvang van het aantal problematische gokkers in Nederland geschat met behulp van de Soath Oaks Gambling Screen (SOGS). Uit de analyses van het onderzoek van de Bruin en collega's (2006) bleek dat 0,31% van de 5.575 respondenten een SOGS score van vijf of meer had en dus als probleemspeler van 16 jaar of ouder kan worden beschouwd. Dit komt neer op circa 40.000 mensen in Nederland. De betrouwbaarheidsmarge van de schatting is echter relatief groot en ligt tussen de 21.000 en 59.000. Het aantal risicospelers in Nederland wordt geschat op circa 76.000, met een betrouwbaarheidsinterval van 50.000 tot 103.000 (De Bruin et al., 2006).

In 2006 zijn 2646 personen in Nederland bij de verslavingszorg in behandeling geweest voor gokken als primair probleem. Dit betekent dat slechts 7% van de 40.000 probleemspelers in Nederland behandeld wordt voor hun gokprobleem (Ouwehand, Kuijpers, Wisselink & van Delden, 2007). Het aantal mensen dat in behandeling is met gokken als primair probleem, is jarenlang afgenomen. Dit blijkt uit cijfers van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ouwehand et al., 2007). In 2003 en 2004 veranderde dit echter en is een stijging in het aantal hulpvragen waargenomen. Dit zette zich niet door, want zowel in 2005 als 2006 is het aantal hulpvragen opnieuw afgenomen. Ouwehand en collega's (2007) concluderen dat de verwachte problemen ten aanzien van gokken als gevolg van de hype rond het pokeren voorsnog niet zichtbaar zijn.

De Bruin en collega's (2006) concluderen dat in internationaal opzicht het aandeel probleemgokkers in Nederland relatief laag is. Deze constatering is gebaseerd op een vergelijking tussen Nederlandse gegevens en gegevens die afkomstig zijn van buitenlandse studies. Met name in de Verenigde Staten en Canada ligt het percentage probleemgokkers hoger (gemiddeld 1,0% vs. 0,3% in Nederland). In Scandinavische landen als Zweden en Noorwegen liggen de cijfers meer in lijn met de Nederlandse situatie. Op de volgende pagina worden in tabel 3.2 prevalentiecijfers afkomstig van buitenlandse studies naar pathologisch gokken weergegeven (De Bruin et al., 2006).

3.1.3 Preventie en beleid

Voor de mogelijk dalende trend in hulpvragen zijn een aantal mogelijke verklaringen aan te wijzen: het zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat het preventiebeleid van de kansspelbranche gedurende de laatste jaren zijn vruchten af begint te werpen. Dit preventiebeleid houdt onder andere in dat risico- en probleemspelers een vrijwillig entreeverbod of bezoekbeperking bij Holland Casino aan kunnen vragen. Onderzoek heeft aangetoond dat er

de afgelopen tien jaar inderdaad steeds meer gebruik is gemaakt van deze mogelijkheid (de Bruin et al., 2001). Een ander onderdeel van het preventiebeleid, dat de dalende trend in de hand heeft kunnen werken, is dat er sprake is van een strengere toegangscontrole van amusementscentra. In 2000 is het Speelautomatenbesluit van kracht geworden. Hierin staan diverse reguleringen die het gokken aan banden legt. Een goed voorbeeld is de verwijdering van gokkasten uit laagdrempelige voorzieningen als cafetaria's. Daarnaast is er de beperking van twee speelautomaten voor hoogdrempelige voorzieningen vastgelegd in het Speelautomatenbesluit. Deze beperking heeft naar alle waarschijnlijkheid een preventieve werking op eventuele problematische gokkers.

Personen die pathologisch gokgedrag vertonen, hebben moeite hun gokgedrag in de hand te houden. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in het verleggen van de grenzen (meer spelen, meer geld inzetten) en eerder geleden verlies terug proberen te winnen. Preoccupatie met gokken is een ander belangrijk kenmerk van pathologisch gokgedrag. Het gokken beheerst dan voor een groot deel het leven van de persoon. Dit kan zich uiten in minderwaardigheidsgevoelens, verwaarlozing van sociale contacten, maar ook in geldproblemen of slecht slapen. In vergelijking met alcoholverslaving en/of opiatenverslaving blijkt in Nederland de hulpvraag naar aanleiding van pathologisch gokken (gokverslaving) kleiner te zijn (Ouwehand et al., 2007). Echter, de eerder genoemde problemen waarmee kansspelverslaafden en hun directe omgeving kampen en de samenhangende (potentiële) gevolgen op sociaal-maatschappelijk en justitieel gebied maken een actieve voortzetting van het preventiebeleid noodzakelijk.

Tabel 3.2 Prevalentie probleemspelers en risicospelers in Nederland en het buitenland

| Jaar | Land | Probleemspelers SOGS ¹ 5+ (LYP) ² | Risicospelers SOGS 3-4 (LYP) | Probleemspelers SOGS 5+ (LTP) ³ | Risicospelers SOGS 3-4 (LTP) | Referentie |
|------|--|---|------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| 2004 | Nederland | 0,3% | 0,6% | 1,0% | 1,5% | (De Bruin et al., 2005) |
| 2003 | Noorwegen (NODS) ⁴ | 0,3% | 0,4% | 0,6% | 0,8% | (Norwegian Gaming Board, 2003) |
| 2003 | Noorwegen (18+) | 0,2% | 0,5% | | | (Götestam en Johansson, 2003) |
| 2002 | Verenigde Staten | | | 1,3% | | (Volberg en Banks, 2002) |
| 2002 | Verenigde Staten (DIS) ⁵ | 1,7% | | | | (Welte et al., 2002) |
| 2001 | Zweden | 0,6% | 1,4% | 1,2% | 2,7% | (Volberg et al., 2001) |
| 2000 | Canada (spelers, LJ) | | | 2,6% | 3,0% | (Cox et al., 2000) |
| 2000 | Hull, Canada (t0) | 1,1% | 2,0% | 2,2% | 3,3% | (Jacques et al., 2000) |
| 2000 | Hull, Canada (t1) | 1,8% | 2,4% | 3,3% | 7,8% | (Jacques et al., 2000) |
| 2000 | Quebec, Canada (t0) | 0,9% | 2,1% | 2,2% | 3,4% | (Jacques et al., 2000) |
| 2000 | Quebec, Canada (t1) | 0,5% | 1,7% | 2,9% | 4,4% | (Jacques et al., 2000) |
| 1998 | Verenigde Staten | 1,9% | 3,6% | 4,0% | 7,5% | (NORC, 1999) |
| 1996 | Canada (18+) | | | 2,1% | 2,4% | (Ladouceur et al., 1999) |
| 1989 | Canada (18+) | | | 1,2% | 2,1% | (Ladouceur et al., 1999) |

¹De afkorting SOGS staat voor een afkorting van Soath Oaks Gambling Screen.

²*Last Year Prevalency* is van toepassing op individuen die op basis van het jaar voorafgaand aan de meting in één van de twee eerder genoemde groepen gekwalificeerd zijn.

³Onder *Life Time Prevalency* van pathologisch gokken vallen ook de respondenten die niet in het jaar voor de meting, maar wel op basis van eerdere momenten in hun leven in een dergelijke groep gekwalificeerd zijn.

⁴NODS staat voor een afkorting van NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems.

⁵DIS staat voor Diagnostic Interview Schedule.

3.2 Versterkende factoren

In de literatuur is gezocht naar factoren die een versterkende invloed hebben op de mate van pathologisch gokken. In deze paragraaf worden de versterkende factoren beschreven. Ten aanzien van poker zijn hierover geen gegevens bekend. Daarom is pathologisch gokken in zijn algemeenheid als uitgangspunt genomen. In dit onderzoek wordt aangenomen dat deze factoren ook voor poker zullen gelden.

Demografische variabelen

Onderzoek van De Bruin et al. (2006) heeft aangetoond dat bepaalde demografische variabelen samenhangen met pathologisch gokgedrag. Uit het onderzoek blijkt dat pathologisch gokken meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen. De leeftijdsgroep 30 t/m 49 jaar lijkt een verhoogd

risico te lopen op het vertonen van pathologisch gokgedrag. Pathologisch gokken komt bij mensen die werkloos zijn of in de WAO zitten significant vaker voor. Onderzoek van Lampert, van der Lelij en Gras (2004), dat zich specifiek richt op internetkansspelen, vindt ook een samenhang tussen demografische variabelen en pathologisch gokgedrag. Uit dit onderzoek komt namelijk naar voren dat meer mannen (65%) dan vrouwen (35%) op het internet gokken. Wat leeftijd betreft is de groep 26 t/m 34 jaar het sterkst vertegenwoordigd. Mensen met een MBO- of lagere opleiding lijken het meest te worden aangetrokken tot gokgedrag en lopen een hoger risico voor het vertonen van pathologisch gokgedrag.

Impulsiviteit

De classificatie van pathologisch gokken binnen de DSM-IV als een impulscontrolestoornis versterkt het vermoeden dat de determinant impulsiviteit een rol speelt bij pathologisch gokken. Impulsiviteit is dan ook veelvuldig gelinkt aan (gok)verslaving.

Carlton en Manowitz (1994) hebben als gevolg van een kleinschalig onderzoek de verwachting dat pathologische gokkers in vergelijking met een controlegroep een verhoogde mate van impulsiviteit uitdragen. Het onderzoek van Carlton et al. (1994) is gehouden onder een populatie van twaalf mannelijke kansspelerslaafden. De mate van impulsiviteit werd vergeleken met een controlegroep bestaande uit vijftien mannen. Een vergelijkbaar onderzoek van Blaszczynski en Steel (1998) heeft de mate van impulsiviteit onder een groep pathologische gokkers met normatieve data vergeleken. Bij dit onderzoek was een groep van 82 pathologische gokkers betrokken en de normatieve data bestond uit 235 scores afkomstig van een 'normale' populatie. Uit het onderzoek is gebleken dat de mate van impulsiviteit binnen de groep pathologische gokkers significant hoger was ($p < 0.01$). De gemiddelde score van de groep pathologische gokkers betrof namelijk 8.35 terwijl de gemiddelde score van de normatieve data 6.53 bedroeg. Hiermee wordt de eerder beschreven verwachting van Carlton et al. gesteund. Gezien de grotere onderzoekspopulatie staat het onderzoek van Blaszczynski et al. (1998), wat wetenschappelijke significantie, sterker.

Long-odds versus Short-odds

In de verzameling van kansspelen is er een onderscheid te maken tussen short-odds- en long-odds-spelen. Tot short-odds-spelen worden de kansspelen gerekend waarbij het relatief kort duurt voordat de uitkomst van de gok bekend is. Er is dus in vergelijking met de long-odds-spelen een kortere tijd tussen inleg en uitkomst. De kansspelautomaten hebben de kortste tijd tussen inleg en uitkomst. Pathologisch gokken blijkt een hogere prevalentie te kennen onder short-odds-spelen. De Bruin en collega's (2006) concluderen dat de korte tijd tussen inzet en resultaat hiermee invloed heeft op het ontstaan van pathologisch gokgedrag.

Internet

King en Barak (1999) hebben het relatief nieuwe fenomeen internetgokken met betrekking tot pathologisch gokken onderzocht. De gemakkelijke toegang, anonimiteit en sterke verspreiding van het internet maken het medium internet een versterkende factor voor pathologisch gokken. Poker wordt ook door vele internetcasino's aangeboden. Enkele grote aanbieders van internetpoker zijn Everest Poker, Party Poker en Pacific Poker. Mensen kunnen wanneer het hun uitkomt op hun pokeraccount inloggen en aan de vele digitale tafels plaatsnemen. Woods en collega's (2007) concluderen dat het spelen van kansspelen op het internet een sterk verslavende werking heeft. Bij dit onderzoek werden 499 studenten betrokken die op het internet poker spelen. De onderzoekers concludeerden dat maar liefst 18 procent van deze groep als pathologisch gokkers te classificeren zijn. De extra verslavende werking van internetgokken komt ook in het onderzoek van de Bruin et al. (2006) aan bod. Uit dit rapport blijkt dat bijna de helft van de respondenten die via internet speelt (ex-) risicospeler of (ex-) probleemspeler is. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het aantal respondenten dat op het internet kansspelen speelt, slechts 20 personen bedroeg. Echter, de bevinding geeft een signaal betreffende de mogelijk extra verslavende werking van internetkansspelen af. Hoewel er tot op heden weinig onderzoek naar kansspelen op het internet verricht is, suggereren de beschikbare studies dat het internet een risicoverhogende plaats voor het ontstaan van pathologisch gokgedrag is.

3.3 Poker in relatie tot pathologisch gokken

De relatie tussen poker en pathologisch gokken is in wetenschappelijke studies een weinig onderzocht fenomeen. Het feit dat poker tot voor kort nauwelijks door een groot publiek gespeeld werd, kan een reden hiervoor zijn. Poker is niet helemaal te vergelijken met andere kansspelen. De pokeraar kan namelijk meer invloed hebben op het spelverloop, door bijvoorbeeld het wegleggen van een slechte hand of het afbluffen van tegenspelers. Behendigheid speelt, in vergelijking met andere kansspelen, bij poker dus een belangrijker rol.

Vanuit verkennend onderzoek is gebleken dat internet een populaire plaats is om poker te spelen (Fransen et al., 2007) en mede hierdoor ontstaat de verwachting dat het eerder geschatte aantal van 150.000 in werkelijkheid hoger ligt. Naast het spelen van poker op het internet wordt poker ook veel in de privésfeer gespeeld. In het onderzoek van De Bruin et al. (2006) is aangetoond dat kansspelen die in de privésfeer of op het internet gespeeld worden een verhoogde kans op pathologisch gokgedrag met zich meebrengen. Een verklaring wordt voor dit verband niet gegeven. Het kan echter zo zijn dat achterwege blijvende preventie bij deze locaties van spelen een oorzaak is. Tevens is er bij internetkansspelen in veel mindere mate sprake van sociale controle.

Betreffende het spel poker kan er ook een onderscheid worden gemaakt tussen short-odds en long-odds. Poker kan bijvoorbeeld in toernooivorm worden gespeeld waarbij het uren kan duren voordat de speler kans maakt op winst. Een toernooi begint namelijk met relatief veel spelers en 'slechts' een deel van deze spelers komt daadwerkelijk in aanmerking voor het prijzengeld. Naast de toernooivorm van poker bestaat er ook een spelvariant waarbij elk gespeelde hand direct geld voor de speler op kan leveren. Dit worden ook wel 'cash-games' genoemd. Bij cash-games bestaat er dus een kortere wachttijd tot de speler het resultaat van zijn spel duidelijk krijgt. Het mogelijk verschil in effect tussen short-odds en long-odds wordt in dit onderzoek meegenomen.

Tot op heden is er op Woods et al. (2007) na geen onderzoek naar de samenhang tussen poker en pathologisch gokken verricht. Gezien de grote populariteit van het spel is het van belang om inzicht hierin te krijgen. Samen met de vragen die Tactus bereikten over de mogelijke risico's van poker en de eerder genoemde aanmeldingen van jongeren die door het spelen van poker in geldproblemen kwamen, roept dit vragen op over de nadelige gevolgen die poker kan hebben. Het onderzoek dient onder andere de vraag te beantwoorden of pokeraars een potentiële risicogroep voor pathologisch gokken zijn. Mocht dit het geval zijn dan is het voor Tactus, in het bijzonder, en de landelijke verslavingszorg in zijn algemeenheid relevant om aandacht te besteden aan vroegtijdige interventie.

3.4 Onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op het inzichtelijk maken van de mate waarin pathologisch gokgedrag binnen een pokerspelende populatie voorkomt. Hierdoor is het onderzoek te typeren als een verkennend onderzoek waarin gezocht wordt naar pathologisch gokken door pokeraars en daarmee samenhangende factoren.

De centrale vraag is:

Is er sprake van een verband tussen het spelen van poker en pathologisch gokgedrag en welke factoren hangen hiermee samen?

Om tot een omvattend beeld te komen van het verband tussen pathologisch gokken en poker zullen onderstaande deelvragen worden beantwoord.

- Welke demografische kenmerken heeft de onderzoekspopulatie?
- Op wat voor manier en waar wordt poker gespeeld?
- Wat zijn de cognitieve gedragsdeterminanten van de pokerspelers in relatie met poker?
- In welke mate is er sprake van pathologisch gokgedrag binnen de onderzochte populatie?
- Welke onderzochte variabelen zijn risicoverhogend voor het ontstaan van pathologisch gokgedrag?
- In welke mate vormen pokerspelers een mogelijke risicogroep voor het vertonen van pathologisch gokgedrag?

4.1 Onderzoeksopzet

Voor het onderzoek is een digitale vragenlijst ontwikkeld die pokerspelers online konden invullen. Er is gericht gezocht op plaatsen waar (verschillende typen) pokerspelers worden verwacht (convenience sample). De onderzoekspopulatie is hierdoor geen representatieve steekproef van pokerspelers in Nederland.

De looptijd van de online- vragenlijst betrof de periode van 23 augustus 2007 tot 22 oktober 2007. In totaal hebben 756 respondenten aan het onderzoek deelgenomen. Van deze groep hebben 589 respondenten de vragenlijst voldoende ingevuld. Hieruit kan geconcludeerd worden dat 78% van de respondenten de vragenlijst voldoende heeft ingevuld. Bij het bepalen of een vragenlijst voldoende ingevuld was, is het invullen van de SOGS als voorwaarde genomen.

De in- en exclusiecriteria worden in tabel 4.1 weergegeven.

Tabel 4.1 *In- en exclusiecriteria*

| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
|--|---|
| Respondent speelt poker of heeft poker gespeeld | Respondent geeft aan nooit poker gespeeld te hebben (n=34) |
| Vragenlijst voldoende ingevuld (minimaal t/m SOGS) | Vragenlijst onvoldoende ingevuld (drop-out voor SOGS) (n=132) |
| Legitieme respons | Vragenlijst ongeloofwaardig ingevuld (n=1) |

4.2 Respondenten

Om een grote variatie in type pokeraars te krijgen zijn de respondenten dankzij een digitale oproep benaderd. Hierbij is gelet op de locatie waar mensen poker spelen. Voor het behalen van deze doelstelling is er gezocht naar mensen die voornamelijk op internet poker spelen en naar pokeraars die het spel elders spelen, met name in de privésfeer.

Om de groep internetpokeraars te bereiken is, met toestemming van forabeheerders, een oproep voor deelname aan het onderzoek geplaatst op de websites pokercollege.nl en pokerinfo.nl. Deze websites zijn gekozen omdat zij over actieve fora beschikken. Gezien het feit dat het onderzoek een Nederlandstalige vragenlijst betreft, zijn buitenlandse pokersites buiten beschouwing gelaten.

Om de groep pokeraars te bereiken die het spel elders spelen, is er ook op andere plekken geworven. Zodoende is de oproep in de vorm van een mail onder 900 medewerkers van een zorginstelling verspreid. Tevens is met toestemming van drie regionale onderwijsinstellingen de oproep onder studenten en leerlingen verspreid. Ook dit gebeurde aan de hand van een mailing waarin de link naar het onderzoek vermeld stond. Eén van de onderwijsinstellingen heeft op haar algemene website de oproep van het onderzoek geplaatst.

In de oproep werden mensen gevraagd of zij het onderzoek ook in hun omgeving onder de aandacht wilden brengen. Doel hiervan was om niet alleen de direct aangesprokenen bij het onderzoek te betrekken, maar ook pokerspelers in zijn of haar omgeving. Een dergelijke manier van respondentenwerving staat ook wel bekend als de sneeuwbalmethode.

4.3 Meetinstrumenten

De keuze voor de vragenlijst was gebaseerd op enkele gestandaardiseerde meetinstrumenten, items die in eerder onderzoek naar poker zijn gebruikt en items die voor dit onderzoek zijn vormgegeven. In deze paragraaf wordt dit verder beschreven. De volledige vragenlijst is als bijlage 1 van dit rapport te vinden.

Demografische variabelen die werden gemeten zijn geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, belangrijkste bezigheid, opleidingsniveau, huidige opleiding en het gemiddelde bedrag dat iemand per 4 weken te besteden heeft (na aftrek van lasten). Bij de laatste vraag werd een vijfpuntenschaal gebruikt variërend van ‘minder dan 100 euro’ (1) tot ‘700 euro of meer’ (5).

De aard van poker spelen werd gemeten met meerdere vragen, onder meer afkomstig van het pokeronderzoek van Enderink (2007) en de intakelijst van Gokkendebaas.nl (Tactus Verslavingszorg, 2007). Allereerst werd op een vijfpuntenschaal variërend van ‘korter dan 6 maand’(1) tot ‘4 jaar of langer’ (5) gevraagd naar hoe lang de pokeraar al poker speelt. Om de frequentie van spelen te meten werd van een zespuntenschaal variërend van ‘zelden’ (1) tot ‘iedere dag’(6) gebruik gemaakt. Het meest populaire dagdeel van een pokeraar om poker te spelen is aan de hand van een vierpuntenschaal gemeten. Deze schaal liep uiteen van ‘’s ochtends’ (1) tot ‘’s nachts’ (4). Hoeveel uur een pokersessie van de persoon gemiddeld duurt is in beeld gebracht door een antwoordschaal beginnend bij ‘minder dan 1 uur per keer’ (1) en eindigend bij ‘langer dan 6 uur per keer’ (5). Vervolgens werd de respondenten gevraagd of zij om geld poker spelen en hoeveel zij per gelegenheid inzetten. Of iemand om geld pokert werd gemeten door een driepuntenschaal bestaande uit ‘ja, altijd’ (1), ‘nee, nooit’ (2) en ‘soms wel, soms niet’ (3) en bij de meting de gemiddelde inzet van iemand werd gebruik gemaakt van een zespuntenschaal variërend van ‘niet van toepassing’ (1) tot ‘101 euro of meer’ (6). Bij de vraag naar de besteding aan poker gedurende de afgelopen vier weken kon de respondent in een open ruimte zelf een bedrag opgeven hoeveel het bedroeg. Dezelfde manier van meten gold voor de opbrengst van poker spelen gedurende de afgelopen vier weken. Of iemand soms meer aan het spelen van poker besteed heeft dan vooraf voorgenomen was, werd gemeten op een tweepuntenschaal waarbij de respondent ‘ja’ (1) of ‘nee’ (2) aan kon geven. Tot slot werd de respondent gevraagd op welke plaats hij poker (het meest) gespeeld heeft. Bij de eerste vraag betreffende de plaats kon de respondent meerdere antwoorden op een zevenpuntenschaal geven. Deze schaal bestond uit ‘thuis of bij vrienden’ (1), ‘op school’ (2), ‘in een café, bar of restaurant’ (3), ‘in het Holland Casino’ (4), ‘op het internet’ (5), ‘illegale casino’s’ (6) of ‘anders, namelijk’ (7). Bij de tweede vraag naar de plaats waar de respondent de afgelopen vier weken het meest gepokerd heeft, moest hij één antwoordmogelijkheid kiezen.

De cognitieve gedragsdeterminanten betreffende poker in dit onderzoek waren; 1) de eigen-effectiviteit, 2) de motivatie voor het poker spelen, 3) de descriptieve norm en 4) de spelattitude. De eigen-effectiviteit is afkomstig van de Social Learning Theory van Bandura. In dit model wordt eigen-effectiviteit als volgt omschreven; het vertrouwen dat iemand heeft om over de vereiste vaardigheden te beschikken met als doel weerstand te geven aan verleiding, omgaan met stress en het kunnen aanwenden van bronnen om om te kunnen gaan met de situatie (Bandura, 1997). De eigen-effectiviteit werd gemeten door de respondent aan te laten geven in welke mate de volgende uitspraak op hem van toepassing was; ‘Als het moet, kan ik mijn pokergedrag eenvoudig veranderen’. De antwoordopties hierbij waren ‘nooit’ (1), ‘soms (minder dan de helft)’ (2), ‘meestal (meer dan de helft)’ (3) en ‘altijd’ (4). De motivatie om poker te spelen werd met behulp van zes mogelijke aanleidingen voor poker spelen gemeten. Hierbij moest de respondent aangeven of hij er ‘mee eens’ (1) of ‘mee oneens’ (2) was dat de genoemde aanleiding voor hem gold (bijv. ‘Het spelen van poker zorgt voor spanning: mee eens (1) / mee oneens (2)’). Volgens Reno, Cialdini en Kallgren (1993) beschrijft de descriptieve norm wat de meeste mensen in een omgeving doen en motiveert deze mensen doordat zij dat gedrag of de gevolgen ervan zien. De descriptieve norm werd gemeten aan de hand van een

vierpuntenschaal variërend van ‘iedereen in mijn omgeving speelt poker’ (1) tot ‘(bijna) niemand in mijn omgeving speelt poker’ (4). Tot slot werd de spelattitude gemeten. Bij deze meting werd de respondent de vraag gesteld ‘Wat voor soort spel vind jij dat poker is?’. Op een vijfpuntenschaal kon hij aangeven wat zijn opvatting was, deze schaal zag er als volgt uit: ‘een puur kansspel’ (1), ‘meer een kans- dan een behendigheidspel’ (2), ‘50% kansspel – 50% behendigheidspel’ (3), ‘meer een behendigheds- dan een kansspel’ (4) en ‘een puur behendigheidspel’ (5).

Het type pokerspel dat door pokerspelers gespeeld wordt is door middel van een bevraging naar short-odds en long-odds in beeld gebracht. Hierbij werd de respondent gevraagd of hij de afgelopen vier weken poker in toernooivorm (long-odds) gespeeld heeft en zo ja, hoe vaak hij dit gedaan heeft. Bij de long-odds werd de respondenten gevraagd ‘Heb je de afgelopen vier weken poker in toernooivorm gespeeld?’. Hierop kon hij op een tweepuntenschaal antwoord geven, namelijk ‘ja’ (1) en ‘nee’ (2). Vervolgens kon hij aangeven op hoeveel dagen hij de afgelopen vier weken in deze variant poker gespeeld heeft. De antwoordmogelijkheden konden variëren van ‘Niet van toepassing’ (1) tot ‘28 dagen’ (29). Dezelfde vragen werden ook gesteld ten aanzien van de zogenaamde ‘cash-games’.

De mate van pathologisch gokken werd gemeten door de Soath Oaks Gambling Screen (voortaan te noemen SOGS). De SOGS-vragenlijst is ontwikkeld door Lesieur en Blume (1987) en bestaat uit 21 items die screenen op pathologisch gokken. De items bevatten vragen over het verborgen houden van eigen gokgedrag, het meer tijd en geld aan gokken besteden dan iemand van plan was, het ruzie maken met familie of huisgenoten en het geld lenen om te kunnen gokken of om speelschulden af te betalen. De vragenlijst is gebaseerd op de DSM-III waarin pathologisch gokken als een impulsiviteitstoornis opgenomen is.

Respondenten beantwoordden elk van de 21 SOGS-items met 'ja' of 'nee'. Bij 'ja' werd een punt gescoord, bij 'nee' niet. Bij de eerste twee items kon de respondent kiezen uit vier antwoordmogelijkheden, namelijk ‘nooit’ (1), ‘soms (minder dan de helft)’ (2), ‘meestal (meer dan de helft)’ (3) en ‘altijd’ (4). Bij respons op de antwoordmogelijkheden drie of vier scoorde de respondent een punt op de SOGS. Indien een respondent vijf of meer vragen met ja beantwoordde, wordt gesproken van ‘waarschijnlijk pathologisch gokker’, bij een SOGS-score van 3 of 4 van ‘mogelijk pathologisch gokker’.

De SOGS is ten aanzien van pathologisch gokken een veel gehanteerd meetinstrument (Pasternak IV & Fleming, 1999; Volberg, 1996). Uit onderzoek van Stinchfield (2002) is gebleken dat α van de SOGS binnen een ‘gezonde’ populatie 0.69 bedraagt en binnen een populatie die een gokbehandeling volgt 0.86 bedraagt.

Impulsiviteit werd gemeten met behulp van de Barratt Impulsivity Scale (voortaan te noemen BIS-11). De BIS-11 is een zelfrapportage vragenlijst, bestaande uit 30 items met een Likert schaal. De BIS-11 bevat drie schalen gerelateerd aan impulsiviteit: ‘Attentional Impulsivity’, ‘Motor Impulsivity’ en ‘Non-planning Impulsivity’. Attentional impulsiviteit (8 items) is ontwikkeld om snelle verschuivingen in aandacht en ongeduld met complexiteit te meten. Motor impulsiviteit (11 items) meet ‘impulsieve acties’, dus het direct en ongepland handelen als een reactie op stimuli. Non-Planning impulsiviteit (11 items) meet ‘tekort aan toekomst-oriëntatie’, of ook wel het niet afwegen van consequenties op lange termijn (Christodoulou, Lewis, Ploubidis & Frangnou, 2006). De Nederlandstalige vertaling is onder meer gebruikt door Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs & van den Brink (2007). De auteurs geven aan dat er een adequate betrouwbaarheid voor de Nederlandstalige versie van BIS-11 bestaat. De aangetoonde α ligt tussen de 0.79 en de 0.83.

4.4 Statistische analyse

In het onderhavige onderzoek zijn alle statistische analyses uitgevoerd met behulp SPSS 15.0. Bij de analyses is er gebruik gemaakt van een betrouwbaarheidsdrempel $p < 0.05$.

Beschrijvende statistieken zijn gebruikt om een beeld te krijgen van welke demografische gegevens in de onderzochte populatie (sterk) aanwezig zijn en om de aard en omvang van poker spelen duidelijk te krijgen. Om na te gaan of er een verband is tussen het spelen van poker en pathologisch gokken, en welke factoren hiermee samen hangen, zijn de respondenten onderverdeeld in drie groepen pokeraars. Namelijk: 1. Recreatieve groep, 2. Risicogroep poker (deze groep behoort op basis van de SOGS score toe aan de groep risicospelers. De respondenten in deze groep spelen alleen poker en daarnaast geen andere kansspelen) en 3. Risicogroep gokken (deze groep behoort op basis van de SOGS score toe aan de groep risicospeler. De respondenten in deze groep spelen naast poker ook andere kansspelen). Het onderscheid tussen de risicogroep(en) en de recreatieve groep wordt gemaakt om na te gaan welke factoren mogelijk risicoverhogend zijn. Door onderscheid te maken tussen risicospelers die 'alleen poken' versus risicospelers die 'poken en andere kansspelen spelen', kan worden uitgesloten dat de gevonden factoren samenhangen met het spelen van andere kansspelen. Voor de vergelijking van de drie groepen, zijn een aantal variabelen gedichotomiseerd (=terugbrengen van meerdere antwoordcategorieën tot twee categorieën). Met behulp van de chi-kwadraattoets is op nominaal geschaalde variabelen, zoals geslacht en woonsituatie, gekeken naar mogelijke verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen. De t-toets is bij enkele ratiovariabelen, zoals mate van impulsiviteit en aantal dagen poker spelen, voor hetzelfde doel gebruikt. Om na te gaan of de drie groepen op grond van ordinale variabelen verschillen, is de One-Way-ANOVA-toets gebruikt. Tot slot zijn logistische regressieanalyses uitgevoerd om de belangrijkste voorspellers van risicovol gokgedrag te achterhalen.

5.1 Inleiding

Het belangrijkste doel van dit onderzoek is te achterhalen of het spelen van poker samenhangt met het vertonen van pathologisch gokgedrag. In het eerste deel van dit hoofdstuk is er specifiek aandacht voor de pokeraar, de aard van en opvattingen over poker. Vervolgens wordt de prevalentie van pathologisch gokgedrag onder de 589 bevroegde pokeraars beschreven. Om inzicht te krijgen in welke (poker gerelateerde) factoren een verhoogd risico op pathologisch gokgedrag met zich meebrengen, worden de drie verschillende groepen met elkaar vergeleken. Ten slotte wordt door middel van regressieanalyse de voorspellende waarde van factoren bepaald.

5.2 Onderzoekspopulatie

Van de 589 pokeraars zijn de meeste van het mannelijke geslacht (68,0%) en zijn tussen de 17 en 29 jaar oud (83,5%). Daarnaast blijkt het merendeel van de pokeraars ongehuwd te zijn (91,8%) en studeert (60,2%) dan wel werkt (37,0%). Het opleidingsniveau varieert van basisschool (2,6%), LBO/MAVO (7,2%), HAVO/VWO (41,7%), MBO (20,6%), HBO (18,4%) tot WO (8,2%). Van de pokeraars geeft 70 procent aan op dit moment een opleiding te volgen, waarvan 47,7 procent een HBO-opleiding en 32,4 procent een WO-opleiding. Aangezien er gericht is gezocht naar pokeraars bij drie onderwijsinstellingen was een dergelijke samenstelling te verwachten. Deze verdeling in opleidingsniveau is daarom niet representatief voor de gehele pokerspelende populatie in Nederland.

Bijna de helft van de pokeraars (43,4%) heeft gemiddeld per vier weken tussen de €100 en €300 te besteden verder heeft 11,2 procent minder dan €100 te besteden, ongeveer één op de vijf pokeraars (21%) heeft tussen de €300 en €500 te besteden en een kwart van de pokeraars (24,3%) heeft €500 of meer per vier weken te besteden.

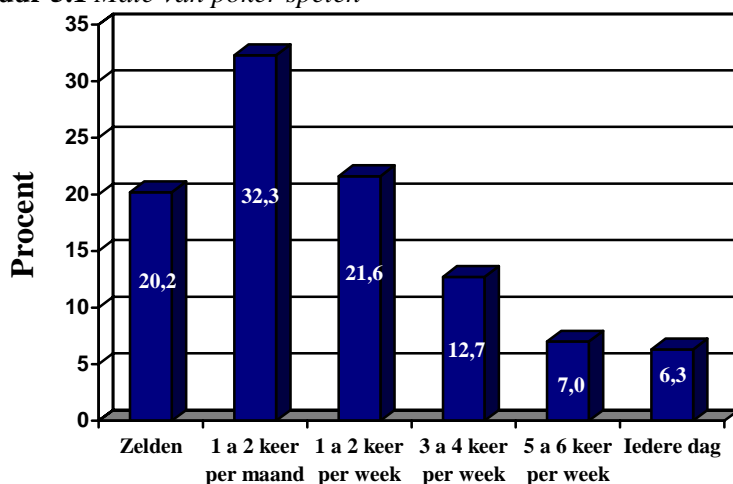
5.3 Het pokergedrag

De pokeraars spelen over het algemeen nog maar kort poker: 56,6 procent speelt één jaar of korter. Daarnaast blijkt 28,6 procent twee jaar poker te spelen. Het overgebleven deel blijkt poker al langer dan drie jaar te spelen.

Van de pokeraars speelt ongeveer de helft (52,5%) hooguit twee keer per maand poker, 47,5 procent blijkt poker meer dan twee keer per maand te spelen. De frequentie van poker spelen wordt in figuur 5.1 weergegeven.

Poker spelen om geld wordt door de meeste pokeraars wel eens gedaan (80,4%). Deze groep is onder te verdelen in een groep pokeraars die aangeven altijd om geld te poken (48,4%) en een groep die soms wel, soms niet om geld pokert (32%). Een groot deel van pokeraars speelt over het algemeen met lage inzetten. Van de groep pokeraars die wel eens om geld pokert blijkt 79 procent gemiddeld tussen de €0 en €25 per gelegenheid in te zetten. Naast deze grote groep pokeraars blijkt ongeveer één op de tien pokeraars wel met hogere inzetten te spelen. 8,1 procent zet gemiddeld €101 of meer per gelegenheid in. De groep pokeraars die altijd om geld speelt geeft, in vergelijking met de groep die niet altijd om geld speelt, vaker meer geld uit aan poker dan was voorgenomen (17,8% vs. 9,0%). Pokeraars die altijd om geld spelen, blijken dus in grotere mate hun grenzen wat inzet betreft te overschrijden. Bij verreweg het grootste deel van de bevroegde pokeraars duurt een pokersessie tussen de 1 en 4 uur (87,6%). De avond is onder de bevroegde pokeraars het populairste dagdeel om te poken (88,2%). Van de pokeraars die op andere dagdelen spelen, geeft 39,1 procent aan dit 's nachts het meest te doen.

Figuur 5.1 *Mate van poker spelen*



Op de vraag naar de locatie(s) van poker spelen, konden de pokeraars meerdere antwoorden geven. Pokeraars spelen voornamelijk thuis of bij vrienden (80,6%). Daarnaast is internet ook een populaire plaats (53,2%). Opvallend is dat het Holland Casino door een gering deel van de pokeraars genoemd wordt (9,5%). Van de pokeraars blijkt 5,3 procent de afgelopen vier weken geen poker gespeeld te hebben. Bij de vraag naar de plaats waar pokeraars de afgelopen vier weken het meest poker gespeeld hebben, is sprake van eenzelfde verhouding. Hierbij kon slechts één antwoord gegeven worden. Tabel 5.1 geeft deze verhouding weer. Hiermee worden eerdere bevindingen dat poker het meest in huiselijke kring of op het internet gespeeld wordt, bevestigd.

Tabel 5.1 *Plaatsen waar poker het meest gespeeld wordt*

| Plaats | Respons |
|--------------------------------|---------|
| Thuis of bij vrienden | 49,8% |
| Internet | 39,3% |
| In een café, bar of restaurant | 5,0% |
| Holland Casino | 1,5% |
| Op school | 0,6% |
| In illegale casino's | 0,2% |
| Anders | 3,7% |

5.4 Cognitieve gedragsdeterminanten

Pokeraars zijn over het algemeen van mening dat zij hun pokergedrag goed kunnen controleren. De meerderheid van de pokeraars (66,2%) acht zichzelf in staat altijd het pokergedrag eenvoudig te kunnen veranderen en een kwart (24,6%) is van mening dat zij meestal het pokergedrag kunnen aanpassen. Ongeveer één op de tien pokeraars (9,2%) geeft aan zijn gedrag in mindere mate aan te kunnen passen.

De redenen die pokeraars het meest belangrijk vinden voor het spelen van poker is de gezelligheid ervan. Ze spelen het spel ook vaak omdat ze er geld mee kunnen winnen en zij het spel als spannend ervaren. Daarnaast blijkt 7,8 procent van de pokeraars het spel te spelen om negatieve gevoelens te verdringen. De respons op verschillende redenen voor het spelen van poker is in tabel 5.2 weergegeven.

Tabel 5.2 Motivatie voor poker spelen

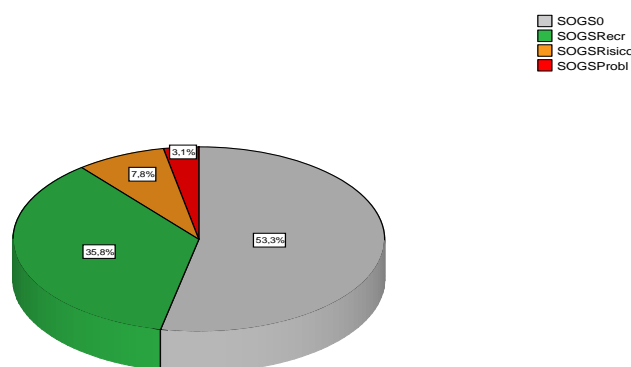
| Motivatie | Mee eens | Mee oneens |
|--|----------|------------|
| Het spelen van poker is gezellig (<i>n</i> =587) | 98,3% | 1,7% |
| Het spelen van poker kan geld opleveren (<i>n</i> =587) | 76,3% | 23,7% |
| Poker zorgt voor spanning (<i>n</i> =587) | 72,4% | 27,6% |
| Het spelen van poker is voor mij een afleiding (<i>n</i> =586) | 55,1% | 44,9% |
| Het spelen van poker stelt mij in staat beter contact te leggen (<i>n</i> =587) | 16,7% | 83,3% |
| Het spelen van poker geeft mij een beter gevoel als ik mij angstig of verdrietig voel (<i>n</i> =587) | 7,8% | 92,2% |

Pokeraars hebben de opvatting dat poker door mensen in hun omgeving ook (veel) gespeeld wordt. 47,2 procent van de pokeraars is van mening dat meer dan de helft van de mensen of (bijna) iedereen (2,2%) in zijn omgeving ook poker speelt. Daarnaast denkt 42,2 procent dat minder dan de helft van zijn omgeving poker speelt en 8,3 procent is van mening dat (bijna) niemand in zijn omgeving poker speelt. De meeste pokeraars vinden dat poker als een behendigheidsspel gezien moet worden (44,5%). Ongeveer twee op de tien pokeraars (22%) is van mening dat poker meer als een kans- dan als een behendigheidsspel gezien moet worden. Het overgebleven deel van de pokeraars (33,6%) vindt poker een spel waarbij behendigheid en kans een even groot aandeel hebben.

5.5 Prevalentie pathologisch gokken

Bij alle 589 respondenten die aan het onderzoek mee hebben gedaan is de Soath Oaks Gambling Screen (SOGS) afgenomen. Een score van vijf of meer betekent dat de respondent als probleemspeler gezien kan worden. Een score van drie of vier houdt in dat de respondent als een risicospeler aangemerkt wordt. Figuur 5.3 geeft de verhouding van spelersclassificaties binnen de onderzochte populatie weer.

Veruit de meerderheid van de pokeraars scoort niet op pathologisch gokgedrag. Het merendeel van de pokeraars (89,1%) kan namelijk als recreatieve speler beschouwd worden (maximale score van 2 op SOGS). Daarnaast valt 7,8 procent van de pokeraars in de groep risicospelers en 3,1 procent is te classificeren als probleemspeler. Hieruit valt te concluderen dat 10,9 procent van de bevroegde pokeraars (mogelijk) pathologisch gokgedrag vertoont. De groep risicospelers (7,8%) hoeft niet per definitie pathologisch gokgedrag te vertonen. Echter, de SOGS-score van deze groep betekent wel dat deze groep een verhoogd risico op het vertonen van pathologisch gokgedrag loopt.

Figuur 5.2 Verhouding spelerstypologieën

5.6 Vergelijking tussen recreatief en risicovol gokgedrag

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt een onderscheid gemaakt tussen de recreatieve groep pokeraars (maximaal SOGS-score 2), de risicogroep pokeraars die alleen poker spelen (SOGS-score 3 of hoger en geen andere kansspelen) en de risicogroep pokeraars die naast poker ook andere kansspelen spelen (SOGS-score 3 of hoger en wel andere kansspelen). Ter verbetering van de leesbaarheid wordt de groep recreatieve pokeraars voortaan de recreatieve groep genoemd, de risicogroep pokeraars die alleen poker spelen wordt aangeduid met risicogroep poker en indien gesproken wordt over de risicogroep pokeraars die naast poker ook andere kansspelen spelen zal de term risicogroep gokken gebruikt worden. De recreatieve groep bestaat uit 525 respondenten (89,1%). Daarnaast bestaat de risicogroep poker uit 28 respondenten (4,8%) en de risicogroep gokken uit 36 respondenten (6,1%).

De verschillen worden in drie afzonderlijke subparagrafen behandeld. In de eerste subparagraaf komen de demografische kenmerken van de drie groepen aan bod. Vervolgens staat de aard van poker binnen de drie groepen centraal. Tot slot wordt stil gestaan bij enkele cognitieve gedragsdeterminanten.

5.6.1 Demografische kenmerken

Op een aantal demografische gegevens verschillen de drie groepen sterk. Voor de leeftijd, woonsituatie en opleidingsniveaus zijn geen significante verschillen gevonden.

Voor geslacht is wel een significant verschil gevonden. Mannen blijken vaker risicospeler te zijn. In de twee risicogroepen zijn maar liefst negen op de tien pokeraars man. In de recreatieve groep is er meer sprake van een balans tussen mannen en vrouwen.

Een kwart van de risicogroep gokken blijkt getrouwd te zijn en meer dan de helft van deze groep geeft aan betaald werk als voornaamste bezigheid te hebben. Van de recreatieve groep en de risicogroep poker blijkt een beduidend kleiner deel getrouwd te zijn. Tevens blijkt dat de meeste pokeraars in deze twee groepen in mindere mate betaald werk als voornaamste bezigheid hebben. Pokeraars in de risicogroep gokken blijken over het algemeen ook meer geld per vier weken te besteden te hebben, ook als er gecorrigeerd wordt voor voornaamste bezigheid. Ongeveer de helft van deze groep heeft gemiddeld meer dan €500 te besteden. Binnen de overige twee groepen heeft 'slechts' ongeveer één op de vier pokeraars €500 of meer per vier weken te besteden. De demografische kenmerken worden in tabel 5.3 weergegeven.

Tabel 5.3 Demografische kenmerken van de drie subgroepen

| | | Recreatief % | Risicogroep (poker) % | Risicogroep (gokken) % | | P ¹ |
|--|------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Geslacht (n=585) | 1. Man | 65,1 | 92,9 | 91,7 | X ² =19.3 | .000 |
| | 2. Vrouw | 34,9 | 7,1 | 8,3 | | |
| Leeftijd (n=589) | 1. 16 jaar of jonger | 2,5 | 3,6 | 2,8 | X ² =1.3 | ns |
| | 2. 17 jaar tot 29 jaar | 83,8 | 85,7 | 77,8 | | |
| | 3. 30 jaar of ouder | 13,7 | 10,7 | 19,4 | | |
| Burgerlijke staat (n=588) | 1. Ongehuwd | 93,7 | 96,4 | 75,0 | X ² =18.00 | .000 ² |
| | 2. Gehuwd | 6,3 | 3,6 | 25,0 | | |
| Woonsituatie (n=587) | 1. Alleen wonend | 20,5 | 21,4 | 13,9 | X ² =.94 | ns |
| | 2. Samenwonend | 27,7 | 21,4 | 38,9 | X ² =2.7 | ns |
| | 3. Wonend bij ouders | 36,7 | 39,3 | 44,4 | X ² =.9 | ns |
| | 4. Studentenhuis | 14,7 | 17,9 | 2,8 | X ² =4.3 | ns |
| Voornaamste bezigheid (n=586) | 1. Betaald werk | 35,9 | 29,6 | 58,3 | X ² =7.9 | .019 ³ |
| | 2. Studerend | 62,0 | 51,9 | 41,7 | X ² =6.6 | .030 ⁴ |
| | 3. Anders | 2,1 | 18,5 | 0% | X ² =27.1 | .000 ^{5,6} |
| Huidige opleiding ⁸ (n=397) | 1. Lagere opleiding | 14,1 | 16,7 | 35,3 | X ² =5.8 | ns |
| | 2. Hogere opleiding | 85,9 | 83,3 | 64,7 | | |
| Hoogst afgeronde opleiding (n=579) | 1. Lagere opleiding | 30,3 | 32,0 | 36,1 | X ² =.6 | ns |
| | 2. Hogere opleiding | 69,7 | 68,0 | 63,9 | | |
| Per 4 weken te besteden (n=587) | 1. Minder dan €500 | 77,3 | 74,1 | 52,8 | X ² =11.0 | .004 ⁷ |
| | 2. Meer dan €500 | 22,7 | 25,9 | 47,2 | | |

¹ Verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen werden getoetst met Chi-kwadraattoets.

² Het percentage respondenten in de risicogroep gokken dat gehuwd was significant hoger dan het percentage in de overige twee groepen.

³ Het percentage respondenten in de risicogroep gokken dat betaald werk als voornaamste bezigheid heeft was significant hoger dan het percentage in de overige twee groepen.

⁴ Het percentage respondenten in de recreatieve groep dat studerend als voornaamste bezigheid heeft was significant hoger dan het percentage in de risicogroep gokken.

⁵ Het percentage respondenten in de risicogroep poker dat een andere bezigheid als voornaamste bezigheid heeft was significant hoger dan het percentage in de overige twee groepen.

⁶ In de recreatieve groep en risicogroep gokken een te lage dekking voor de categorie 'Anders'. De toetsresultaten zijn wel weergegeven.

⁷ Het percentage respondenten in de recreatieve groep dat minder dan €500 per 4 weken te besteden heeft was significant hoger dan het percentage in de risicogroep gokken. Covariaat=voornaamste bezigheid.

⁸ Lagere opleiding=LBO/MAVO en MBO. Hogere opleiding=HAVO/VWO, HBO EN WO.

5.6.2 Aard poker

Met uitzondering van de gemiddelde duur van een pokersessie zijn op alle uitkomstmaten ten aanzien van de aard van poker tussen de drie groepen significante verschillen gevonden. Pokeraars in beide risicogroepen spelen poker over het algemeen al een langere tijd dan de groep recreatieve pokeraars. Ongeveer twee op de drie pokeraars in de risicogroep poker blijkt het spel minimaal al twee jaar lang te spelen. Binnen de risicogroep gokken is er sprake van een soortgelijke verhouding. In deze groep blijkt namelijk meer dan de helft van de pokeraars minimaal twee jaar lang het spel al te spelen. De recreatieve pokeraars spelen over het algemeen

het spel nog maar relatief kort. Meer dan de helft van deze groep geeft namelijk aan hooguit een jaar geleden te zijn begonnen met het spelen van poker. Tabel 5.4 geeft een overzicht van de verhouding binnen de drie groepen.

Tabel 5.4 *Hoe lang al poker spelend*

| | | Recreatief | Risicogroep (poker) | Risicogroep (gokken) | P ¹ | |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------|------------------------|-------------------------|----------------|-------------------|
| | | % | % | % | | |
| Jaren poker spelend (n=588) | 1. Korter dan 6 maand | 14,5 (M=2.47) | 3,6 (M=2.96) | 8,3 (M=2.92) | F=5.53 | .035 ² |
| | 2. 1 jaar | 43,7 | 35,5 | 38,9 | | |
| | 3. 2 jaar | 28,2 | 39,3 | 25,0 | | |
| | 4. 3 jaar | 7,1 | 3,6 | 8,3 | | |
| | 5. 4 jaar of langer | 6,5 | 17,9 | 19,4 | | |

¹Verschillen tussen drie groepen werden getoetst met variantieanalyse.

²Het percentage respondenten in beide risicogroepen dat langer poker speelt ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de recreatieve groep.

Pokeraars in de risicogroep poker, blijken in vergelijking met de andere twee groepen vaker poker te spelen. 67,8 procent van deze groep geeft namelijk aan minstens drie a vier keer per week poker te spelen. Opvallend hierbij is dat in deze risicogroep ongeveer een op de vijf pokeraars het spel dagelijks blijkt te spelen. In de andere twee groepen ligt het percentage pokeraars die in een dergelijke mate poker spelen beduidend lager. Ongeveer een kwart van de recreatieve pokeraars (23,7%) en 27,9 procent van de pokeraars in de risicogroep gokken geeft aan poker minstens drie a vier keer per week te spelen. Tabel 5.5 geeft de volledige respons van de drie groepen weer.

Tabel 5.5 *Mate van poker spelen*

| | | Recreatief (n=525) | Risicogroep poker (n=28) | Risicogroep gokken (n=36) | P ¹ | |
|---|-------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| | | % | % | % | | |
| Hoe vaak poker spelend (n=590) | 1. Zelden | 21,3 (M=2.63) | 3,6 (M=4.14) | 16,7 (M=3.02) | F=16.61 | .000 ² |
| | 2. 1 à 2 keer per maand | 33,5 | 10,7 | 30,6 | | |
| | 3. 1 à 2 keer per week | 21,5 | 17,9 | 25,0 | | |
| | 4. 3 à 4 keer per week | 12,6 | 25,0 | 5,6 | | |
| | 5. 5 à 6 keer per week | 6,3 | 21,4 | 5,6 | | |
| | 6. Iedere dag | 4,8 | 21,4 | 16,7 | | |

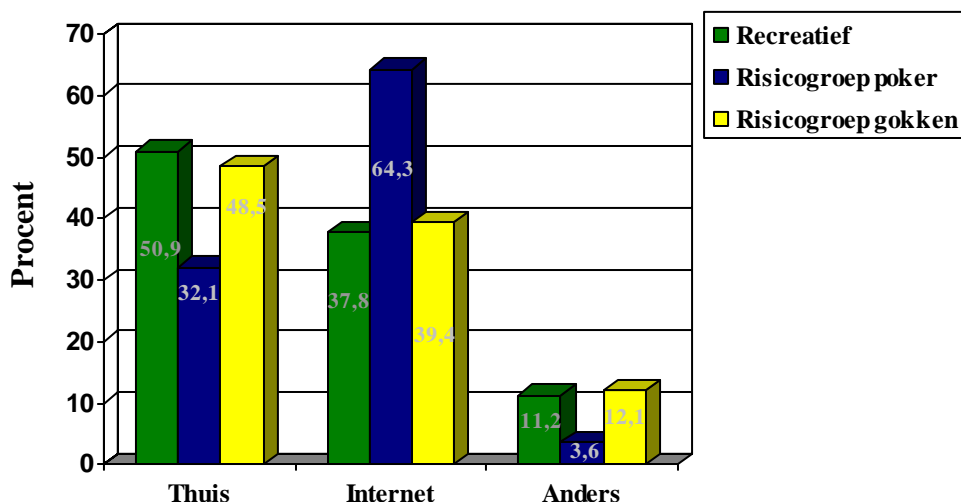
¹Verschillen tussen drie groepen werden getoetst met variantieanalyse.

²Het percentage respondenten in de risicogroep poker dat frequent poker speelt ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de overige twee groepen.

Poker wordt over het algemeen vaak om geld gespeeld. Met name in de twee risicogroepen is het spelen van poker om geld populair. Ongeveer twee op de drie pokeraars van beide risicogroepen (67,9% van de risicogroep poker en 63,9% van de risicogroep gokken) geven namelijk aan altijd om geld te spelen. Pokeraars in de recreatieve groep blijken dit in mindere mate te doen. Minder dan de helft van deze groep (46,3%) speelt namelijk altijd om geld. 21 procent van de recreatieve pokeraars geeft aan nooit om geld te spelen. Binnen de twee risicogroepen is het spelen van poker zonder dat er geld mee gewonnen kan worden niet of nauwelijks populair. Slechts 3,6 procent van de risicogroep poker en 11,1 procent van de risicogroep gokken speelt namelijk nooit om geld.

Poker wordt het meest thuis of op het internet gespeeld. Zowel de risicogroep gokken als de recreatieve groep speelt poker het meest thuis of bij vrienden (48,5% en 50,9%). De risicogroep poker spelen het meest op het internet. Ongeveer twee op de drie (64,3%) van deze pokeraars blijken op internet het meest poker te spelen. Figuur 5.4 geeft deze verhouding weer.

Figuur 5.3 Plaats van het meest poker spelen



De meerderheid van de recreatieve pokeraars (89,4%) pookert het meest 's avonds. Van de risicogroep gokken geeft eveneens 86,1 procent aan 's avonds het meest te pookeren. Opvallend is dat 'slechts' 67,9 procent van de risicogroep die alleen poker speelt, dit het meest op de avond doet. Ongeveer een derde van deze groep geeft aan het meest pooker op een ander dagdeel te spelen. De middag (17,9%) en de nacht (10,7%) zijn na de avond de meest populaire dagdelen binnen de risicogroep pooker. Pookeraars in de recreatieve groep zetten over het algemeen minder geld per gelegenheid in. Veruit het grootste deel van deze groep geeft namelijk aan per gelegenheid maximaal €25,- in te zetten. Inzetten die hoger zijn dan €25,- worden vaker door de twee risicogroepen geplaatst. Ongeveer twee op de vijf pookeraars in de risicogroep pooker en één op de drie pookeraars in de risicogroep gokken zetten per gelegenheid minimaal €26,- in. Tabel 5.6 illustreert de mate van inzetten binnen de drie groepen.

Tabel 5.6 Hoeveelheid ingezet geld

| Schaal | Recreatief | Risicogroep pooker | Risicogroep gokken | P ¹ |
|----------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| | % | % | % | |
| Gemiddelde | 83,5 (M=1.17) | 61,5 (M=1.38) | 65,6 (M=1.34) | F=6.63 |
| inzet per keer | 16,5 | 38,5 | 34,4 | .001 ² |

¹ Verschillen tussen drie groepen werden getoetst met variantieanalyse.

² Het percentage respondenten in de risicogroep pooker en de risicogroep gokken dat minimaal €26 per keer inzet ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de recreatieve groep.

Pooker in de 'cash-game-variant' wordt in vergelijking met de toernooivariant binnen alle groepen vaker gespeeld. De pookeraars in de risicogroep pooker hebben de afgelopen vier weken op meer dagen pooker gespeeld. Met name in het aantal dagen waarop er in de 'cash-game-variant' gespeeld is, zijn de verschillen groot. Uit de analyse blijkt namelijk dat de pookeraars in de risicogroep pooker de afgelopen vier weken bijna twee keer zo veel in deze variant pooker gespeeld hebben. Tabel 5.7 geeft de verschillen tussen de drie groepen weer.

Tabel 5.7 Dagen in toernooivariant en cash-game

| | | Recreatief | Risicogroep poker | Risicogroep gokken | | P ¹ |
|---|--|------------|----------------------|-----------------------|--------|-------------------|
| Aantal dagen poker in toernooi (n=280) | Gemiddeld aantal keer in afgelopen vier weken | M=5,7 | M=7,6 | M=6,7 | F=1.26 | ns |
| Aantal dagen poker in cash- game (n=246) | Gemiddeld aantal keer in afgelopen vier weken | M=8,7 | M=14,0 | M=7,3 | F=4.75 | .009 ² |

¹ Verschillen tussen drie groepen werden getoetst met variantieanalyse.

² Het aantal dagen dat respondenten in de risicogroep poker in cash-game-variant poker gespeeld hebben ligt significant hoger dan het aantal dagen in de overige twee groepen.

5.6.3 Cognitieve gedragsdeterminanten

Respondenten uit de twee risicogroepen hebben, in vergelijking met de recreatieve groep, de opvatting dat poker meer in hun omgeving gespeeld wordt. Vanuit de analyse blijkt dat er een verschil tussen de drie groepen bestaat. Echter, dit verschil is niet dusdanig sterk dat het significant blijkt te zijn.

Pokeraars in de risicogroep poker, schatten het behendigheidsniveau in het spelen van poker groter in. 71,4 procent van deze groep is van mening dat, in vergelijking met het kansspel, poker meer als een behendigheids spel gezien moet worden. Van de groep recreatieve spelers vindt een beduidend kleiner deel dat poker overwegend een behendigheids spel is (41,9%). Verder komt naar voren dat pokeraars in beide risicogroepen in mindere mate controle over hun (poker-)gedrag ervaren. Zo besteden zij vaker meer geld aan poker dan vooraf was voorgenomen en hebben zij een lagere eigen-effectiviteit. Pokeraars in de risicogroep gokken blijken, in vergelijking met pokeraars in de risicogroep poker, de laagste mate van eigen-effectiviteit te hebben.

De reden die pokeraars in de drie verschillende groepen het meest belangrijk vinden, is de gezelligheid van het spelen. Daarnaast is het mogelijk geld kunnen winnen ook een veel genoemde reden voor het spelen van poker. Het spelen van poker om afleiding van de dagelijkse bezigheden te hebben, wordt door pokeraars in de risicogroep poker het meest genoemd. Tevens is één op de drie pokeraars binnen deze groep van mening dat het spelen van poker hen beter in staat stelt om contact te leggen met anderen. Pokeraars in de andere twee groepen geven dit in mindere mate aan. Ongeveer één op de vijf pokeraars in beide risicogroepen geven aan ook poker te spelen om negatieve emoties als angst en verdriet te onderdrukken. Verder komt naar voren alle pokeraars in de risicogroep poker het feit dat poker geld op kan leveren als motivatie aangeven. Pokeraars in de twee risicogroepen blijken, in vergelijking met de recreatieve groep, impulsiever te zijn. Dit verschil blijkt op basis van de totaalscore en de scores op de subschalen Motor Impulsiveness en Non-Planning Impulsiveness. De pokeraars in de risicogroep poker scoren in vergelijking met de recreatieve groep ook hoger op de laatste subschaal, Attentional Impulsiveness. Pokeraars in de risicogroep gokken blijken op deze subschaal niet significant met de recreatieve groep te verschillen. De resultaten ten aanzien van de cognitieve aspecten zijn in tabel 5.8 en tabel 5.9 weergegeven.

Tabel 5.8 *Cognitieve aspecten (deel 1)*

| | Schaal | M Recr. | M Ris. P | M Ris. G | | P ¹ |
|-------------------------------------|---|---------|----------|----------|-----------|-------------------|
| Impulsiviteit | 1. Totaal (n=516) | 60,13 | 66,56 | 64,62 | F = 11.37 | .000 ² |
| | 2. Attentional (n=540) | 15,88 | 17,46 | 16,75 | F = 4.86 | .008 ³ |
| | 3. Motor (n=537) | 20,88 | 23,78 | 22,65 | F = 11.88 | .000 ⁴ |
| | 4. Non-Planning (n=516) | 23,46 | 25,89 | 25,58 | F = 8.31 | .000 ⁵ |
| Aanpassen pokergedrag (n=585) | 1=Nooit tot 4=Altijd | 3.59 | 3.15 | 3.36 | F = 6.43 | .002 ⁶ |
| Poker in omgeving (n=587) | 1=Iedereen tot 4= (Bijna) Niemand | 2.59 | 2.32 | 2.44 | F = 2.73 | ns |
| Spelopvatting (n=587) | 1=Overwegend kansspel tot 3=Overwegend behendigheids spel | 2.18 | 2.68 | 2.44 | F = 6.95 | .001 ⁷ |

¹ Verschillen tussen drie groepen werden getoetst met variantieanalyse.

² Beide risicogroepen scoren significant hoger op impulsiviteit totaalscore dan de recreatieve groep, maar verschillen niet significant van elkaar.

³ Risicogroep poker scoort significant hoger op Attention Impulsivity dan pokeraars in de recreatieve groep.

⁴ Beide risicogroepen scoren significant hoger op Motor Impulsivity dan de recreatieve groep.

⁵ Beide risicogroepen scoren significant hoger op Non-Planning Impulsivity dan de recreatieve groep.

⁶ Risicogroep poker scoort significant lager op aanpassen pokergedrag dan recreatieve groep.

⁷ Risicogroep poker scoort significant hoger dan de recreatieve pokeraars op de opvatting dat poker als behendigheids spel gezien moet worden.

Tabel 5.9 *Cognitieve aspecten (deel 2)*

| | Schaal | Recreatief % | Risicogroep poker % | Risicogroep Gokken % | | P ¹ |
|---|---------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|
| Soms meer besteden dan voorgenomen (n=585) | 1. Ja | 8,4 | 30,8 | 44,4 | X ² =52.27 | .000 ² |
| | 2. Nee | 91,6 | 69,2 | 55,6 | | |
| Motivatie voor poker spelen (n=587) | 1. Gezelligheid | 98,5 | 96,4 | 97,2 | X ² =.926 | ns |
| | 2. Geld | 74,8 | 100 | 80,6 | X ² =9.75 | .008 ³ |
| | 3. Afleiding | 53,1 | 78,6 | 66,7 | X ² =9.06 | .011 ⁴ |
| | 4. Contact | 15,5 | 35,7 | 19,4 | X ² =8.03 | .018 ⁵ |
| | 5. Negatieve emotie | 6,1 | 21,4 | 22,2 | X ² =19.62 | .000 ⁶ |
| | 6. Spanning | 70,6 | 85,7 | 88,9 | X ² =8.27 | .016 ⁷ |

¹ Verschillen tussen de drie groepen werden getoetst met Chi-kwadrattoets

² Het percentage respondenten in de risicogroep poker en de risicogroep gokken dat soms meer aan poker besteed dan voorgenomen was ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de recreatieve groep.

³ Het percentage respondenten in de risicogroep poker dat poker speelt omdat het geld op kan leveren ligt significant hoger dan de percentages in de andere twee groepen.

⁴ Het percentage respondenten in de risicogroep poker dat poker speelt omdat het voor afleiding zorgt ligt significant hoger dan het percentage in de recreatieve groep.

⁵ Het percentage respondenten in de risicogroep poker dat poker speelt omdat het hen beter in staat stelt contact met anderen te leggen ligt significant hoger dan het percentage in de andere twee groepen.

⁶ Het percentage respondenten in de risicogroep poker en de risicogroep gokken dat poker speelt om negatieve gevoelens te verdringen ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de recreatieve groep.

⁷ Het percentage respondenten in de risicogroep gokken dat poker speelt omdat het spanning geeft ligt significant hoger dan het percentage respondenten in de recreatieve groep.

5.6.4 Regressieanalyse

Voor het bekijken van de relatieve bijdrage van de gemeten factoren zijn regressieanalyses uitgevoerd. Hiertoe zijn twee soorten regressies gebruikt, namelijk logistische regressie en lineaire regressie. Bij de logistische regressie werd gekeken naar de invloed van de gemeten factoren op de soort groep waarin pokeraars ingedeeld konden worden. Daarnaast is bij de

lineaire regressie de SOGS-score als afhankelijke variabele genomen. Het doel van deze analyse is om te kijken wat de invloed van de gemeten factoren op het verloop van de SOGS-score is.

Met betrekking tot de regressieanalyses zijn verschillende blokken gevormd. Het eerste blok bestaat uit demografische variabelen en in het tweede blok zijn factoren die de aard van het poker spelen meten, opgenomen. Daarnaast bestaat het derde blok uit cognitieve gedragsdeterminanten en in het vierde blok is de scoring op de BIS 11 opgenomen. Als resultaat van beide regressieanalyses kwam naar voren dat de gemeten factoren (weinig) voorspellende waarde hebben. Geen van beide analyses hebben namelijk een hogere verklarende variantie dan 20% behaald. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat van de betrokken factoren de aard van het pokergedrag nog de meeste verklarende variantie heeft.

Doel van het huidige onderzoek was nagaan of er een verband bestaat tussen het spelen van poker en pathologisch gokgedrag. In dit afsluitende hoofdstuk zal aan de hand van deelaspecten een antwoord worden gegeven op deze hoofdvraag.

6.1 Kenmerken van de pokeraar

Uit dit onderzoek komt naar voren dat mannen het meest tot poker aangetrokken worden. 68 procent van de respondenten zijn namelijk man. Poker is competitief en er staat de nodige prestige op het spel. Daarnaast lijken mannen in zijn algemeenheid sterker tot kansspelen aangetrokken te worden (Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell, & Parker, 2004; Winters, Bengston, Dorr & Stinchfield, 1998). Dat het grootste deel van de bevraagde pokeraars zich in de leeftijdscategorie 17 tot 29 jaar bevindt en ongehuwd is, is mede het gevolg van de manier waarop werving plaatsgevonden heeft en vormt daardoor geen representatief beeld van de Nederlandse pokerpopulatie. Echter, het feit dat pokeraars in de leeftijdscategorie 17 tot 29 jaar in dit onderzoek sterk vertegenwoordigd zijn, komt wel overeen met eerdere bevindingen van verkennend onderzoek (Franssen, Koning & Kolar, 2007) en landelijke signalen van intensief poker spelen onder jongeren.

6.2 Omvang van poker binnen de populatie

Poker is in het jaar 2006 bij het grote publiek bekend geworden en is voor veel mensen dan ook een relatief nieuw spel. Meer dan de helft van de respondenten speelt slechts één jaar of korter. De meeste respondenten spelen poker in een dusdanige mate dat het zeker niet als zorgwekkend beschouwd kan worden. Er wordt twee keer per maand gepokerd, veelal thuis of bij vrienden. Poker lijkt voor de meerderheid een gezellig samenkomen te zijn. Pokeren op het internet blijkt ook populair. In paragraaf 6.5 wordt hier specifiek op ingegaan. Daarentegen wordt Holland Casino vrijwel niet als plaats van spelen genoemd. Een te gering spelaanbod en de 'moeite' die men ervoor moet doen om naar het casino te gaan, kunnen hier een reden voor zijn. Cash-games zijn bij de bevraagde pokeraars populairder dan poker in toernooivorm. Er kunnen verschillende verklaringen van deze bevinding gegeven worden. Ten eerste neemt het spelen van poker in een cash-game-variant minder tijd in beslag. De tijd tussen geldinzet en uitkomst duurt in een cash-game ongeveer drie minuten, terwijl de uitkomst van inzet (het maken van winst) bij een pokertoernooi al snel langer dan één uur op zich laat wachten. Daarnaast kan het spelen van een cash-game spannender gevonden worden. De fiches zijn geld waard en de pokeraar hoeft niet lang te spelen voordat het spelen geld op kan leveren. Poker wordt dus vaak om geld gespeeld. Hierbij bestaat het risico dat pokeraars in financiële problemen kunnen komen. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste pokeraars met relatief lage inzetten spelen. De meerderheid van de bevraagde pokeraars zet gemiddeld niet meer dan €25,- per gelegenheid in. Deze bevinding komt overeen met een resultaat uit het verkennend onderzoek van Novadic-Kentron (2007). Uit dit onderzoek bleek namelijk dat 89,2 procent van de bevraagde pokeraars niet meer dan €25,- per gelegenheid inzetten. Toch schuilt er wel een risico in het spelen om geld. Bevraagde pokeraars die altijd om geld spelen, blijken vaker hun grenzen te overschrijden. Deze groep ervaart minder gedragscontrole. Het spelen om geld in combinatie met het overschrijden van de grenzen kan leiden tot financiële problemen bij pokeraars.

6.3 Cognitieve gedragsdeterminanten

Gezelligheid, spanning en mogelijke geldwinst zijn de meest genoemde motivaties voor het spelen van poker. Een negatief geladen motivatie zoals het spelen om somberheid te verdringen wordt aanzienlijk minder vaak genoemd. Poker wordt dan ook door de meeste pokeraars als een leuke tijdsbesteding gebruikt. Dat er bij poker ook geld gewonnen kan worden, lijkt tevens een drijfveer achter de populariteit van poker te zijn.

De bevroegde pokeraars zien het spel meer als een behendigheids- dan als een kansspel. Er zit een kern van waarheid in deze opvatting. Van Genugten (professor aan de Universiteit Tilburg) is namelijk van mening dat een getrainde/professionele pokeraars het kansmoment tot 25 procent terug kan dringen. De kanttekening hierbij is dat een wiskundig model gehanteerd wordt waarin tal van spelfactoren opgenomen zijn. De meeste pokeraars zijn minder getraind en zullen lang niet altijd volgens de regels der logica spelen. Daarnaast kunnen emotionele aspecten als strijd en overmoedigheid de pokeraar parten spelen. Het reduceren van de kansfactor naar 'slechts' 25 procent is dan ook voor het grootste deel van de pokeraars onrealistisch.

De opvatting dat poker meer een behendigheids- dan kansspel is, kan bovendien tot problemen leiden. Bij verlies kan bij de desbetreffende pokeraar het idee ontstaan dat het verlies niet aan zichzelf te wijten is, maar aan domme pech. Vervolgens gaat hij doorspelen om te bewijzen dat het pech was en dat hij een grote invloed op het spelverloop heeft. Indicatoren van pathologisch gokgedrag als hardnekkig doorspelen om eerder verloren geld terug te winnen en preoccupatie met poker kunnen hiermee in de hand gewerkt worden.

6.4 Prevalentie pathologisch gokken

Uit de resultaten van dit verkennend onderzoek valt op te maken dat één op de tien pokeraars risicovol gokgedrag vertoont. Deze groep bestaat uit de pokeraars die een SOGS-score van 3 of 4 behalen (mogelijk pathologisch gokkers) of een SOGS-score van 5 of hoger behalen (waarschijnlijk pathologisch gokkers). Op basis van deze gegevens kan de opvatting ontstaan dat poker spelen overwegend gevaarloos is. Echter, wanneer er binnen een 'normale' populatie (bestaande uit mensen die niet per definitie aan kansspelen doen) gekeken wordt naar de prevalentie van pathologisch gokken, blijkt dat pathologisch gokken bij 2,5 procent van de populatie voorkomt (De Bruin et al., 2006). In het onderzoek van DeFuentes-Merillas (2004), dat zich richtte op de prevalentie van pathologisch gokken onder Nederlandse kraslotenspelers, komt naar voren dat ongeveer 3 procent van de respondenten mogelijk pathologisch gokgedrag vertoont. Wanneer je deze cijfers met het prevalentiecijfer van pathologisch gokken onder pokeraars vergelijkt, lijkt het erop dat pokeraars een verhoogd risico op het vertonen van pathologisch gokgedrag lopen.

Hoewel de SOGS bij onderzoek naar pathologisch gokken veelvuldig gebruikt is (Potenza & Chambers, 2001; Shaffer, Hall & Vander-Bilt, 1999; Stinchfield, 2002; Volberg & Abbott, 1994; Steel & Blaszczynski, 1998; Westphal & Rush, 1996), dient opgemerkt te worden dat de SOGS tot een overschatting van de daadwerkelijke prevalentie van pathologisch gokken kan leiden. Uit onderzoek van DeFuentes-Merillas (2004) blijkt namelijk dat de geschatte prevalentie door de SOGS hoger was dan de geschatte prevalentie op basis van de DSM-IV criteria. Tevens blijkt door middel van een meta-analyse, eveneens uitgevoerd door DeFuentes-Merillas (2004), dat andere onderzoeken tot dezelfde conclusie gekomen zijn (Shaffer, Hall & Vander-Bilt, 1999; Stinchfield, 2002). In het onderzoek van De Bruin en collega's (2006) blijkt dat de SOGS een hoge mate van sensitiviteit kent (99% of hoger). Dit betekent dat er relatief weinig fout-negatieven (mensen die negatief uit de toets komen maar wel probleemspeler zijn) bestaan. Echter, de specificiteit is niet zo hoog (afhankelijk van de context tussen 60% en 90%). Hierdoor zijn er relatief veel fout-positieven (mensen die positief uit de toets komen maar in werkelijkheid geen probleemspeler zijn). Deze bevindingen kunnen een reden voor de overschatting van de prevalentie vormen. Voor eventueel vervolgonderzoek is het dan ook

raadzaam om naast de SOGS een ander gevalideerd instrument ter meting van pathologisch gokgedrag te gebruiken.

Het gebruik van de SOGS riep, door de term gokken, bij een aantal respondenten weerstand op. Omdat sommige pokeraars het spel overwegend als een behendigheids spel zien werd de bevraging in termen van gokken soms als ongepast ervaren. Op de twee benaderde 'internetpokerfora' maakten enkele bezoekers hun verontwaardiging hierover kenbaar. In dit onderzoek is echter de opvatting van de Nederlandse overheid als uitgangspunt genomen dat poker een kansspel is en daarom is de term gokken in de SOGS ook gehanteerd. Een aanbeveling voor een vervolgonderzoek is om te zoeken naar een aangepaste vraagstelling die de weerstand wegneemt.

6.5 Risicoverhogende factoren

Mannen lopen, in vergelijking met vrouwen, een groter risico om als gevolg van poker in de problemen te komen. De resultaten laten namelijk zien dat 90 procent van de pokeraars in beide risicogroepen man is. Deze bevinding komt overeen met resultaten van eerder verricht onderzoek. Uit deze onderzoeken kwam eveneens naar voren dat pathologisch gokgedrag significant vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkomt (Bondolfi, Osiek & Ferrero, 2000; De Bruin, Meijerman, Leenders & Braam, 2006; Ladouceur, Boudreault, Jacques & Vitaro, 1999; Volberg, Abbott, Ronnberg & Munck, 2001).

Poker spelen op het internet blijkt risicoverhogend te werken. Deze werking komt met name tot uiting bij de pokeraars in de risicogroep poker. Het internet is namelijk bij deze groep pokeraars de favoriete plaats om poker te spelen. De laagdrempeligheid van 'internet-poker' lijkt het pokergedrag intensiever te maken. Deze intensiviteit uit zich in frequenter spelen van poker en het poken op minder wenselijke dagdelen, zoals de nacht. Het 's nachts poker spelen is als minder wenselijk bestempeld, omdat het de speler in zijn dagelijkse activiteiten kan belemmeren (slaapgebrek e.d.). King en Barak (1999) concluderen dat dankzij de gemakkelijke toegang en anonimiteit van internetgokken de kans op pathologisch gokgedrag vergroot wordt. Daarnaast is er bij 'internet-poker' niet of nauwelijks sprake van sociale controle en blijft preventie achterwege. Een pokeraar kan op elk gewenst tijdstip op zijn pokeraccount inloggen en een keuze uit het grote aanbod maken. Omdat hij overwegend tegen onbekenden speelt en zelf ook anoniem blijft, kan hij bij verlies minder schaamte ervaren.

Bij deze bevinding dient wel opgemerkt te worden dat het niet duidelijk is waar de 'internet-pokeraars' met het spelen van poker begonnen zijn. In dit onderzoek is hier namelijk niet naar gevraagd. De vraag die resteert is of het internet dergelijk intensief pokergedrag veroorzaakt of dat pokeraars die al intensief pokergedrag vertonen juist poker op het internet gaan spelen omdat deze plaats voorziet in hun wensen (veel aanbod, altijd en eenvoudig toegankelijk e.d.). In het onderzoek van Paulen en collega's (2007) spreekt men van het feit dat Holland Casino door het hebben van een te gering spelaanbod niet in de wensen van de Nederlandse pokeraars voorziet. Het kan dus zijn dat pokeraars met deze reden het spelaanbod op het internet opzoeken. Ongeacht het antwoord op de vraag lijkt het internet risicoverhogend voor het vertonen van pathologisch gokgedrag bij pokeraars.

Zoals eerder aangegeven blijken cash-games populairder te zijn dan poker in toernooivorm. Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat juist cash-games risicoverhogend voor het vertonen van pathologisch gokgedrag zijn. Pokeraars in de risicogroep poker blijken namelijk in vergelijking met de andere twee groepen significant vaker cash-games te spelen. Deze bevinding sluit aan bij eerder gedaan onderzoek naar pathologisch gokken, namelijk dat pathologisch gokken onder de zogenaamde short-odds-spelen een hogere prevalentie kent (De Bruin et al., 2006; Griffiths, 1995). De korte tijd tussen inzet en resultaat blijkt bij poker dus ook van invloed op het ontstaan van pathologisch gokgedrag te zijn. In dit onderzoek is niet gevraagd naar de motivatie waarom

men in een bepaalde variant speelt. Een aanbeveling ten aanzien van vervolgonderzoek is om de pokeraars te vragen waarom zij de voorkeur aan een variant geven.

Poker wordt nog maar relatief kort door het grote publiek gespeeld. Het lijkt er echter op dat het spelen van poker nog steeds populair is en het niet slechts een hype van zeer korte duur was. Van gokken en middelengebruik, zoals cannabis en alcohol, is bekend dat problemen zich pas na enkele jaren manifesteren (Meyer, 1992). In dit onderzoek is gebleken dat risicopokeraars het spel al significant langer spelen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat de risicogroep pokeraars de komende jaren zal groeien, aangezien problemen met gokken pas op de langere termijn tot uiting zullen komen.

Daarnaast is gebleken dat, met name de risicopokeraars, het behendigheidsniveau van poker hoog inschatten. Door deze opvatting kunnen pokeraars hun invloed op het spel overschatten en kan het beseft, dat kans ook een rol bij poker speelt, minder zijn.

Een andere risicovolle factor is het spelen om hoge bedragen. Risicopokeraars blijken ten opzichte van recreatieve pokeraars namelijk beduidend vaker om hogere inzetten te spelen. Een onderdeel van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) classificatie van pathologisch gokken is dat de gokker om steeds hogere bedragen moet gokken om dezelfde mate van opwindning te krijgen. Daarbij komt dat de risicopokeraars meer controleverlies ervaren. Zo geven ze meer uit aan poker dan vooraf voorgenomen was en hebben zij een lagere eigen-effectiviteit.

De motivatie die iemand heeft om poker te spelen, lijkt ook in verbinding te staan met het vertonen van pathologisch gokgedrag. Mensen die poker spelen om afleiding te vinden en/of om negatieve gevoelens te verdringen blijken namelijk vaker risicospeler te zijn. Het spelen van poker betekent voor deze pokeraars niet alleen gezelligheid, maar poker lijkt voor hen ook een middel om met nadelige omstandigheden om te kunnen gaan. Het ontsnappen aan problemen is in wetenschappelijk onderzoek eerder in verband met risicovol gokgedrag gebracht. Zo gaven Wood en collega's (2007) aan dat het spelen om aan problemen te ontsnappen samenhangt met risicovol gokgedrag.

Een hoge mate van impulsiviteit lijkt ook een risicoverhogende factor voor pokeraars te zijn. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat, in vergelijking met de groep recreatieve pokeraars, zowel de risicogroep poker als de risicogroep gokken significant hoger op impulsiviteit scoren. Het gehanteerde instrument, de BIS 11, bestaat uit drie subschalen. De eerste subschaal, attentional impulsiviteit, is ontwikkeld om snelle verschuivingen in aandacht en ongeduld met complexiteit te meten. De overige twee subschalen, motor impulsiviteit en non-planning impulsiviteit, meten respectievelijk impulsieve acties en een tekort aan toekomst-oriëntatie. Bij een risicovolle situatie waarin er (veel) geld op het spel staat, kan een hogere mate van impulsiviteit tot (financiële) problemen onder pokeraars leiden. Uit de gevonden scores blijkt dat risicopokeraars in sterkere mate impulsieve acties ondernemen en minder stil staan bij mogelijk nadelige gevolgen van het poker spelen. Deze bevindingen kunnen een aanleiding vormen voor het ontstaan van problematische situaties. Het lijkt er namelijk op dat er een groep pokeraars bestaat die in mindere mate de mogelijk nadelige gevolgen van poker spelen overzien. Daarnaast is gebleken dat pokeraars in de risicogroep poker, in vergelijking met recreatieve pokeraars, ook significant hoger op de subschaal attentional impulsiviteit scoren. Het is aannemelijk dat deze groep meer moeite heeft met het verplaatsen van de aandacht en zich in complexe situaties ongeduldiger gedraagt. Pre-occupatie met poker heeft bij deze groep een vergrote kans en deze pokeraars lopen een groter risico om belangrijke bezigheden, zoals school of werk, te verwaarlozen. In wetenschappelijke onderzoeken is pathologisch gokken veelvuldig aan de mate van impulsiviteit gelinkt (Carlton & Manowitz, 1994; Blaszczynski & Steel, 1998). Vergelijkbaar met dit onderzoek kwam in deze onderzoeken ook naar voren dat pathologische gokkers in vergelijking met controlegroepen een hogere mate van impulsiviteit hadden. Het feit dat risicopokeraars in dit onderzoek ook meer controleverlies ervaren en een lagere eigen-effectiviteit hebben, ondersteunt eveneens dat deze groep meer moeite heeft met het reguleren van hun gokgedrag.

Hoewel er significante verschillen tussen de drie groepen gevonden zijn, blijkt uit regressiemodellen dat de gevonden risicofactoren weinig voorspellende waarde te hebben. Dit kan het gevolg zijn van de lage prevalentie van pathologisch gokgedrag binnen de huidige onderzoekspopulatie. Alle risicospelers zijn pokeraars, maar niet alle pokeraars zijn risicospelers. Daarnaast is pathologisch gokken een multi-factoriële stoornis. Bij de ene risicospeler kan het zich namelijk uiten in preoccupatie met spelen, maar bij de ander in het willen spelen met steeds hogere inzet. Een bepaalde risicofactor kan dus bij slechts een klein percentage van de risicogroepen voorkomen en hoeft niet voor alle risicospelers van toepassing te zijn. Een nadere verkenning van risicofactoren en de voorspellende waarden hiervan is dan ook wenselijk.

6.6 Profiel risicovolle pokeraar

Op basis van de vergelijking van de drie groepen kan worden geconcludeerd dat het spelen van (alleen) poker problemen kan veroorzaken, zonder dat dit gerelateerd is aan andere kansspelen. Op basis van de onderzoeksbevindingen kan een profielschets worden gegeven van een risicovolle pokeraar. Een profielschets is in tabel 6.1 weergegeven.

Tabel 6.1 *Profiel risicovolle pokeraar*

| Kenmerk |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. is man; 2. speelt al langer poker (≥ 4 jaar); 3. speelt minstens 3 à 4 keer per week; 4. speelt voornamelijk op het internet; 5. speelt met hoge(re) inzetten; 6. speelt frequent cashgames (14 dagen per maand); 7. heeft een lage gedragscontrole; 8. speelt poker (ook) als afleiding en om negatieve emoties te verdringen; 9. handelt impulsief; 10. heeft in mindere mate toekomst-oriëntatie. |

6.7 Poker; de nieuwe verslaving?

Dit onderzoek maakt aannemelijk dat er een relatie tussen poker en pathologisch gokken bestaat. Er zijn ook factoren aan te wijzen die hierbij een rol spelen. Wanneer de prevalentiecijfers van pathologisch gokken (afkomstig uit verschillende studies) met elkaar vergeleken worden, lijkt het erop dat het spelen van poker risicoverhogend is. Hierbij dient wel de kanttekening geplaatst te worden dat de meerderheid van de bevraagde pokeraars geen of nauwelijks nadelen ten gevolge van poker ondervindt. Het blijft interessant om de recreatieve pokeraars de komende jaren te volgen. Zal het aantal risicospelers toenemen? Dit is niet ondenkbaar, aangezien problemen zich vaak pas na langere tijd ontwikkelen. Alleen vervolgonderzoek kan hier duidelijkheid over geven. Het risicoprofiel gebruikt Tactus als preventieve boodschap voor recreatieve pokeraars; het zal worden meegenomen in voorlichtingen aan bijvoorbeeld studenten en algemeen publiek. Het is interessant om de ontwikkelingen rondom poker de komende jaren door middel van onderzoek te blijven volgen. Een grootschalig, representatief onderzoek in Nederland is dan ook wenselijk.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Blaszczynski, A., & Steel, Z. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity *Addiction*, 93(6), 895 – 905.
- Bellringer, P. (1999). *Understanding problem gamblers: A practitioner's guide to effective intervention*. London: Free Association Books.
- Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 473-475.
- Bruin, D.E. de, Leenders, F.R.J., Fris, M., Verbraeck, H.T., Braam, R.V., & Wijngaart, G.F. van de (2001). *Gasten van Holland Casino*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Bruin, D.E. de, Meijerman, C., Leenders, F., Braam, R. (2006). *Verslingerd aan meer dan een spel. Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. WODC Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Carlton, P.L., & Manowitz, P. (1994). Factors determining the severity of pathological gambling in males. *Journal of Gambling Studies* 10, 147-157.
- Christodoulou, T., Lewis, M., Ploubidis, G.B., & Frangou, S. (2006). The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 21, 270-273.
- Cox, B.J., J. Kwong, V. Michaud, M.W. Enns (2000). Problem and probable pathological gambling: Considerations from a community survey *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 548-553.
- DeFuentes-Merillas, L. (2004). *Are Scratchcards Addictive?* Amsterdam: Universiteit Amsterdam.
- Enderink, D. (2007). *Pokeronderzoek onder studenten van het MBO en HBO in Eindhoven*. Eindhoven: Novadic-Kentron.
- Franssen, J., Koning, E., & Kolar, C. (2007). *Het gezicht van poker. Onderzoek naar poker in Nederland*. Den Haag: B&A Consulting bv.
- Griffiths, M.D. (1995). *Adolescent Gambling*. London: Routledge.
- Götestam, K.G., & A. Johansson (2003). Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV based telephone interview study *Addictive Behaviors*, 28, 189-197.

- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Beurs, E., de, & Brink, W. Van den (2008). Te role of self-reported impulsivity and reward sensitivity versus neurocognitive measures of disinhibition and decision-making in the prediction of relapse in pathological gamblers. *Psychological Medicine*, 38 (1), 41-50.
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J. & van Delden, E.B. (2007). *Kerncijfers Verslavingszorg 2006. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Jacques, C., Ladouceur, R., & Ferland, F. (2000). Impact of availability in gambling: A longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 810-815.
- King, S. A., & Barak, A. (1999). Compulsive Internet gambling: A new form of an old clinical pathology. *CyberPsychology & Behavior*, 2, 441-456.
- Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C. & Vitaro, F. (1999a). Pathological gambling and related problems among adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 8, 55-68.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of pathological gambling: A replication study 7 years later *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- Lampert, M., van der Lelij, B., & Gras, R. (2004). *Kansspelen via nieuwe media 2004*. Amsterdam: Motivaction.
- Lesieur, H.R. (1984). *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge: Schenkman Books.
- Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1987) The Soath Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *AM J Psychiatry* 144, 1184-188.
- Meyer, G. (1992). The gambling market in the Federal Republic of Germany and the helpseeking of pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 8, 11-20.
- NORC (1999). *Gambling impact and behaviour study. Final report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago :National Opinion Research Center.
- Norwegian Gaming Board (2003). *Problem gambling in Norway (summary)*
www.lotteritilsynet.no/eway, 2003
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J. & van Delden, E.B. (2007). *Kerncijfers Verslavingszorg 2006. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Pasternak IV, A.V., & Fleming, M.F. (1999). Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med.*, 8, 515-520.
- Paulen, M.W., van de Sande, J.H.W., & van Gestel, T. (2007). *Poker in Nederland. De zoektocht naar het evenwicht tussen de klaarblijkelijke speelbehoefte en een passend legaal aanbod*. Eindhoven: Stichting Nederlandse PokerBond.

- Potenza, M.N., & Chambers, R.E. (2001). Schizophrenia and pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 158, 497-498.
- Reno, R. R., Cialdini, R. B. & Kallgren, C.A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (1), 104-112.
- Shaffer, H.J., Hall, M.N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health*, 89 (9), 1369-1376.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998) Impulsivity, personality disorders en pathological gambling severity. *Addiction*, 93 (6), 895 – 905.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive behaviours*, 27, 1-19.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2000). *Speelautomatenbesluit 2000*. TK [2000/2001], 24 036 en 24 557, nr. 223.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2005-2006). Notulen Tweede Kamer, 30362 nr.2.
- Volberg, R.A., & Abbott, M.W. (1994). Lifetime prevalence estimates of pathological gambling in New Zealand. *International Journal of Epidemiology*, 23 (5), 976-983.
- Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of program gambling in the United States. *J Gambling stud*, 12, 111-128.
- Volberg, R.A., Abbott, M.W., Ronnberg S., & Munck, I.M. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 4, 250-256.
- Volberg, R.A., & Banks S.M. (2002). A new approach to understanding gambling and problem gambling in the general population. In J.J. Marotta e.a. (red.), *The Downside: Problem and pathological gambling* (pp. 309-323). Nevada, Institute for the Study of gambling and Commercial Gaming.
- Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., Tidwell, M.C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S. Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 88 (4), 313-337.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M-C. O., & Parker, J. C. (2004). Risk Factors for Pathological Gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 323–335.
- Wet Op Kansspelen, 2007
- Westphal, J.R., & Rush, J. (1996). Pathological Gambling in Louisiana: an epidemiological perspective. *J La State Med Soc*. 148, 353-358.
- Winters, K. C., Bengston, P., Dorr, D., & Stinchfield, R. (1998). Prevalence and Risk Factors of Problem Gambling Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 127–135.
- Wood, R.T., Griffiths, M.D., & Parke, J. (2007). Acquisition, development and maintenance of online poker playing in a student sample. *Cyberpsychological Behaviour*, 10 (3), 354-361.