Samoprocjena patoloških kockara o učinku psihosocijalnog tretmana u klubu ovisnika o kockanju

Stojnić, Donald

Doctoral thesis / Disertacija

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Dental Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:752444

Rights / Prava: Attribution-NonCommercial 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno 3.0

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-17**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb School of Dental Medicine Repository

Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Donald Stojnić

SAMOPROCJENA PATOLOŠKIH KOCKARA O UČINKU PSIHOSOCIJALNOG TRETMANA U KLUBU OVISNIKA O KOCKANJU

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2018.

University of Zagreb

School of Dental Medicine

Donald Stojnić

PATHOLOGICAL GAMBLERS' SELFEVALUATION OF THE PSYCHOSOCIAL TREATMENT EFFECTS IN THE GAMBLING ADDICTS CLUB

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2018.

Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Donald Stojnić

SAMOPROCJENA PATOLOŠKIH KOCKARA O UČINKU PSIHOSOCIJALNOG TRETMANA U KLUBU OVISNIKA O KOCKANJU

DOKTORSKI RAD

Mentori:

izv.prof.dr.sc. Zoran Zoričić

izv.prof.dr.sc. Neven Ricijaš

Zagreb, 2018.

University of Zagreb
School of Dental Medicine

Donald Stojnić

PATHOLOGICAL GAMBLERS' SELFEVALUATION OF THE PSYCHOSOCIAL TREATMENT EFFECTS IN THE GAMBLING ADDICTS CLUB

DOCTORAL THESIS

Supervisors:
Assoc.prof. Zoran Zoričić, PhD
Assoc.prof. Neven Ricijaš, PhD

Zagreb, 2018.

Istraživanje i rad su ostvareni u: Klubu ovisnika o kockanju (KLOK)

Naziv poslijediplomskog doktorskog studija: Dentalna medicina

Mentori rada:

1. Izv.prof.dr.sc. Zoran Zoričić
2. Izv.prof.dr.sc. Neven Ricijaš

Lektor hrvatskog jezika: Ivan Kardum, prof. hrvatskog jezika i književnosti

Lektor engleskog jezika: Tamara Taraš Vilušić, prof. engleskog i španjolskog jezika

Sastav Povjerenstva za obranu doktorskog rada:

1. Prof.dr.sc. Rudolf Gregurek, predsjednik
2. Prof.dr.sc. Darko Marčinko, član
3. Prof.dr.sc. Vlado Jukić, član
4. Doc.dr.sc. Dalibor Karlović, član
5. Doc.dr.sc. Ana Matošić, član
6. Prof.dr.sc. Silvana Jukić Krmek, zamjena

Datum obrane rada: 18.12.2018.

Rad sadrži: 156 stranica,

51 tablicu,

2 CD-a

Zahvaljujem mentoru izv.prof.dr.sc. Zoranu Zoričiću na idejama i poticaju u realizaciji ovoga rada.

Zahvaljujem mentoru izv.prof.dr.sc. Nevenu Ricijašu na energiji, nesebičnoj pomoći, idejama i poticajima te strpljenju prema povremenim otporima.

Također zahvaljujem Marini koja je bila uz mene kad je najviše trebalo.

SAŽETAK

Samoprocjena patoloških kockara o učinku psihosocijalnog tretmana u klubu ovisnika o kockanju

Ciljevi ovog rada su: (1) ispitati obilježja patoloških kockara koji su u tretmanu kluba ovisnika o kockanju (KLOK), (2) ispitati promjene u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana i (3) ispitati percepciju tretmana patoloških kockara uključenih u KLOK.

Uzorak čini N=64 patoloških kockara (M_{dob}=35.72; SD_{dob}=10.59) koji su u tretmanu kluba ovisnika o kockanju, u Gradu Zagrebu. U ovom longitudinalnom istraživačkom nacrtu, uz deskriptivnu statistiku korištena je neparametrijska metoda testiranja razlika, točnije Wilcoxonov test ranga (uz računanje veličine efekta) te Spearmanov koeficijent korelacije.

Rezultati prikupljeni metodom samoiskaza prikazuju obilježja patoloških kockara koji su u psihosocijalnom tretmanu KLOK-a. Promatrajući kockarsko ponašanje, utvrđeno je da su članovi KLOK-a prilikom ulaska u tretman najviše zadovoljavali kriterije za umjerenu i tešku ovisnost, da su najzastupljenije kockarske igre sportsko klađenje, rulet pa igre na automatima, te da su gotovo svi kockali preko interneta ili mobilnih aplikacija. Testiranje razlika pokazalo je da ispitanici tijekom tretmana manje kockaju, imaju manje izražene simptome kockanja prema DSM-5 skali u odnosu na razdoblje prije početka liječenja, te da nakon 6 mjeseci liječenja postoje razlike u pojedinim varijablama psihosocijalnog funkcioniranja i to isključivo u domeni kockarske kognicije, točnije, stavova i kognitivnih distorzija vezanih za kockanje, dok ostale varijable psihosocijalnog funkcioniranja ne pokazuju razlike. Na ekstrahiranom subuzorku ispitanika (N=13) koji su bili na početku liječenja prilikom provedbe istraživanja, postoji razlika nakon 6 mjeseci tretmana u varijablama stavova o kockanju i depresivnosti/funkcioniranju. Također, rezultati pokazuju da ispitanici imaju pozitivnu percepciju tretmana te da je pozitivnija percepcija povezana s negativnijim stavovima o kockanju.

Ključne riječi: patološko kockanje, kockarske kognitivne distorzije, stavovi o kockanju, psihosocijalni tretman

SUMMARY

Pathological gamblers' selfevaluation of the psychosocial treatment effects in the gambling addicts club

Introduction: Despite many studies on the treatment of pathological gamblers, there is no clearly defined and generally accepted psychotherapeutic approach and there is no standardized therapeutic program of proven efficacy. In Croatia, healthcare institutions today do not have enough services to deal exclusively with pathological gamblers. The treatment of pathological gambling that develops backwards for several years, is implemented through Gambling Addicts Club (KLOK) and represents the psychosocial treatment with the multimodal therapeutic approach.

Aims of the research: The aims of this research are to (1) examine the characteristics of pathological gamblers in the treatment of the Gambling Addicts Club; (2) examine the changes in psychosocial functioning after six months of treatment; and (3) examine the pathological gamblers' perception of the KLOK treatment.

Patients and methods: The sample consists of N=64 pathological gamblers (Mage=35.72; SDage=10.59) that are included in the Gambling Addicts Club treatment in the City of Zagreb (KLOK). In order to conduct this research, a wide battery of instruments was used: (1) Questionnaire about general and socio-demographic data, (2) Questionnaire about history of disease and treatment, (3) The self-assessment questionnaire of gambling addiction according to DSM-5 criteria (4) Questionnaire of gambling activities, (5) Individual questions about gambling modalities and addiction development processes, (6) Gambling related cognitive distortion scale, (7) Questionnaire of perceived/necessary knowledge/skills required for success in the games of chance, (8) Check-list of gambling-caused financial problems, (9) Question of the current stage of change, (10) Check-list of the substance use frequency, (11) Check-list of mental health problems, (12) Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24), (13) Gambling attitudes scale, and (14) Questionnaire for treatment perception at the Gambling Addicts Club. In order to achieve aforementioned aims, in this longitudinal research beside descriptive statistics, the non-parametric difference testing method was used. More specifically, Wilcoxon's test rank (with computing the size effect) and Spearman's correlation coefficient.

Results: The results obtained by the self-evaluation method show the characteristics of pathological gamblers who are in the KLOK psychosocial treatment. Due to the observation of gambling behavior, it has been established that KLOK members mostly satisfy the criteria for moderate and severe addiction, that the most widely used gambling game is sports betting, roulette and slot machines, and that almost everyone gambles on the Internet or mobile apps. The testing of differences has shown that the respondents gamble less during the treatment and, according to the DSM-5 scale, have less pronounced gambling symptoms compared to the period prior to treatment. Furthermore, after six months of treatment there are differences in individual psychosocial functioning variables, exclusively in the domain of gambling cognition, attitudes and cognitive distortions related to gambling, while other variables of psychosocial functioning do not show differences. Six months of treatment also resulted in the difference in the variables of gambling attitudes and depression/functioning in the extracted subsample of participants (N=13) who were at the beginning of the treatment during the research implementation. Additionally, the results show that respondents have a positive perception of the treatment and that a more positive perception is correlated with negative attitudes toward gambling.

Key words: pathological gambling, gambling cognitive distortions, attitudes about gambling, psychosocial treatment

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. **Fenomenologija patološkog kockanja** 1

1.1.1. Što je kockanje? 1

1.1.2. Bolesti ovisnosti i patološko kockanje 3

1.1.3. Od poremećaja impulsa do adiktivnog poremećaja 4

1.1.4. Biheviоralna ovisnost o DSM-5 5

1.1.5. Razlika između patologije i igre 7

1.2. **Obilježja patoloških kockara** 8

1.3. Kockarske kognitivne distorzije ili iracionalna vjerovanja 14

1.3.1. Vrste kockarskih kognitivnih distorzija 15

1.3.2. Utjecaj kognitivnih distorzija na kockarsko ponašanje 18

1.3.3. Čimbenici koji utječu na kognitivne distorzije 19

1.4. **Stavovi prema kockanju** 20

1.5. **Liječenje patološkog kockanja** 23

1.5.1. Primjena psihofarmakoterapije kod patološkog kockanja 25

1.5.2. Psihoterapijsko liječenje patološkog kockanja 26

1.5.2.1. Anonimni kockari 27

1.5.2.2. Kognitivno-biheviоralna terapija (KBT) 29

1.5.2.3. Psihoanalitička terapija 31

1.5.2.4. Obiteljska i bračna terapija 31

1.5.2.5. Multimodalni pristup (Psihosocijalni tretman-KLOK) 32

2. CILJEVI, PROBLEMI I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA 36

2.1. **Ciljevi istraživanja** 36

2.2. **Problemi istraživanja** 36

2.3. **Hipoteza istraživanja** 36

3. ISPITANICI I POSTUPCI 37

3.1. **Ispitanici** 37

3.2. **Instrumentarij** 38

3.2.1. Upitnik o općim i socio-demografskim podacima 39

3.2.2. Upitnik o povijesti bolesti i liječenju 40

3.2.3. Upitnik samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5 kriterijima 40

3.2.4. Upitnik aktivnosti kockanja 41

3.2.5. Pojedinačna pitanja o modalitetima kockanja i procesu razvoja patološkog kockanja. 41

3.2.6. Skala uvjerenja o kockanju 41

3.2.7. Važnost znanja/vještina nasuprot sreći za uspješni ishod u igrama na sreću 43

3.2.8. Ček lista kockanjem uzrokovanih financijskih problema 44

3.2.9. Pitanje o aktualnom stupnju promjene 44

3.2.10. Ček-lista učestalosti konzumiranja sredstava ovisnosti 44

3.2.11. Ček-lista problema psihičkog zdravlja 44

3.2.12. Identifikacijska skala ponašanja i simptoma (BASIS-24) 45

3.2.13. Skala stavova o kockanju 46

3.2.14. Upitnik percepcije liječenja u klubu ovisnika o kockanju (KLOK-u) 46

3.3. **Postupak provedbe istraživanja** 47

3.2. **Način obrade podataka** 48

4. REZULTATI 49

4.1. **Povijest liječenja problema povezanih s kockanjem** 49

4.2. **Kockanje i simptomi ovisnosti prije liječenja u KLOK-u** 52

4.3. **Konzumacija sredstava ovisnosti** 59

4.4. **Kockanje i simptomi ovisnosti u posljednjih mjesec dana** 60

4.5. **Problemi psihičkog zdravlja** 65

4.6. **Kognicija vezana uz kockanje** 67

4.7. **Ponašanje i simptomi patoloških kockara** 68

4.8. **Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana** 75

4.9. **Percepcija tretmana patoloških kockara** 90

4.9.1. Deskriptivni pokazatelji percepcije tretmana u KLOK-u 90

4.9.2. Razlike u percepciji KLOK-a nakon 6 mjeseci tretmana 93

4.9.3. Povezanost zadovoljstva tretmanom i promjena u psihosocijalnom funkcioniranju 95

5. RASPRAVA 97

5.1. **Psihosocijalno funkcioniranje patoloških kockara** 97

5.2. **Percepcija tretmana u KLOK-u patoloških kockara** 107

6. ZAKLJUČAK 109

6.1. **Rezultati istraživanja** 109

6.2. **Istraživačka ograničenja** 110

6.3. **Znanstveni i praktični doprinosi istraživanja** 111

7. LITERATURA 112

8. PRILOZI 133

9. ŽIVOTOPIS 154

1. UVOD

1.1. Fenomenologija patološkog kockanja

1.1.1. Što je kockanje?

Činjenica da arheološki nalazi dokazuju postojanje igara na sreću kod različitih kultura u dalekoj prošlosti, odnosno da ljudi kockaju otkako se prati povijest čovječanstva (1), podupire tezu da su ljudi prirodni kockari (2). Navedeno ide u korist skupinama koje favoriziraju borbu za ljudska prava prema skupinama koje favoriziraju argument socijalnog dobra. Rezultati višegodišnjih interakcija tih dviju skupina oblikovali su vođenje politika kockanja kako u prošlosti tako i u današnje vrijeme. Prevaga moralističkih stavova koji su kockanje prvo smatrali grijehom (tijekom 16. i 17. st.) pa porokom (18. st.), polako gubi svoj utjecaj u 20. st. kad se kroz uvažavanje i potrebe individualnih ljudskih prava postepeno razvija koncept odgovornog kockanja (3). Isti autori navode da je kod pojedinih skupina perspektiva gledanja koncepta odgovornog kockanja promijenila socijalne probleme vezane uz pretjerano kockanje u individualne probleme, i to kako bi se odstranila politička priroda problema. Iz navedenog možemo primijetiti i zaključiti da kockanje zahvaća individualnu, političku, socijalnu, kulturološku, medicinsku i ekonomsku dimenziju. Kockanje je tako do kasnih godina 20. st. bilo generalno neprihvaćeno, usko regulirano i ograničeno u većini zapadnih društava. Od širokopojasne legalizacije do prohibicije i nazad zaokreti u stavovima prema kockanju u konačnici pomogli su učiniti kockanje prihvatljivim i legalnim, a povećana prihvatljivost i dostupnost učinili su da je kockanje dublje doprlo u društvo i kulturu. Kao rezultat kockarskih zakona u većini europskih zemalja prilike za kockanje, odnosno dostupnost kockanja, povećala se zbog liberalizacije i deregulacije (4). Javno prihvaćanje kockanja pridonijelo je povećanju dostupnosti kockanja, što je u konačnici povratno povećalo prihvatljivost (5). Na taj način kockanje je do današnjeg vremena od ekonomski marginalnog, politički koruptivnog i često moralno upitnog postalo široko društveno prihvatljiv način zabave i izvor prihoda za industriju i vlade (4, 6). Zbog toga je uloga države u reguliranju kockanja i odgovarajućih politika predmet političkih rasprava s obzirom na to da je država u sukobu interesa kao regulator, korisnik i rukovoditelj kockarskog miljea (7).

Kockanje je nekad bilo prihvaćeno kao nepošteno igranje ili varanje pri igri, a kockar se smatrao prevarantom, no definicija se kockanja u moderno vrijeme promijenila. Petry (8) navodi da kockanje općenito podrazumijeva ulaganje nečega vrijednog u događaj koji može rezultirati

većim i povoljnijim ishodom. Devereux (9) je definirao kockanje kao ulaganje novaca ili vrijednih predmeta na slučajne aktivnosti ili događaje koji imaju nesiguran ili nasumičan ishod. Ipak, pojedine kockarske igre mogu uključivati i određen stupanj vještina. Korištenje tih vještina može smanjiti stupanj utjecaja slučajnosti u ishodu, no zbog drugih čimbenika koji ostaju nepredvidivi, ishod ostaje i dalje nesiguran (10). To vrijedi za pojedine kartaške igre (poker, „blackjack“) kao i za sportsko klađenje, utrke konja i pasa te pojedine igre kockicama. Poznavanje kartaških strategija kao i karakteristika pojedinih trkačkih konja, jahača, sportaša i ekipa može imati utjecaj na uspješnost klađenja.

Činjenica je da je većina ljudi kockala u nekom trenutku svoga života (11). Kako bismo dobili cjelovitiju sliku što kockanje kao rasprostranjena aktivnost zapravo jest, potrebno je promotriti i razloge zašto ljudi kockaju. Spol, dob, biološki čimbenici, psihosocijalna i socioekonomska obilježja, poput stresnih događaja, obiteljskog i radnog okruženja, čini se da utječu na nastajanje, trajanje, težinu i recidive patološkog kockanja (12-14). Isti autori navode kako stres koji nastaje kao rezultat interakcije individue i okoline, te je sastavni dio svakodnevnog života, ako poprima pretjerane razine tijekom dužeg perioda vremena, vodi k maladaptivnim mehanizmima ponašanja i/ili stresom vezanih medicinskih ili psihijatrijskih poremećaja, a to uključuje i patološko kockanje. Tse i sur. (5) istraživali su razloge kockanja kod 4 različite etničke skupine. Izdvojili su 5 glavnih razloga zašto ljudi kockaju:

1. ekonomski razlozi – ostvarenje financijskih dobitaka

2. osobni razlozi – mentalno zdravlje (opuštanje, uzbuđenje, bijeg od depresivne realnosti i dosade), kognitivni i motivacijski razlozi

3. oglašavanja – kroz reklamiranje, koje određuju vladine politike, postiže se ohrabrivanje i normaliziranje kockanja kao društveno prihvatljive aktivnosti

4. okolišni razlozi – dostupnost (24 sata dnevno, 7 dana tjedno) i pristupačnost, obilježja kockarskih aparata, uređenost kockarskih prostora, atraktivni internetski prikaz, mnogobrojnost vrsta igara, lako učenje igara, ugodnost i kvaliteta osoblja te sigurnost atmosfere

5. socijalni razlozi – druženje s prijateljima i članovima obitelji (započinjanje i normaliziranje kockanja), kockanje kao supstitut za socijaliziranje.

Raylu i Oei (15) iznose i kulturalne razloge (kao vjerovanja, pojedine vrijednosti manjih grupa, grupne normativne obrasce traženja pomoći te proces prilagodbe kad su u pitanju emigranti) kao važne čimbenike u započinjanju i održavanju problemskog i patološkog kockanja.

Navedeni razlozi, koji u različitom stupnju mogu biti zastupljeni kod svakog pojedinca i njegove okoline, tako otvaraju veliku mogućnost razvoja zasebnog patološkog entiteta poput patološkog kockanja.

1.1.2. Bolesti ovisnosti i patološko kockanje

Bolesti ovisnosti predstavljaju heterogenu skupinu različitih psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja koji se međusobno razlikuju prema težini i kliničkom obliku, a povezuju se s uzimanjem jedne ili više psihoaktivnih tvari (16). Ovisnost se kao bolest tradicionalno definira kao psihičko, a katkad i fizičko stanje koje nastaje zbog međuodnosa živog organizma i (višekratnog uzimanja) psihoaktivne tvari, a karakterizirano je ponašanjem i drugim psihičkim procesima koji uvijek uključuju unutrašnju prinudu (znak gubitka kontrole zbog neodoljive žudnje) da se, unatoč svjesnosti o prisutnim štetnim posljedicama (zdravstvenim, socijalnim i drugim), nastavi s povremenim ili redovitim uzimanjem tvari kako bi se doživjeli ugodni učinci ili izbjegla patnja zbog sustezanja (17).

U svijetu se za postavljanje dijagnoza psihijatrijskih bolesti, pa tako i bolesti ovisnosti, koriste dvije glavne klasifikacije za mentalne poremećaje: Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (dalje DSM), Američke psihijatrijske udruge, i Međunarodna klasifikacija bolesti (dalje MKB), klasificirala Svjetska zdravstvena organizacija.

Prema posljednjem izdanju MKB-10 (18) razlikujemo šest kriterija koji karakteriziraju bolesti ovisnosti. Konačnu dijagnozu ovisnosti trebalo bi postaviti samo ako su prisutna tri ili više fenomena ili ako su se očitovala u nekom razdoblju tijekom prethodne godine:

1. žudnja ili osjećaj prisile – snažna želja ili potreba za konzumacijom sredstva ovisnosti

2. smanjenje ili gubitak kontrole – nemogućnost prestanka konzumacije kad se s istom započelo

3. fizička ovisnost – nakon prestanka konzumacije javlja se pojačano znojenje, drhtanje tijela, tjeskoba, mučnina i drugi poremećaji

4. tolerancija – potreba za konzumacijom sve većih količina da bi se postiglo odgovarajuće stanje užitka koje se prije postizalo unosom manjih količina

5. zanemarivanje – obitelji, radnih i drugih obveza i interesa

6. nastavak konzumacije – unatoč spoznaji o štetnosti.

Postoji javnozdravstveni model koji opisuje interakciju četiriju nužnih čimbenika koji su potrebni za nastanak ovisnosti: domaćin, sredstvo, vektor i okolina (1). Isti autori također navode da je domaćin pojedinac koji izabire sredstvo ovisnosti i koji je u određenom riziku od razvoja problema ovisno o njegovim neurobiološkim, psihološkim i ponašajnim obrascima. Sredstvo predstavlja specifičnu tvar koju pojedinac koristi, npr. alkohol, duhan, opijat, kokain, kanabinoide i dr., a u slučaju kockanja riječ je o specifičnoj kockarskoj igri koju kockar preferira (automati, loto, konjske trke, poker itd.). Vektor može biti shvaćen kao novac, a okolinu predstavlja obitelj, socioekonomski, kulturalni i politički kontekst unutar kojeg pojedinac razvija ovisničke obrasce (bili oni legalni, nelegalni, više ili manje dostupni, društveno nepoželjni ili prihvatljivi). Kao i kod svih javnozdravstvenih problema postoji složen međuodnos svih navedenih čimbenika koji onda rezultira čitavom paletom mogućih neželjenih posljedica koje možemo gledati kao "zajednički nazivnik" svih sindroma ovisnosti, pa tako i patološkog kockanja.

1.1.3. Od poremećaja impulsa do adiktivnog poremećaja

Da bismo lakše razumjeli kada kockanje iz igre prelazi u patologiju, moramo razjasniti kako patološko kockanje postepeno ulazi u područje bolesti ovisnosti.

Patološko je kockanje u MKB-10 svrstano među poremećaje navika i nagona zajedno s patološkim podmetanjem požara (piromanija), patološkom krađom (kleptomanija) i trihotilomanijom, iako je okvir bolesti ovisnosti puno primjereniji format za razumijevanje i pomoć osobama s problemom kockanja. U DSM-IV-TR (19) patološko kockanje uvršteno je među poremećaje kontrole impulsa. Prema istoj klasifikaciji patološkim kockanjem podrazumijeva se uporno i ponavljajuće neprikladno ponašanje koje je obilježeno s pet ili više simptoma:

1. zaokupljenost kockanjem (prepričavanje i promišljanje kockarskih događaja, planiranje budućih kockarskih epizoda, razmišljanja o načinima da se dođe do novca za kockanje)

2. potreba za sve većim ulozima ili rizicima kako bi se dosegla željena razina uzbuđenja kockanjem ili klađenjem

3. učestali, i u pravilu neuspješni, napori da se kockanje obustavi, smanji ili barem stavi pod kontrolu

4. javljanje nemira i razdražljivosti nakon pokušaja smanjivanja ili prestanka s kockanjem

5. kockanje kao bijeg od životnih problema ili određenih raspoloženja (depresije, krivnje, tjeskobe, osjećaja nemoći)

6. pokušaji namirenja kockanjem izgubljenog novca daljnjim kockanjem

7. laganje članovima obitelji, prijateljima, terapeutu i drugima kako bi se prikrili razmjeri uključenosti u kockanje

8. počinjenje ilegalnih djela u svrhu financiranja kockanja (prijevare, krađe, krivotvorenja i dr.)

9. ugrožavanje ili gubitak važne životne veze, posla, ozbiljne obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja

10. oslanjanje na druge kao izvore sredstava kojim bi se olakšala očajna osobna financijska situacija.

Upravo zbog sličnosti s bolestima ovisnosti kao što je klinička ekspresija, ishodište u istim moždanim područjima, komorbiditeti, fiziologija i tretman, patološko kockanje je u DSM-5 (20) klasifikaciji svrstano u posebnu skupinu „Substance-Related and Addictive Disorders" ili „ovisnosti o tvarima i adiktivni poremećaji." S obzirom na to patološke kockare možemo definirati i kao ovisnike o kockanju. Prepoznavanje zajedničkih obilježja s drugim bolestima ovisnosti pomoći će ovisnicima o kockanju da dobiju što adekvatniji tretman, drugima će pomoći da bolje razumiju izazove s kojima se susreću pojedinci koji se liječe zbog patološkog kockanja, i također, takav će koncept pomoći u javnim politikama borbe protiv ovisnosti.

1.1.4. Bihevioralna ovisnost i DSM-5

I prije samog izdavanja DSM-5 klasifikacije mentalnih poremećaja potaknute su mnoge rasprave o podjeli bolesti ovisnosti u dvije skupine:

1. ovisnosti o tvarima (supstancama)
2. ovisnosti bez supstanci (ponašajne ili bihevioralne ovisnosti).

Kod prve skupine jasno su navedena sredstva ovisnosti (alkohol, duhan, opijati, psihostimulativne droge, sedativi i hipnotici, kofein, kanabinoidi i dr.). Kod druge skupine opisuje se sindrom analogan ovisnostima o tvarima, ali s težištem na određena ponašanja koja, slično konzumaciji sredstava ovisnosti, potiču kratkoročni osjećaj ugode i mogu se nastaviti

usprkos neželjenim posljedicama, to jest zbog smanjenja kontrole ponašanja. Tu ubrajamo ovisnost o seksu, „šopingu“, videoigrama, igrama na sreću (kockanje) i dr. (21).

U DSM-5 klasifikaciji došlo je do raznih promjena u području bolesti ovisnosti koje su već ranije navedene, a najveće promjene, što se tiče pojedine ovisnosti, zahvatilo je patološko kockanje. Sam pojam „patološko kockanje” zamijenjen je pojmom „kockarski poremećaj”, za koji su se istraživači i kliničari složili da je manje pogrdan i stigmatizirajući izraz (22). Osim toga jedino je kockarski poremećaj od svih bihevioralnih ovisnosti na bazi dosadašnjih istraživanja premješten u područje bolesti ovisnosti. Prema DSM-5 (23) kockarski poremećaj podrazumijeva perzistentno i povratno problematično kockanje koje vodi do klinički značajnog oštećenja ili patnje, te se iskazuje tako da pojedinac očituje četiri (ili više) od sljedećega u 12-mjesečnom razdoblju:

1. ima potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi se dostiglo željeno uzbuđenje.

2. nemiran je ili razdražljiv kada pokušava smanjiti ili prestati s kockanjem.

3. ima opetovana neuspješna nastojanja radi kontrole, smanjenja ili prestanka kockanja.

4. često je zaokupljen kockanjem (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje).

5. često kocka kada se osjeća loše (npr. bespomoćan, kriv, anksiozan, depresivan).

6. čakon što na kocki izgubi novac, često se drugi dan vraća da bi ga nadoknadio („lovi“ vlastite dugove).

7. laže kako bi prikrio visok stupanj upletenosti u kockanje.

8. ugrozio je ili izgubio važnu vezu, posao, obrazovanje ili poslovne prilike zbog kockanja.

9. oslanja se na druge kako bi nabavio novac kojim bi olakšao očajnu financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem.

Reilly i Smith (22) u svom radu opisuju promjene koje su se dogodile u DSM-5 klasifikaciji u odnosu na DSM-IV. Jedna je od najvećih promjena izbacivanje kriterija počinjenja ilegalnih djela u svrhu financiranja kockanja, smatrajući da to neće utjecati na prevalenciju poremećaja, no u tekstu o objašnjenju kockarskog poremećaja navodi se da je počinjenje ilegalnih djela

udruženo s poremećajem. Druga je velika promjena smanjenje praga na 4 kriterija koja su dostatna za postavljanje dijagnoze poremećaja. Promjena je učinjena radi smanjenja lažno negativnih procjena. Ostalo se odnosi na manje promjene u određenim kriterijima. Tako kriterij zaokupljenosti kockanjem postaje „učestala zaokupljenost kockanjem", kako bi se istaknulo da osoba ne treba konstantno biti zaokupljena kockanjem. Iz istih je razloga promijenjen peti kriterij o kockanju kao bijegu od životnih problema koji postaje „često kockanje kada se osjeća loše" (npr. bespomoćan, kriv, anksiozan, depresivan). Šesti kriterij koji govori o pokušaju namirenja kockanjem izgubljenog novca daljnjim kockanjem, sada govori da kockar nakon što na kockanju izgubi novac, često se drugi dan vraća da ga nadoknadi. Posljednja promjena ističe da kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze moraju biti prisutni u periodu od 12 mjeseci, za razliku od DSM-IV gdje nisu navedeni vremenski periodi. Osim navedenog istaknute su različite kliničke manifestacije kockarskog poremećaja poput epizodične slike (zadovoljavanje dijagnostičkih kriterija više od jedanput, a simptomi se smiruju između razdoblja ovisnosti o kockanju na barem nekoliko mjeseci) i perzistentne (doživljavanje trajnih simptoma uz zadovoljavanje dijagnostičkih kriterija tijekom više godina) (20).

1.1.5. Razlika između patologije i igre

Kockanje općenito podrazumijeva ulaganje nečeg vrijednog u događaj koji može rezultirati većim i povoljnijim ishodom (8). Glavna su obilježja kockanja postojanje rizika i slučajnosti u ishodu. Po članku 2. Zakona o igrama na sreću (24) igrom na sreću smatra se igra u kojoj se za uplatu određenog iznosa sudionicima pruža mogućnost stjecanja dobitka u novcu, stvarima, uslugama ili pravima, pri čemu dobitak ili gubitak ovisi pretežito o slučaju ili nekom drugom neizvjesnom događaju.

Većina kockara kocka radi socijalnih i rekreacijskih razloga a pritom ne iskuse bilo kakve negativne posljedice. Postojanje negativnih socijalnih i ekonomskih posljedica koje proživljavaju kockari i njihove obitelji, povećavaju se s razinom, kronicitetom i ozbiljnošću kockarskih problema. Upravo postojanje psihički poremećenog stanja čini kockara patološkim (10).

Prema Zoričiću, Torreu i Iliću (25) razlikujemo nekoliko obrazaca kockanja:

1. Društveno (rekreacijsko) kockanje - oblik igre koji služi isključivo za razonodu i zabavu u slobodnom vremenu s limitiranim vremenskim periodom, uz simboličan ulog i limitiran i prihvatljiv gubitak ili dobitak;

2. Ozbiljno društveno kockanje - u kojem kockari pronalaze u hazardnim igrama osnovni oblik zabave, cijelo slobodno vrijeme provode kockajući, drže se unaprijed određenih eventualnih gubitaka;

3. Problematično kockanje - koje okupira najveći dio slobodnog vremena, uz nekontrolirani ulog, nemogućnost limitiranja dobitaka ili gubitaka te kompulzivnu želju za povratom izgubljenog uloga. Onog trenutka kada kockar pređe granicu i uđe u razinu problemskog kockanja, počinje imati negativne (štetne) posljedice vlastitog kockanja, ali ne zadovoljava kriterije za patološko kockanje. S obzirom na to da ima puno više problemskih kockara, većinu štetnih posljedica uzrokuju problemski kockari (10);

4. Patološko kockanje - karakterizira kompulzivna potreba kockanja bez ikakvog limita i kontrole, na štetu većine ostalih životnih aktivnosti. Korn (26) je definirao patološko kockanje kao oslabljenu mogućnost kontroliranja ponašanja vezano za kockanje, nepovoljne socijalne posljedice koje remete osobne, obiteljske ili poslovne obveze te pojava tolerancije (potreba za kockanjem sa sve većim ulozima za postizanje željenog uzbuđenja) i apstinencijskih smetnji;

5. Profesionalno kockanje - služi kao zanat i glavni izvor prihoda. Uglavnom ga karakterizira sačuvana kontrola nad visinom dobivenog ili izgubljenog jer je disciplina centralna karakteristika, tek se povremeno igra na sve ili ništa. Profesionalni kockari mogu iskusiti određene probleme vezane za kockanje, poput kraćeg lovljenja vlastitih dugova ili gubitka kontrole, no ne zadovoljavaju kriterije za patološko kockanje (19).

1.2. Obilježja patoloških kockara

Procijenjeno je da u populaciji pacijenata koji dolaze u kontakt sa psihijatrijskom skrbi radi bolesti ovisnosti, više od 15% ima problema s patološkim kockanjem (3).

Prema DSM-IV-TR (19) klasifikaciji cjeloživotna je prevalencija patoloških kockara u općoj populaciji u SAD-u bila 0.4-3.4%. Stucki i Rihs-Middel (27) u svom su istraživanju prikazali prevalenciju patoloških kockara u općoj populaciji za period od 2000. do 2005. godine na

osnovi istraživanja učinjenih u europskim zemljama i zemljama engleskog govornog područja. Prikazali su da prevalencija odgovara prethodnim istraživanjima, stopa je stabilna u svim navedenim državama bez obzira na primijenjene instrumente (SOGS, CPGI, DSM-IV), a iznosila je 0.15-2.1% prema DSM-IV kriterijima. Što se tiče spolnih razlika prema DSM-5 (20) klasifikaciji, prošlogodišnja stopa prevalencije ovisnosti o kockanju u općoj populaciji za žene je oko 0.2%, a za muškarce oko 0.6%.

Prema rezultatima koje su u svom istraživanju prikazali Glavak Tkalić, Miletić i Sučić (29), u Hrvatskoj je problematično kockanje s negativnim posljedicama i mogućim gubitkom kontrole bilo prisutno kod 2.2% ispitanika, umjeren stupanj problema koji vodi do nekih negativnih posljedica, iskazalo je 2.9% ispitanika. Pored navedenog prikazano je da je problematično kockanje s negativnim posljedicama i mogućim gubitkom kontrole bilo izraženo kod 3.6% muških ispitanika, a kod ženskih ispitanika 0.7%. Nadalje, prema podacima Državnog zavoda za statistiku u periodu od 1995. do 2009. broj registriranih jedinica u sustavu (prodajna mjesta) priređivača igara na sreću na području Republike Hrvatske porastao je približno 5 puta, pa iz toga možemo primijetiti da je prisutan trend jakog porasta interesa za igre na sreću, a time posredno zaključiti u prilog porastu patoloških kockara (29).

Kockanje u Hrvatskoj prestaje biti percipirano kao socijalno devijantno ponašanje i postaje društveno prihvaćena djelatnost. Kako ne postoji svojevrstan registar patoloških kockara u Hrvatskoj, o broju patoloških kockara u Hrvatskoj možemo jedino pretpostaviti na temelju prevalencije patoloških kockara u općoj populaciji europskih zemalja i zemljama engleskog govornog područja, a to je 0.15 – 2.1% (26). Prema podacima Državnog zavoda za statistiku i popisu stanovništva (30) Hrvatska je imala 4 284 889 stanovnika, od čega 3 388 284 iznad 19 godina. Po tome možemo zaključiti da u Hrvatskoj ima od 5 082 do 71 154 odraslih patoloških kockara.

U Hrvatskoj nema dovoljno istraživanja o patološkim kockarima koji se javljaju na liječenje, stoga o obilježjima patoloških kockara možemo zaključivati na temelju istraživanja koja su provedena u inozemstvu, ponajviše u razvijenim zemljama. Mnogi su autori posljednjih desetljeća istraživali obilježja patoloških kockara, s jedne strane kako bi dobili uvid u njihove osobine, a s druge strane kako mogli prepoznati obilježja onih koji čine vulnerabilnu skupinu da bi mogli razviti poremećaj. Rezultati istraživanja nisu uvijek jednoznačni i govore u prilog različitim obilježjima. Lahti i sur. (31) prikazali su sociodemografske karakteristike 39 patoloških kockara koji su se javili na liječenje. Prema njihovim rezultatima 80% ispitanika

bilo je muškog spola i prosječne starosti 39 godina, 59% bilo je u braku ili su živjeli s partnerom, 69% imalo je barem srednjoškolsko obrazovanje i 87% bilo je zaposleno. Prema istraživanju koje su napravili Stinchfield, Winters i Dittel (32) u državi Minnesota ispitujući učinkovitost multimodalnog tretmana na 436 patoloških kockara, 47.5% ispitanika bilo je muškog spola, prosječna starost bila je 43.5 godina, u braku je bilo 24.8% ispitanika, rastavljenih 27.6%, a samo je živjelo 24.8% ispitanika, 64% bilo je stalno zaposleno i oko 90% je završilo barem srednju školu. Nadalje, Cunningham-Williams i sur. (33) proveli su istraživanje uspoređujući kockare s nekockarima i osobama koje kockaju rekreativno. Istaknuli su da su patološki kockari češće mlađi, manje obrazovani i nezaposleni za razliku od nekockara i osoba koje kockaju rekreativno, dok su Bakken i sur. (34) istaknuli da su od sociodemografskih obilježja muški spol, mlađa životna dob, samci, manja obrazovanost i rođenje izvan zapadnih zemalja čimbenici rizika za razvoj problematičnog kockanja.

Promatrajući dobne skupine, najveću vjerojatnost razvoja patološkog kockanja ima dobna skupina mlađih odraslih osoba, od 18 do 25 godina, a najviše kockanjem izazvanih problema imaju kockari u dobi od 20 do 35 godina (35, 36).

Što se tiče rodnih razlika, muškarci počinju kockati u mlađoj, a žene u srednjoj životnoj dobi (33, 31), muški su kockari zbog toga prosječno mlađi oko 10 godina od žena koje kockaju (37). Patološko se kockanje učestalije javlja kod osoba muškog spola te oko 70 – 80% patoloških kockara su muškarci (38, 37). Tavares i sur. (39) uspoređivali su rodne razlike u progresiji kockanja. Tako žene koje kockaju, češće žive same, rastavljene su ili udovice i češće su nezaposlene od muškaraca. Muškarci koji kockaju, češće su oženjeni i rjeđe su nezaposleni od žena. Žene su prije javljanja u tretman imale kraće periode apstinencije od muškaraca i brže razvijaju sindrom ovisnosti.

Cunningham-Williams i sur. (33) uspoređivali su i različite crte osobnosti kod navedenih skupina i pronašli su da je kod kockara značajno izraženija karakteristika potrebe traženja novih uzbuđenja. Posebno je osjetljiva kombinacija nezaposlenosti i povišena potreba traženja novih uzbuđenja. Patološki kockari postižu visoke rezultate i na skalama impulzivnosti (40, 41) te se impulzivnost smatra i čimbenikom rizika (42, 43). Općenito, kockarsko ponašanje govori u prilog sklonosti preuzimanju rizika i osjećaju ugode prilikom kompleksnih i različitih stimulusa (10).

S obzirom na to da je prevalencija patoloških kockara u općoj populaciji 0.4 – 2.0% (44), a prevalencija je znatno viša među ovisnicima o psihoaktivnim tvarima (45) i među

zatvorenicima (46), povećana prevalencija u tim subuzorcima navela je autore na istraživanje uloge poremećaja osobnosti u razvoju patološkog kockanja. Poremećaji osobnosti prema DSM-IV klasifikaciji mentalnih poremećaja (19) definirani su kao trajni, nefleksibilni i slabo prilagodljivi obrasci razumijevanja, povezanosti sa, i razmišljanja o okolini i sebi, što uzrokuje značajno funkcionalno pogoršanje i subjektivni stres. U mnogo slučajeva individualna mogućnost prepoznavanja vlastite disfunkcionalnosti i mogućnost za promjenom nedostatna je za mijenjanje ponašanja.

MKB-10 razlikuje nekoliko vrsta poremećaja osobnosti: paranoidni poremećaj osobnosti, shizoidni poremećaj osobnosti, disocijalni poremećaj osobnosti, emocionalno nestabilni poremećaj osobnosti, histrionični poremećaj osobnosti, anankastični poremećaj osobnosti, anksiozni ili izbjegavajući poremećaj osobnosti, ovisni poremećaj osobnosti te mješoviti i drugi poremećaji osobnosti. Postoje dokazi koji podupiru povezanost između poremećaja osobnosti i kockanja, pogotovo disocijalnog poremećaja osobnosti. Njega obilježava grubo zanemarivanje osjećaja drugih osoba, naglašen i trajan manjak odgovornosti i nepoštivanja socijalnih normi, nemogućnost održavanja trajnih veza iako ne postoje poteškoće u njihovom uspostavljanju, niska tolerancija frustracije i nizak prag za očitovanje agresije, nepostojanje osjećaja krivnje ili nemogućnost učenja na iskustvu, poglavito kazni, te izražena sklonost okrivljavanju drugih ili sklonost uvjerljivim racionalizacijama za ponašanje koje je osobu dovelo u konflikt s društvom. Dok je prevalencija disocijalnog poremećaja osobnosti u populaciji 0.6 – 3.6% (47), prevalencija među patološkim kockarima je 35% (48). Tako su i studije tretmana patoloških kockara također pokazale pojavnost disocijalnog poremećaja osobnosti od čak 16.5% (49). Izuzev disocijalnog poremećaja osobnosti istraživači su pokazali povezanost između patološkog kockanja i drugih poremećaja osobnosti, pogotovo emocionalno nestabilnog poremećaja osobnosti i histrioničnog poremećaja osobnosti (44). Stone navodi da su žene koje patološki kockaju, sklonije histrionskim i ovisnim osobnostima, dok su muškarci skloniji kompulzivnim, disocijalnim i shizoidnim osobnostima (50, 51). Sacco i sur. (43) navode u svojem prikazu autore (44, 51, 52, 53) koji su prikazali veću vjerojatnost pojavljivanja paranoidnog i shizoidnog poremećaja osobnosti među patološkim kockarima, te narcističnog, ovisnog, izbjegavajućeg i opsesivno-kompulzivnog poremećaja osobnosti. Iz navedenog možemo lako zaključiti da su osobe s poremećajem osobnosti sklonije razvoju patološkog kockanja.

Osim uloge osobnosti kod razvoja patološkog kockanja vrlo je česta pojava i drugih psihijatrijskih komorbiditeta kao što su poremećaji raspoloženja te ovisnosti o psihoaktivnim

tvarima (44). Psihijatrijski poremećaji mogu postojati i prije razvoja patološkog kockanja (kao poremećaji osobnosti, depresija, anksioznosti, ovisnosti o psihoaktivnih tvarima te drugi) te mogu biti uzrok nastanka patološkog kockanja, a mogu se razviti i nakon patološkog kockanja kao neposredna posljedica ili kao nezavisni poremećaj (54).

Njemački autori Erbas i Buchner (37) u svom su radu naveli da 93% patoloških kockara koji se liječe, ima komorbiditete koje navode po učestalosti:

1. mentalni i ponašajni poremećaji
2. poremećaji probavnog sustava/metabolički poremećaji
3. poremećaji muskuloskeletalnog sustava
4. poremećaji kardiovaskularnog i dišnog sustava.

Mentalni i ponašajni poremećaji najčešći su komorbiditeti među patološkim kockarima koji se liječe, a bolesti su ovisnosti pak najčešći psihički poremećaji koji se javljaju kod četvrtine do dvije trećine patoloških kockara (55, 56). Oko 80% patoloških kockara ovisno je o duhanu (57, 37). Petry, Stinson i Grant (44) pronašli su da je 73.2% patoloških kockara ovisno ili zloupotrebljava alkohol, a 38.1% ovisno je ili zloupotrebljava droge. Isti su autori također iznijeli da 49.6% patoloških kockara boluje od afektivnih poremećaja i 41.3% boluje od anksioznih poremećaja. Među ljudima s komorbiditetima patološkog kockanja i drugih psihijatrijskih poremećaja nastup afektivnih poremećaja 65.1%, anksioznih poremećaja 82.1% i bolesti ovisnosti 57.4% dogodio se prije razvoja patološkog kockanja (58, 56). To dokazuje da su pacijenti skloni kockanju kako bi kupirali depresivne i anksiozne smetnje. Ljudi s depresivnim smetnjama često pate od nemogućnosti doživljavanja užitka kod normalnih ugodnih životnih događaja. Tako kockanje može predstavljati bijeg ili osjećaj nagrade kao kompenzatorni odgovor na generalni nedostatak zadovoljstva (59, 60).

Petry i Kiluk (61) u svom radu navode različite autore koji su istraživali depresivni poremećaj i suicidalnost kod patoloških kockara. Tako opisuju da su Specker i sur. (52) prikazali pojavnost velikog depresivnog poremećaja od 35% kod patoloških kockara u vanbolničkom tretmanu, a u istom uzorku se depresivni poremećaj javljao kod 70% patoloških kockara u nekom periodu života. U jednoj studiji, u kojoj je sudjelovalo 164 patološka kockara u tretmanu Anonimnih kockara, prikazano je da je 48% imalo suicidalne ideacije, a čak 13% imalo je pokušaj suicida (62, 61). Kod hospitaliziranih kockara suicidalne ideje javljaju se u 80% pacijenata, a pokušaji

suicida u 12% pacijenata (63, 61). Psihotični poremećaji kod patoloških kockara imaju pojavnost od svega 2.5 – 6% (56, 64).

Različiti su autori istraživali probleme koje imaju članovi obitelji patoloških kockara u vidu obiteljskog funkcioniranja i maritalnog života. Najčešći su problemi u odnosima poput ljutnje, nasilja, laži, razočaranja, zanemarivanja od strane kockara, nedostatna razina komunikacije, promijenjene obiteljske uloge i pravila, negativne emocije, otvorena ekspresija agresije i druge emocionalne reakcije (65, 66). Takvi odnosi dovode do niže razine kvalitete obiteljskog života. Upravo su zbog toga autori u svojim istraživanjima koristili naziv „concerned significant others“ ili „značajne zabrinute druge osobe“ kako bi opisali supružnike, druge članove obitelji ili prijatelje, da istaknu socijalni učinak problematičnog i patološkog kockanja (67, 68). Prema dosadašnjim istraživanjima psihosocijalnog funkcioniranja patoloških kockara autori su procijenili da na svakog kockara ide 10 – 15 značajno zabrinutih drugih osoba (68). Isti autori opisuju skandinavske studije prema kojima značajne zabrinute druge osobe imaju izražene probleme s fizičkim i psihičkim zdravljem, s usamljenošću, s konzumacijom sredstava ovisnosti, pogoršanjem financijske situacije i posuđivanjem novaca te iskustvo nasilja pogotovo kad su u pitanju žene.

Kockari se mogu razlikovati po težini i vrsti psihijatrijskih komorbiditeta, no mogu se razlikovati i prema vrstama igara na sreću koje preferiraju. Petry (69) je u svom radu uspoređivala obilježja 347 patoloških kockara po vrstama igara na sreću koje preferiraju, i tako istaknula obilježja pojedinih skupina kao što su: igrači koji se klade na utrke konja i pasa, kockari koji se klade na sportske rezultate, igrači karata (poker, „blackjack“...), igrači automata, i igrači lutrije i strugalica.

Kockari kojima je dominantna kockarska aktivnost kartanje, primjerice, moraju biti koncentrirani te moraju imati moć kontroliranja i sakrivanja uzbuđenja. Impulzivnost i traženje uzbuđenja negativni su čimbenici kod igrača karata jer igranje karata zahtijeva pažljivu koncentraciju. Vrlo su rijetko ovisni o psihoaktivnim tvarima i rijetko imaju psihijatrijske poremećaje jer je igranje pokera s visokim ulozima ili „blackjacka“ teško zamisliti pod utjecajem različitih psihoaktivnih tvari (70, 69).

Kockari kojima su dominantna aktivnost utrke konja i pasa, vole stanja visokog uzbuđenja, najstariji su i ujedno najnižeg obrazovanja, isključivo su muškog spola. Imaju teške kockarske probleme, s ranim početkom i učestalim kockanjem te mjesečno kockaju najveću količinu novaca. Imaju srednji stupanj uporabe psihoaktivnih tvari, a od psihijatrijskih problema najviše

prezentiraju anksioznost, probleme s pamćenjem, poteškoće u kontroli agresivnog ponašanja i suicidalnih ideacija. Najranije su počeli učestalo kockati i najduže imaju kockanjem izazvane probleme (69). Skloni su kockanju kako bi ublažili stanja disforičnog raspoloženja (71).

Igrači kojima je dominantna aktivnost igranje automata, anksiozniji su i kockaju radi izbjegavanja uzbuđenja (72, 69). Igranje automata zahtijeva malo koncentracije i ne zahtijeva vještine. Ženama je to čest način kockanja, a Lesieur i Blumeu (73) sugeriraju da žene kockaju na automatima kako bi pobjegle od osobnih i obiteljskih problema, za razliku od muškaraca koji kockaju radi uzbuđenja i socijalizacije. Stoga žene preferiraju nestrateške igre poput automata ili strugalica, dok muškarci preferiraju strateške igre poput sportskog klađenja i utrka konja (31, 74).

Igrači kod kojih dominira igranje lutrije i strugalica, nisu skloni vještinama. Prema Hendriksu i sur. (75) često su niskog ekonomskog statusa, imaju veću stopu psihijatrijskih poremećaja i zlouporabu psihoaktivnih tvari od ostalih skupina. Kockaju s najmanjim ulozima, ali kockaju najčešće.

Kockari s dominantnim sportskim klađenjem pretežno su muškog spola, kockaju različite količine novca, najmlađi su i srednje učestalo kockaju. Alkohol piju srednje do više učestalo i imaju manje izraženu psihijatrijsku problematiku (69).

1.3. Kockarske kognitivne distorzije ili iracionalna vjerovanja

Od sredine 80-ih godina velika se pozornost počela posvećivati ulozi kognitivnih procesa u etiologiji te održavanju problematičnog i patološkog kockarskog ponašanja. Centralna je pretpostavka tog pristupa da kockarsko donošenje odluka nije posve objektivno i racionalno. Ono je pod snažnim utjecajem mnogih krivih ili iracionalnih percepcija i pomaka koji utječu na promijenjena očekivanja o vjerojatnosti pobjede i gubitka (76). Kao što postoje optičke iluzije koje čine da ljudi vide stvari drugačije od onog što jesu, tako postoji i iluzija uzročnosti koja ljude čini da vjeruju da jedan događaj uzrokuje drugi, dok objektivno nemaju nikakvih poveznica. Iluzija uzročnosti način je na koji je ljudski um evoluirao tako da izvlači uzročnost iz slučajnosti (77). Optimalna mogućnost procjena nije ostvariva za ljude. Donošenje odluka proces je identificiranja i izabiranja alternativa utemeljen na vrijednostima i prioritetima osobe koja odluku donosi. Ljudi su razvili strategije za donošenje odluka koje maksimalno koriste kognitivne resurse i vještine koje imaju, te na taj način nastoje djelovati što „racionalnije“.

Ljudski um nastoji pronalaziti smisao u pojavama tako da traži obrasce, a rezultat toga mogu biti kognitivne distorzije. Pritom također možemo uzeti u obzir da je mogućnost izbora snažna ekspresija autonomije te sukladno s time i osobne kontrole (78, 79, 80).

Kockari pokušavaju kontrolirati i predvidjeti događaje, koji su objektivno slučajni i nekontrolirajući, tako da razvijaju iluziju kontrole i praznovjerja koja ih motiviraju da stvaraju taktike i vještine kako bi povećali vjerojatnost pobjede. Dakle, tijekom kockanja igrači koriste različite strategije i vjerovanja koja će u kombinaciji s njihovim vještinama rezultirati „pobjedom“ (81) te je upravo iz toga isti autor definirao kognitivne distorzije kao precijenjene sposobnosti koje vode k pobjedi (82). Studije koje su rađene na kockarima koji su glasno verbalizirali svoja razmišljanja tijekom kockanja, potvrđuju navedene činjenice. 70% izrečenih ideja vezanih za kockanje bile su iracionalne (83, 84, 85).

Iracionalna vjerovanja i ponašanja vezana za kockanje pridonose razvoju problematičnog i patološkog kockanja te pridonose podržavanju kockanja (86). Ladouceur (87) je u svom istraživanju, u kojem je uspoređivao patološke kockare s nepatološkim, pokazao da patološki kockari, u odnosu na društvene, verbaliziraju više kockarskih uvjerenja i jače su uvjereni u njihovu istinitost.

1.3.1. Vrste kockarskih kognitivnih distorzija

Različiti autori pokušali su identificirati i kategorizirati kognitivne distorzije unazad više desetina godina. U skladu s tim nastalo je mnogo različitih podjela. Ladouceur (88) je podijelio kognitivne distorzije u 3 glavne kategorije: (1) netočno poimanje vjerojatnosti, (2) iluzija kontrole i (3) praznovjerje. Iskrivljena percepcija vjerojatnosti ishoda osnovna je pogreška koju rade kockari (89). Toneatto (82) pomake u razumijevanju vjerojatnosti opisuje kao netočna vjerovanja o slučajnosti na osnovu kojih se krivo procjenjuje vjerojatnost pobjede.

Iluzija kontrole pretjerano je vjerovanje u vlastite sposobnosti s kojima je moguće utjecati na ishod koji je objektivno nekontrolirajući, tj. vjera u mogućnost kontroliranja događaja koji se ne mogu kontrolirati (90). Goodie (91) također opisuje Toneattovu definiciju (82) iluzije kontrole kao težnju za vjerovanjem u veće mogućnosti postizanja slučajnog ishoda nego što to sama slučajnost određuje. Iluzorna kontrola ključni je faktor koji sudjeluje u povećavanju preuzimanja rizika (92). Ta vrsta iracionalnih vjerovanja jače je izražena kod kockara koji su skloni igrama s većom komponentom vještina, bilo da je riječ o patološkim ili nepatološkim

kockarima (93). Iluzija će uvijek biti manja kad je vjerojatnost uzročnosti manja (77). Sundali i Croson (94) pretpostavili su da se pojedina iracionalna vjerovanja, kao primjerice iluzija kontrole i kockarske obmane, mogu povezati s unutarnjim lokusom kontrole. Lokus kontrole vjerovanje je da je ishod našeg djelovanja vezan za ono što mi činimo (unutarnji lokus kontrole) ili za događaje izvan našeg osobnog djelovanja (vanjski lokus kontrole) (95). Sundali i Croson (94) navode da osobe s unutarnjim lokusom kontrole ishod povezuju s osobnim odlukama i djelovanjima, dok osobe s vanjskim lokusom kontrole povezuju ishod sa srećom ili nekim drugim vanjskim čimbenikom. Jednako su tako iluziju kontrole Rothbaum, Weisz i Snyder (96) podijelili na primarnu i sekundarnu, gdje je primarna pod utjecajem osobnih vještina, a sekundarna je pod utjecajem vanjskih sila kao što su Bog i sreća. Bez obzira na izvor tih iluzija one mogu voditi k lošim kockarskim odlukama i mogu utjecati na potrošnju veće količine novaca prilikom klađenja (97). Orgaz, Estevez i Matute (98) pokazali su da su kockari skloniji iluzijama kontrole i u drugim aspektima života.

Toneatto (82) je opisao niz iracionalnih vjerovanja: praznovjerja, interpretativni pomaci, iluzije kontrole sreće, iluzorna povezivanja i mnoge druge. Podijelio ih je u 3 skupine. Prva skupina uključuje vjerovanja da se mogu kontrolirati kockarski ishodi (praznovjerjem), u drugoj se mogu predvidjeti kockarski ishodi (na osnovi prijašnjih dobitaka i gubitaka), a u trećoj se mogu promijeniti kockarski ishodi (serije gubitaka zamijenit će se serijom dobitaka ili konstantno kockanje vratit će izgubljeni novac).

Isti autor praznovjerja je podijelio u 3 skupine: talizmatska (gdje posjedovanje određenog predmeta povećava vjerojatnost pobjede), ponašajna (gdje određeno ponašanje povećava vjerojatnost pobjede) i kognitivna (gdje određena mentalna stanja povećavaju vjerojatnost pobjede). Joukhador, Blaszczynski i MacCallum (99) opisuju praznovjerja kao jaka uvjerenja temeljena na pogrešnoj percepciji uzročno-posljedične veze između dviju nezavisnih varijabli. Također, opisuju kako Henslin (100) definira praznovjerja kao verbalne ili neverbalne geste koje se razvijaju, i vjeruje se da mogu utjecati na ishod igre iako nema empirijske veze između njih i ishoda. Mnoga dosadašnja istraživanja pokazala su kako pojedine varijable poput godina obrazovanja ili inteligencije nemaju utjecaja na razvoj te vrste kognitivnih kockarskih pomaka (101). Također, poznavanje matematike i statistike ne djeluje kao protektivna varijabla i općenito ne smanjuje interes prema kockanju (102).

Nadalje, Toneatto (82) interpretativne pomake dijeli na: pomaknute atribucije, kockarske obmane, lovljenje, antropomorfizme, učenje kroz gubljenje i pomake neopreznosti. Pomaknute

atribucije precjenjivanja su određenih predispozicijskih čimbenika, kao vlastitih sposobnosti i vještina, kako bi podcijenili slučajnost pobjede i određene situacijske čimbenike poput sreće i vjerojatnosti. Kod kockarskih obmana gubici se interpretiraju kao znakovi da uskoro stiže dobitak kako bi se nastavilo s kockanjem, tj. tendencija da se povezuje prošle i buduće događaje iako su oba potpuno neovisna (103). Lovljenje je kad se nakon serije gubitaka većih količina novaca vjeruje da se taj novac može vratiti isključivo kockanjem (ako se ne nastavi s kockanjem nakon gubitka, ne može se vratiti novac, a ako se nastavlja, novac se može vratiti). Kod antropomorfizama (personifikacija kockarskih aparata) kockarskim se aparatima pripisuju ljudske karakteristike pa ih se okrivljuje za dobitak ili gubitak (97). Učenje kroz gubljenje predstavlja visoko vrednovanje gubljenja kao bitno iskustvo koje može pridonijeti narednim pobjedama (kroz gubljenje se dobivaju značajni elementi za razvoj kockarske strategije kako bi se došlo do pobjede).

Aasved (104) opisuje i selektivno pamćenje kao kognitivni kockarski pomak u kojem se kockari jače prisjećaju dobitaka nego gubitaka, pogotovo većih iznosa. To predstavlja motiviranost za podržavanjem nade u pobjedu i podržava daljnje kockanje. Isti autor opisuje zarobljavanje kao distorziju kod koje kockar nakon velikih gubitaka više ne vidi smisao u odustajanju od kockanja. Nadalje, Toneatto (82) opisuje pogrešno interpretiranje različitih znakova (poput raznih tjelesnih senzacija, intuicije, pojedinih predznaka i neuobičajenih događaja) koji određuju odluku za kockanje.

Pod iluzijom kontrole sreće isti autor podrazumijeva sreću kao nekontrolirajuću varijablu (čekanje dobrih perioda sreće, a izbjegavanje perioda nesreće za klađenje), sreću kao kontrolirajuću varijablu (sreća se može manipulirati praznovjerjima), sreća kao osobina (urođena sreća u određenim igrama i urođena nesreća za druge igre), sreća kao zaraza (uspješnost u drugim područjima života prenosi se na uspješnost u kockanju). Također, navodi iluzorna povezivanja kao pripisivanje slučajnosti istaknutim obilježjima okoline koje se povezuje s kockarskim ishodom iako nema objektivne povezanosti.

Raylu i Oei (105) iznijeli su još dvije kognitivne distorzije, a to su: kockarska očekivanja (vjera da se kockanjem može postići opuštanje, ublažiti dosada te pobjeći iz svakodnevne dokolice) i vjeru u nemogućnost kontroliranja kockarskog poriva (uvjerenost kockara da nikako ne može smanjiti ili prekinuti vlastito kockanje).

Nakon navođenja niza kockarskih kognitivnih distorzija potrebno je istaknuti da su Ladouceur i sur. (89) opisali osnovni *kockarski paradoks*: ako je individualni cilj postići zaradu, racionalno

ekonomsko razmišljanje vodilo bi ljude da izbjegavaju kockanje, no kockar kocka jer nema novca, kocka kako bi zaradio novac, ali izabire kockanje kao aktivnost s kojom se gubi novac. Wagenaar (106) je to objasnio na način da ljudi u procesu donošenja odluka rabe očekivanu korist umjesto očekivane vrijednosti kao kriterij za donošenje odluke i da zanemaruju činjenicu gubitka manjih svota novaca u usporedbi s mogućim dobivanjem velike svote, odnosno niti jedan negativan ishod nije toliko loš da se nalazi izvan raspona gdje je naknada za pozitivne ishode još uvijek moguća. Isti autor takvo ponašanje objašnjava mnogim kognitivnim distorzijama zahvaljujući kojima kockar smatra da se generalna statistička pravila koja određuju vjerojatnost gubitka, ne odnose na njih kao individue. Na taj način dizajneri kockarskih igara lukavo eksploatiraju te iluzije kako bi poticali lažnu percepciju situacije.

1.3.2. Utjecaj kognitivnih distorzija na kockarsko ponašanje

Različiti su autori prikazali da problematični i patološki kockari imaju izraženije kognitivne distorzije nego drugi kockari i one su u pozitivnoj korelaciji sa simptomima patološkog kockanja (86, 93). Utjecaj kognitivnih distorzija na kockarsko ponašanje istraživali su različiti autori. Tako su Miller i Currie (107) prikazali da kockari koji imaju izraženije kognitivne distorzije, zbog utjecaja na percepciju vjerojatnosti pobjede, imaju rizičnije oklade kao posljedicu lažnog samouvjerenja u vlastitu pobjedu. S druge strane, kockari s istim rizičnim prilikama, no bez kognitivnih distorzija, troše manje svote jer točnije percipiraju mogućnost rizika gubljenja. Također, prikazali su da su kognitivne distorzije u pozitivnoj korelaciji s rizičnim kockarskim ponašanjem (ono ponašanje koje povećava vjerojatnost negativnih kockarskih posljedica), a upuštanje u rizično kockarsko ponašanje, zajedno s kognitivnim distorzijama, povećava intenzitet kockanja (postotak dohotka potrošen na kockanje u godini dana) i toleranciju, koja je jedan od glavnih simptoma bolesti ovisnosti općenito.

Za vrijeme samog čina kockanja istraživanja su pokazala da postoji jednak stupanj kognitivnih pomaka između patoloških i nepatoloških kockara, a u grupi neproblematičnih kockara oni s kognitivnim pomacima bili su skloni trošiti veće iznose novaca u pojedinim okladama u odnosu na ljude bez kognitivnih pomaka (88, 97).

Lund (108) je na uzorku od 4.963 odrasle osobe prikazala da je povećana količina iracionalnih vjerovanja povezana s povećanom frekvencijom kockanja (105). Iracionalna kockarska vjerovanja također su povezana i s produljenim trajanjem pojedine kockarske epizode (100).

Toneatto i sur. (81) navode da je postojanje većeg broja kognitivnih distorzija izraženije u igrama u kojima je vještina potencijalna komponenta, kao karte (poker, „blackjack“), sportsko klađenje, nego u igrama bez vještina, kao što je npr. lutrija. Kockari koji igraju igre pod većim utjecajem vještina, imaju veću percepciju da njihove vještine mogu utjecati na ishod igre. Tako element vještine može razviti lažan utisak veće kontrole igre, što u konačnici vodi k većem trošenju novca i više kockarskih problema.

1.3.3. Čimbenici koji utječu na kognitivne distorzije

Jednako je bitno navesti i koji potencijalni čimbenici utječu na razvoj kognitivnih distorzija. Istraživanja su pokazala da pojedini aspekti strukture igre i činovi kockanja mogu imati ulogu u jačanju i podržavanju iracionalnih vjerovanja. Tako rane pobjede, velike pobjede, uzastopne pobjede ili skore pobjede pojačavaju i učvršćuju iracionalna vjerovanja (108). Isto se događa i kod saznanja o pobjedama drugih osoba koje su kockale (110). Ejova, Navarro i Delfabbro (111) pokazali su da frekvencija dobitaka ima utjecaj na razvoj distorzija. Tako rast dobitaka s vremenom pojačava osjećaj kontrole nad ishodom. Iz navedenog možemo lako zaključiti da kockanje samo po sebi utječe na razvoj više i jače izražene kockarske kognitivne distorzije (108). Pojedine kockarske igre, pogotovo one u kojima vještina ima određenu ulogu (poker, „blackjack“), stimuliraju razvoj iracionalnih vjerovanja (112, 108). Rano kockanje i izloženost kockarskim prilikama također povećavaju iracionalna vjerovanja (113). Oei, Lin i Raylu (114) ispitivali su utjecaj različitih kulturoloških modela na kockarsku kogniciju kod kineske i kavkazijske populacije te su pronašli da je kineska populacija značajnije sklonija iluzijama kontrole i nemogućnosti prestanka kockanja. To govori u prilog tome da pojedine kulture mogu pozitivno utjecati na razvoj kognitivnih distorzija. Također, pojedina obilježja osobnosti mogu biti predisponirajuća u razvoju kognitivnih pomaka. Tako su kockari koji su skloniji impulzivnijem načinu funkcioniranja (više fokusirani na trenutno donošenje odluka s reduciranom mogućnošću odgode gratifikacije), skloniji različitim kompleksnijim distorzijama tijekom igre (115). Prema kliničkoj i socijalnoj psihologiji iluzije se kontrole, kao kognitivne distorzije, tipično razvijaju kao način da se osoba zaštiti od niskog samopouzdanja (116) što može biti jedan od faktora koji pozitivno utječe na njihov razvoj. Trenutna motiviranost i emocionalnost mogu utjecati na kognitivna stanja. Kockari koji žarko žele ili imaju jaku potrebu za dobitkom, skloniji su vjerovanju da će se takav ishod i dogoditi (117). Delfabbro, Lahn i

Grabosky (102) navode da iracionalna vjerovanja mogu služiti za poticanje samopouzdanja, smanjenje neizvjesnosti i anksioznosti.

Tijek je poremećaja patološkog kockanja kroničan s povremeno jače ili slabije izraženim simptomima koji perzistiraju zbog poremećenih vjerovanja u vjerojatnost ishoda igara (99). Bitnost kognitivnih pomaka možemo povezati i s činjenicom da mijenjajući pogrešnu kockarsku kogniciju, uključujući iluziju kontrole, praznovjerja, vjerovanja u specijalne vještine te ostale, možemo smanjiti problematično kockarsko ponašanje (118). Činjenica koja potvrđuje ulogu iracionalnih vjerovanja u problematičnom i patološkom kockanju, to je da je kognitivno bihevioralna terapija, koja korigira iracionalna vjerovanja, jedan od najuspješnijih terapijskih pristupa u liječenju kockarskog poremećaja (119, 120).

1.4. Stavovi prema kockanju

Stavovi prema kockanju predstavljaju vrijednosni sud koji ljudi imaju o kockanju. S obzirom na to da kockanje zahvaća, kako smo i ranije naveli, individualnu, političku, socijalnu, kulturalnu, medicinsku i ekonomsku dimenziju, stavovi o kockanju također pokrivaju široku paletu različitih mišljenja koja, vezano za područje kockanja, osobe mogu imati. Na taj način stavove prema kockanju možemo podijeliti na stavove prema kockanju generalno i na stavove prema specifičnom obliku kockanja (primjerice specifična igra na sreću) ili prema određenom području unutar kockanja.

Stavovi o kockanju temeljeni su na vjerovanjima i znanju koje osoba ima vezano za kockanje i vezano za dojam o omjeru troška i dobitka prilikom igranja (121). Državna kockarska politika i kulturološke norme određenog društva također utječu na stvaranje stavova o kockanju (122). Martin, Lichtenberg i Templin (123) u svom istraživanju povezuju stavove o kockanju s osobno-određujućom teorijom (SDT – self-determination theory). Prema toj teoriji ljudi imaju temeljnu potrebu za autonomijom, kompetencijom i povezanošću, što generira motivaciju u podlozi ljudskog ponašanja. Realiziranje tih potreba rezultira optimalnim funkcioniranjem i životnim zadovoljstvom (80). Rizično ponašanje (npr. kockanje) možemo smatrati jednim od maladaptivnih mehanizama za zadovoljavanje tih potreba. Prema Ryanu i Deciju (80) SDT također predstavlja iskustvo slobode i izbora u nečijim mislima i djelima, tj. sloboda činjenja onoga što se stvarno želi, a ne onoga što je osoba prisiljena učiniti. Ovisno o izraženosti navedenih potreba možemo zaključiti kako mogu varirati stavovi vezano uz kockanje. Tako prema istraživanju koje su proveli Peltzer i Thole (124) na 136 studenata, kod kojih su ispitivali

stavove o kockanju, pokazali su da pozitivniji stavovi o kockanju ovise o individualnim razlikama u crtama rizičnog ponašanja, liberalizmu i vrsti studija.

Stavovi o kockanju općenito su dvosmisleni. S jedne strane ljudi su svjesni da kockanje predstavlja potencijalni problem određenim rizičnim skupinama, a s druge strane poznato je da kockanje ima pozitivne učinke na društvo preko poreznog opterećenja te da predstavlja zabavno iskorištavanje slobodnog vremena za pojedinca (125, 126). Tako ravnoteža između pozitivnih i negativnih perspektiva određuje stavove koje pojedinac prema kockanju ima. Stavovi o kockanju mogu biti dobar pokazatelj koliko ljudi kockaju i koja će biti vjerojatnost da bi mogli imati kockanjem izazvane probleme. Oni koji imaju pozitivnije stavove o kockanju, vjerojatnije je da kockaju i da bi mogli imati kockanjem izazvane probleme (127, 126). Prema dosadašnjim istraživanjima, iako većina ljudi nije za prohibiciju kockanja, stavovi o kockanju su generalno negativniji, težina javnog mnijenja je da vjeruje da je kockanje glupa i opasna igra, da je ravnoteža na strani toga da se smatra više štetnim nego dobrima za obitelji i za društvo, i da ga ne bi trebalo poticati (128, 129).

Na stavove o kockanju utječu različiti demografski čimbenici kao i osobni i drugi čimbenici. Tako primjerice, muškarci imaju pozitivnije stavove prema kockanju u odnosu na žene (130, 126). Dosadašnja su istraživanja pokazala da stavovi o kockanju variraju u skladu s godinama i načinom kockanja. Pozitivni stavovi prema kockanju smanjuju se s godinama, a nekockari i problemski kockari imaju negativnije stavove o kockanju za razliku od neproblemskih kockara i kockara s nižim rizikom od negativnih posljedica (131). Što je više izraženih kockanjem izazvanih problema, to su stavovi prema kockanju negativniji (132). Donaldson i sur. (129) prikazali su da s visokom razinom iskustva u kockanju dolaze i negativniji stavovi prema kockanju u usporedbi s onima manjeg iskustva. Volberg i sur. (133) pokazali su da obrazovanje utječe na stavove o kockanju. Tako osobe koje imaju niže obrazovanje od srednjoškolskog, sklone su imati pozitivnije stavove prema kockanju (131). Osobe nižeg financijskog statusa i nezaposleni skloni su imati pozitivnije stavove prema kockanju. Salonen i sur. (122) objašnjavaju to činjenicom da možda niži socioekonomski status gura pojedinca u rizičnu situaciju čineći ga osjetljivim prema kockarskim kognitivnim distorzijama. Osobe s višim kućnim budžetom sklonije su pozitivnijim stavovima prema kockanju, kao i osobe sklonije socijalnom i političkom liberalizmu (134, 128).

Od drugih osobnih čimbenika istraživanja pokazuju da su pojedine kognitivne distorzije, kao iluzija kontrole, proporcionalne pozitivnijim stavovima o kockanju. Određena obilježja

osobnosti, kao što su impulzivnost, ekstrovertiranost, neuroticizam i potreba za traženjem uzbuđenja, također su povezane s pozitivnijim stavovima o kockanju (135, 136, 126).

I vanjski čimbenici, tj. oni čimbenici koji ne proizlaze iz pojedinca, utječu na stavove o kockanju. Tako se kockarski stavovi mogu razlikovati ovisno o kojoj se vrsti kockarske igre radi. Strugalice, lutrija i bingo smatraju se najmanje štetnim kockarskim igrama, stoga su stavovi prema tim igrama generalno pozitivniji za razliku od kasina, automata, „blackjacka“, pokera i internetskog kockanja prema kojima su stavovi negativniji. Takvi se rezultati mogu povezati s činjenicom da igre kod kojih se vrlo brzo doznaje ishod, tj. postoji mogućnost kontinuiranog kockanja, lakše potiču gubitak kontrole i time razvijanje problema uzrokovanih kockanjem (131).

Različiti autori ispitivali su stavove o kockanju na temelju izloženosti kockarskim igrama i pokazalo se da rezultati nisu jednoznačni. Chiu i Storm (127) pokazali su da povećanje dostupnosti kockanja utječe na stvaranje pozitivnijih stavova vezanih uz kockanje. Salonen i sur. (132) isto su tako prikazali da su društveni stavovi prema kockanju u Finskoj, u periodu od 2011. g. do 2015. g. postali pozitivniji, što objašnjavaju kompleksnim međuodnosom različitih čimbenika kao što su kockarsko okruženje, izloženost kockanju, vrstama kockarskih igara (veća zastupljenost određenim adiktivnijim igrama) te kockarskim sistemima i resursima. Od navedenih razloga smatraju najvažnijim kockarsko okruženje koje je kontrolirano državnim monopolom, koji tim sredstvima dalje „hrani“ sektor umjetnosti, znanosti, rad maloljetnika, zdravstvo, istraživačke projekte i druge dobrotvorne uzroke. Postoji sklonost razvoju negativnijih ili konzervativnijih stavova prema kockanju u skladu s razvojem ili deregulacijom kockarske industrije, gdje se pokazalo da su ispitanici manje skloni gledati na kockanje kao vrstu zabave, a više kao na aktivnost o kojoj čovjek može postati ovisan i koju se može povezati s kriminalom (127, 133).

Orford i sur. (128) ispitivali su generalne stavove prema kockanju na 8.880 ljudi u dobnoj skupini od 16 godina starosti naviše. Pokazali su da su socijalni čimbenici povezani sa stavovima o kockanju. Osobe čiji su roditelji redovito kockali, imale su manje negativne stavove o kockanju za razliku od osoba čiji su roditelji kockali rijetko. Što se tiče osoba koje su imale iskustva s članom obitelji koji je imao negativne posljedice kockanja, stavovi prema kockanju bili su negativniji. Isti su autori također prikazali da su stavovi prema kockanju pozitivniji kod osoba koje su počele kockati u adolescentskim godinama. Hanss i sur. (126) pokazali su da i kockanje vršnjaka ima utjecaja na stavove o kockanju. Osobe koje su bile u

odnosu s vršnjacima koji su imali izražene kockarske probleme, imale su negativnije stavove prema kockanju.

Kako bi bolje razumjeli koju ulogu imaju stavovi prema kockanju, potrebno je istaknuti kako stavovi utječu na kockanje. Oni mogu imati veliku ulogu u objašnjenju i predviđanju određenog ponašanja (127). Ajzenova teorija planiranog ponašanja (137) opisuje da što su stavovi i subjektivne norme pozitivnije prema određenom ponašanju, veća je namjera da će osoba to ponašanje izvršiti. Tako su Salonen i sur. (122) prikazali da pozitivniji stavovi prema kockanju povećavaju frekvenciju kockanja i broj vrsta kockarskih igara koje kockar koristi, što posljedično može povećati mogućnost razvoja kockanjem izazvanih problema. Isti su autori prikazali da, od zdravstvenih i životno-stilskih specifičnih ponašanja, jedino je visoka razina potrošnje alkohola kod pojedinca vezana za pozitivnije stavove prema kockanju.

U mnogim državama rađena su istraživanja o stavovima društva prema kockanju. Potrebno je istaknuti da stavovi društva mogu pomoći vladama koje nastoje provoditi i razvijati odgovorne kockarske politike, što u konačnici, preko mjera zaštite potrošača, može pomoći u smanjivanju kockanjem izazvanih problema (138, 132). Na taj način došlo se do zaključka o odgovornosti koje društvo ima u cjelokupnom razvoju kockarske politike. Uloga društva bila bi da monitorira i reagira na ono što vlade čine, da se precizno procjenjuje društveno mišljenje kako bi se vladini aparati dovoljno brzo i adekvatno prilagodili promjenama društvenog mišljenja, radi toga da se spriječi da ekspanzija kockanja profitira od društvene naivnosti (139, 140, 131). Stoga je monitoriranje društvenih stavova prema kockanju bitno za razumijevanje utjecaja kockarske politike i promjena u njoj (122).

Procjena kockarskih stavova, izraženost kognitivnih distorzija i emocija vezanih za kockanje preduvjet je bilo kakvom istraživanju učinkovitosti KBT-a ili drugih terapijskih pristupa (141).

1.5. Liječenje patološkog kockanja

Tretmani i intervencije za patološko kockanje, koji su se dosad razvili, vrlo su slični metodama liječenja drugih poremećaja ili ovisnosti (10).

Koju god kockarsku igru preferiraju ili koje god osobine imaju, patološki se kockari na liječenje javljaju najčešće zbog psihijatrijskih komorbiditeta ili kod znatnih pogoršanja kockanjem izazvanih problema te vrlo dugo oklijevaju prije traženja pomoći (142, 143). Kad se jave na liječenje, najčešće iznose druge razloge zašto to čine, kao pritisak obitelji, jer vjeruju da su u

gubitničkom nizu (veći financijski gubitak), a ne zato što imaju problem kockanja (144, 145, 146, 147). Što su veći kockanjem izazvani problemi, to je subjekt svjesniji negativnih posljedica njihovog postojanja i time motiviraniji za liječenje (148, 149). Oni koji su ovisni i razmišljaju o promjeni, žele se osloboditi svoje ovisnosti. Istovremeno čeznu prema užitku koji im ovisnost nudi. Plivajući u ambivalenciji kad postanu svjesni štete koju im ovisnost donosi, izražavaju želju za promjenom. Ključ za uspostavu promjene leži u shvaćanju da štetne posljedice kockanja nadilaze vlastiti užitak. To je točka u kojoj kockar pristaje na stručnu pomoć (10). Prema američkoj nacionalnoj epidemiološkoj studiji utvrđeno je da se svega 7 – 12% patoloških kockara javlja na liječenje, najčešće oni koji su najozbiljnije zahvaćeni problemom (150, 151). Procijenjeno je da više od 15% populacije pacijenata koji dolaze u kontakt sa psihijatrijskom službom ili službom za ovisnosti, imaju probleme vezane za patološko kockanje (3). Također, bitno je istaknuti činjenicu da oko svake osobe koja je ovisna o kockanju, direktno je pod utjecajem do 8 osoba, uključujući članove obitelji, prijatelje i kolege s posla (152, 153).

Kao i sve druge ovisnosti i patološko je kockanje zaljčiva bolest. Sustav liječenja patološkog kockanja u različitim zemljama različito je koncipiran i razvijen. Prvotno su odgovornost za liječenje patoloških kockara preuzimale religijske organizacije, no najstariji specifični kockarski tretman na svijetu pokrenut je 1972. g. u Ohio Veteranskoj bolnici u Brecksvillu. To je multimodalni program (154), nastao kao izvedenica programa za liječenje ovisnika o alkoholu. Sjedinjene Američke Države počele su podupirati razne programe liječenja tek sredinom 80-ih godina, a razvijali su se kao novi klinički programi u okviru tretmana ovisnika i programa mentalnog zdravlja. Sada postoje specifični programi za liječenje ovisnika o kockanju u okviru raznih specijaliziranih ustanova za mentalno zdravlje i ovisnosti. Te su usluge financirane od strane države ili regionalne samouprave, iako postoje i privatne ustanove te još uvijek crkvene grupe (1).

Za tretman patoloških kockara ne postoji jasno definiran i opće prihvaćen psihoterapijski pristup (155) i ne postoji standardizirani terapijski program dokazane učinkovitosti (54). Kao i za druge bolesti ovisnosti liječenje se može provoditi bolničkim i izvanbolničkim putem. Bolničko se liječenje može ostvariti u stacionarnim uvjetima te u sustavu dnevne bolnice ili vikend-bolnice, a izvanbolničko se liječenje provodi putem grupne psihoterapije i obiteljske terapije u ambulantnim polikliničkim sustavima (156). Kad je riječ o patološkim kockarima, bolničko je liječenje indicirano najčešće kod ozbiljnije akutizacije psihijatrijskih komorbiditeta, ponajviše depresije i pojave suicidalnosti ili kod izraženijih znakova apstinencijskog sindroma kada zbog jake žudnje pacijent nije u mogućnosti u nestacionarnim uvjetima uspostaviti

apstinenciju (157). Nakon kupiranja navedene simptomatologije (najčešće u trajanju do 2 tjedna) pacijent proces liječenja nastavlja u vanbolničkim uvjetima. Upravo je zbog toga temeljno liječenje kockara potrebno provoditi vanbolnički.

U većini zemalja, pa tako i u Hrvatskoj, sustav liječenja patoloških kockara nedostatan je. George i Copello (158) opisuju da je u Britaniji nedostatna skrb za ljude s problemom kockanja kao i za osobe koje su zahvaćene nečijim kockanjem, poput članova obitelji. Prema načelima suvremene organizacije zaštite psihičkog zdravlja stanovništva psihijatrijska zaštita treba biti organizirana regionalno, sve vrste psihijatrijskih usluga treba pružati što bliže mjestu stanovanja korisnika usluga, dapače treba spriječiti nepotrebne hospitalizacije osoba sa psihičkim smetnjama razvijanjem i unaprjeđenjem različitih oblika izvanbolničkih postupaka u okviru psihijatrije u zajednici (156). U skladu s time George i Bowden-Jones (153) predlažu u svom radu da se tretmani kockanja integriraju unutar postojećih tretmana ovisnosti o ilegalnim drogama i alkoholu te da takvi tretmani budu uključeni u lokalne javnozdravstvene jedinice. Navedeni autori smatraju da bi takav pristup poboljšao trenutno stanje u pružanju zdravstvene skrbi osobama s problemom kockanja, bio bi financijski najisplativiji i praktičan za primjenu s obzirom na to da je primijenjen u već postojećoj infrastrukturi. Jedino bi zahtijevalo dodatna sredstva za edukaciju osoblja ili eventualno povećanje broja osoblja ovisno o povećanju obima posla.

1.5.1. Primjena psihofarmakoterapije kod patološkog kockanja

Ovisno o jačini dekompenzacije psihičkog stanja te ovisno o intenzitetu psihičkih smetnji, kod kockara može biti indicirana i primjena različitih psihofarmaka. Nekoliko se lijekova pokazalo korisno, no Američka FDA nije odobrila niti jedan specifični lijek za taj poremećaj (159). Tretiranje komorbidnih psihijatrijskih stanja vjerojatno je najčešći razlog za uvođenje psihofarmakoterapije (10). Psihički simptomi koji se javljaju kod patoloških kockara, u različitom stupnju razvoja kockanjem izazvanih problema najčešće su depresivnost, anksioznost, nesanica, impulzivnost, razdražljivost, gubitak koncentracije, ovisnost o drugim psihoaktivnim tvarima itd. Različiti su autori promatrali učinkovitost psihofarmaka u liječenju različitih kockarskih psihičkih tegoba. U praksi, od psihofarmaka, najčešće se koriste blokatori opijatnih receptora (naltrexon), sedativi (alprazolam, diazepam, oksazepam), antidepresivi (fluvoksamin, escitalopram, sertralin, paroketin i drugi blokatori ponovne pohrane serotonina),

antipsihotici (olanzapin, risperidon, kvetiapin, klozapin) i stabilizatori raspoloženja (litij-karbonat, karbamazepin, valproat, lamotrigin) (24, 160).

1.5.2. Psihoterapijsko liječenje patološkog kockanja

Usprkos potencijalnim prednostima koje donosi proces liječenja patološkog kockanja, stopa patoloških kockara koji traže tretman, relativno je niska, oko 6 – 12% (151). Jimenez-Murcia i sur. (161) istaknuli su sve vrste terapijskih intervencija za patološke kockare što uključuje psihoedukaciju pacijenata i članova obitelji, individualnu i grupnu psihoterapiju, obiteljsku psihoterapiju, psihoanalize, bihevioralne tretmane, savjetovanja, kognitivnu terapiju, motivacijske intervjue, hipnoze, Anonimne kockare i priručnike za samopomoć. Psihološke intervencije za patološko kockanje povezane su s dobrim ishodom i to kako kratkoročno tako i dugoročno (162).

Fong (163) navodi da učinkovite tretmane patoloških kockara možemo općenito podijeliti na farmakološke i nefarmakološke, no liječenje patološkog kockanja uključuje različitost tretmanskih opcija, uključujući psihofarmakoterapiju, psihoterapiju i obiteljsku terapiju. Od navedenih, najprimjenjeniji je tretman psihoterapijski koji može biti individualni ili grupni.

Grupni tretman smatra se adekvatnijom metodom za postizanje terapijskih ciljeva jer grupa služi kao okolina s jačim suportom, ohrabrujućim obrascima i motivacijama za promjenom. Također, atraktivna je i činjenica da su grupni tretmani financijski prihvatljiviji (164, 155). Individualne psihoterapijske pristupe koristimo više kao kratke terapijske intervencije koje su se pokazale korisnim kod problematičnih kockara i zaustavljanja progresije problema prema patološkom kockanju te za motivacijske razgovore prema patološkim kockarima kako bi ih pridobili na liječenje (163). Psihoterapijski pristup pokazao se najučinkovitijim pristupom u liječenju patoloških kockara (162), a što učestalije sudjeluju u tretmanima to je bolji ishod terapijskog procesa (165).

Primarni je cilj svih vrsta psihoterapija omogućiti što dulju apstinenciju od kockanja. Uz to cilj je i poboljšati samokontrolu, identificirati načine kako se nositi s rizičnim situacijama, naći izlazak iz krivnje i srama, naučiti se nositi sa žudnjom i apstinencijskim tegobama. Psihoterapijom terapeut uspostavlja profesionalni odnos s pacijentom radi odstranjenja, modificiranja ili ublažavanja postojećih simptoma, mijenjanja pogrešnih obrazaca ponašanja i promoviranja osobnog rasta i razvoja (71). Puno se psihoterapijskih programa primjenjuje kod

patoloških kockara, no najznačajniji i najzastupljeniji su: Anonimni kockari, kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamska psihoterapija, obiteljska psihoterapija te multimodalni pristup koji istovremeno kombinira komponente različitih psihoterapijskih pristupa (10).

Različiti autori istaknuli su da gotovo sva istraživanja tretmana patološkog kockanja imaju određene mane s obzirom na kompleksnost navedene problematike kao i višestruke praktične probleme koje takva istraživanja donose. Ladouceur i sur. (166) iznose da su istraživanja tretmana patološkog kockanja, bez obzira o kojoj se vrsti psihoterapijskog pristupa radi, obilježena najčešće metodološkim manama poput malih uzoraka, nekontroliranih intervencija i prikaza slučaja od kojih se malo toga može definitivno zaključiti. Toneatto i Dragonetti (167) u svom su radu također istaknuli metodološke mane koje ograničavaju čvrste zaključke o efikasnosti tretmana patološkog kockanja. Tako su uz već navedeni problem malih uzoraka iznijeli i poteškoće adekvatnog mjerenja frekvencije kockanja i veličine uloženog iznosa novca, kombiniranje heterogenih ispitanika, nedostatak podataka predtretmanskog perioda radi evaluacije poslijetretmanskog perioda i odgođenih ishoda liječenja, nedostatak standardiziranih tretmana ili dokaza da je tretman adekvatno sproveden kako je i opisan te premalo pažnje posvećeno ostalim varijablama ili medijatorima koji su mogli utjecati na kockarsko ponašanje.

1.5.2.1. Anonimni kockari (AK)

Anonimni su kockari najzastupljeniji psihoterapijski tretman za patološke kockare organiziran po principu grupa samopomoći u sklopu kojih kockar dobiva emocionalni suport i snagu. Grupe samopomoći grupe su osoba koje se okupljaju radi dijeljenja zajedničkog problema (168, 169). Pohađanje je grupa besplatno i u mnogo sredina jedina je tretmanska opcija (167). AK napravljeni su po modelu Anonimnih alkoholičara i raširenu su diljem svijeta. U SAD-u postoji preko tisuću grupa AK koji su započeli s radom 1957. g. Funkcioniraju po poznatom modelu od 12 koraka koji se primjenjuje i kod drugih bolesti ovisnosti. Filozofija je tretmana da pristupnik koji se želi liječiti, mora slijediti program u 12 koraka. Sastanci su otvorenog tipa i odvijaju se svakodnevno. Preporuke su sudjelovanje na što više sastanaka, održavanje apstinencije, preporuča se uzeti maksimalno pozitivno od života dan za danom te koristiti druge članove grupe za suport. Jedini je uvjet potreban za ulazak u tretman anonimnih kockara da kockar želi liječiti svoju ovisnost o kockanju (170). Pristup je temeljen na vrednovanju svakodnevne apstinencije, međusobnom podržavanju, dobroj volji te socijalizaciji pristupnika radi uzajamnog suporta kroz projekt apstinencije (3). Grupni procesi olakšavaju podrivanje poricanja ozbiljnosti problema tako što članovi čuju ostale članove kako pričaju svoje priče bez

osuđivanja. Na taj način sebe identificiraju u tuđim pričama. Članovi tako sebe ne vide kao zle, već kao bolesne. To novopridošlima olakšava življenje samima sa sobom (67).

Postoji i specifičnost AK u odnosu na Anonimne alkoholičare i Anonimne narkomane, a to je da se u sklopu sastanaka pružaju i financijski savjeti radi rješavanja financijske problematike (168). Osim AK, potrebno je napomenuti da su u pojedinim zemljama razvijene grupe samopomoći Gam-Anon koje su konstruirane za supružnike patoloških kockara i ostale „značajne zabrinute druge osobe.“ Članovi tih grupa iznose da im sastanci donose olakšanje i pomoć (67).

Malo ima podataka koji govore o učinkovitosti tretmana AK. Iako predstavljaju najpopularniju tretmansku opciju za patološke kockare, manje od 10% polaznika ostaje aktivno uključeno u zajedništvo (10). Postotak je apstinenata nakon perioda od godinu dana pohađanja sastanaka Anonimnih kockara 8%, a nakon dvije godine 7%, i oko 70% polaznika odustaje od tretmana (171). Recentnija istraživanja koja su radila evaluaciju nakon 2 mjeseca sudjelovanja u tretmanu, prikazala su manju stopu odustajanja u rasponu od 10 do 14% (172, 12, 168). Autori su kao razloge odustajanja od tretmana AK istaknuli izostanak procesa identifikacije, svađe s ostalim članovima, religijske primjese unutar tretmana te činjenicu da je politika totalne apstinencije pojedinima prestroga (171, 168). Navedeno je navelo različite kliničare da modeliraju tradicionalni pristup AK ili da ga koriste u kombinaciji s drugim tretmanima.

U skladu s time mnogo autora već duži niz godina uspoređuje učinkovitost tretmana AK te AK u kombinaciji s drugim tretmanskim opcijama. Linardatou i sur. (12) uspoređivali su učinkovitost AK s učinkovitošću kombinacije intervencijama kontrole stresa i AK osvrćući se na psihosocijalno funkcioniranje nakon 2 mjeseca tretmana. Pokazali su da pacijenti u drugoj skupini pokazuju znatniju redukciju depresivnosti, anksioznosti i stresa te poboljšanje životnog zadovoljstva i trajanje sna, no nisu nađene razlike u stopi recidiva. Grant i sur. (172) uspoređivali su grupu koja je prošla tretman kombinacijom imaginacijske desenzitizacije (vrsta kognitivno biheviоralne terapije), motivacijskog intervjua i AK s grupom u tretmanu isključivo AK. Prva je grupa pokazala značajnu razliku u smanjenju težine kockarskih simptoma, depresije i anksioznosti te poboljšanje psihosocijalnog funkcioniranja u odnosu na drugu grupu nakon 2 mjeseca tretmana. Uz to, 64% ispitanika u prvoj je grupi apstiniralo za razliku od 17% u drugoj, no potrebno je naznačiti da su ispitanici u drugoj grupi pohađali sastanke svega 1.1 puta tjedno. Schuler i sur. (168) zaključili su da visoka razina zastupljenosti komorbiditeta, poput ovisnosti o psihoaktivnim supstancama i drugih psihičkih poremećaja, može biti razlog

zašto su AK kao jedinstveni tretmanski pristup nedostatno učinkoviti. Bez obzira na navedeno isti autori smatraju da samim time što je sudjelovanje na sastancima besplatno, AK će i ubuduće imati važnu terapijsku ulogu kao dodatak drugim tretmanskim opcijama koje se plaćaju, no mnogima s problemom kockanja će i dalje biti jedina tretmanska opcija. Schuler i sur. (168) nadalje navode da je dodatan argument za održivost te tretmanske opcije i činjenica da su AK, kao terapijski proces oporavka, lako dostupni i u njemu osobe sudjeluju u skladu s vlastitom voljom i potrebom.

1.5.2.2. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija temelji se na dva teorijska i terapijska pristupa; kognitivnoj paradigmi po kojoj su u osnovi psihičkih poremećaja promijenjeni kognitivni procesi, odnosno specifične pogreške u procesima obrade informacija, i bihevioralnoj paradigmi koja se temelji na teoriji učenja, tj. svako ponašanje, kako prilagođeno tako i neprilagođeno naučeno je. Iako kognitivna terapija djeluje na kognitivnu razinu, a bihevioralna terapija djeluje na ponašajnu razinu, međusobna povezanost ponašanja i mišljenja rezultira time da se bihevioralnim pristupom mijenja kognicija, a kognitivnim pristupom dolazi do promjene ponašanja (173). Ta vrsta psihoterapije kod kockara primjenjuje kognitivno restrukturiranje pogrešnih vjerovanja vezanih za kockanje, funkcionalne analize kockarskog ponašanja, stjecanje vještina za rješavanje problema, kontrolu stimulusa, prevenciju relapsa te psihoedukaciju (167, 173). Najčešće traje oko 8 – 15 seansi te može biti grupna i individualna. Kad je riječ o liječenju patoloških kockara, puno su raširenija grupnoterapijski pristupi.

Ladouceur i Lachance (174) opisuju pojedine komponente terapijskog procesa s patološkim kockarima. Kognitivno restrukturiranje definiraju kao pomaganje pacijentu u prepoznavanju kognitivnih distorzija, razvijanje vještina za svladavanje i odbacivanje kognitivnih distorzija koje vode ekscesivnom kockanju, i pomaganje u razumijevanju da u samoj osobi postoji snaga za odluku o kockanju. Isti autori opisuju i kako postići prevenciju relapsa: potrebno je pomoći pacijentu da razumije da je relaps karakteristika bolesti, da postoji razlika između pogreške i relapsa, da pacijent razvije strategije preveniranja pogrešaka i relapsa te što da učini u slučaju pogreške ili relapsa. Postoji i funkcionalna analiza ponašanja koja predstavlja identifikaciju svih uvjeta koji prethode, pogoduju i održavaju kockarsko ponašanje te pomaže pacijentu identificirati konkretne strategije za izbjegavanje rizičnih situacija (174).

Stjecanje vještina rješavanja problema predstavlja učenje strategije svladavanja pojedinih koraka u rješavanju specifičnih kockarskih problema, a psihoedukacija je učenje o svojim

smetnjama i terapijskim tehnikama (173). Tretman tako omogućuje promjenu stila života i restrukturiranje okoline u svrhu jačanja nekockarskog ponašanja (159).

Različiti autori istraživali su učinkovitost KBT-a kod liječenja patoloških kockara. Ta vrsta psihoterapije pokazuje brze promjene simptoma i povezana je s vrlo dobrim kratkotrajnim i dugotrajnim učincima (161, 175). Kognitivno-bihevioralna terapija smanjuje frekvenciju kockanja, kockarske uloge, rashode, simptome kockanja, pravne probleme, psihološko funkcioniranje i poboljšava zadovoljstvo liječenjem (167, 165, 176, 177, 178, 179). Dowling i sur. (180) prikazali su da KBT smanjuje kockarsko ponašanje (frekvenciju kockanja, trajanje kockanja, ulog i rashod) te poboljšava psihološko funkcioniranje smanjujući depresivnost, anksioznost i poboljšava samopoštovanje, i ono što je važno napomenuti da 89% ispitanika 6 mjeseci nakon tretmana nije zadovoljavalo kriterije za patološko kockanje.

Jimenez-Murcia i sur. (161) u svom su istraživanju na 290 patoloških kockara primijenili KBT u trajanju od 6 mjeseci. Pokazali su značajan pad razine psihopatologije i ozbiljnosti kockarskog ponašanja. „Dropout“ je bio 30.3%, a uspješnu apstinenciju do kraja tretmana održalo je 76.1% ispitanika. Isti su autori zaključili da je najkritičniji period za postizanje terapijske adherencije prvih 5 tjedana tretmana, a upornost se pokazala kao dobar prognostički čimbenik.

Nadalje, Ladouceur i sur. (166) u svom su istraživanju prikazali rezultate grupne kognitivne terapije fokusirane na korigiranje kognitivnih distorzija poput iskrivljene percepcije vjerojatnosti i iluzije kontrole na 46 patoloških kockara. Prema rezultatima njihovog istraživanja 88% ispitanika na kraju tretmana nije zadovoljavalo DSM kriterije za patološko kockanje, uz to 67% održavalo je benefite nakon 6 mjeseci, a „dropout“ je bio svega 26%. Tim istraživanjem pokazana je važnost korekcija kognitivnih distorzija u tretmanu patoloških kockara.

Iako se kognitivno-bihevioralna terapija pokazala učinkovitom kod pojedinih patoloških kockara, visoki „dropout“ (osipanje pacijenata) predstavlja glavni ograničavajući čimbenik. U istraživanju koje su proveli Grant, Kim i Kuskowski (181), 48% patoloških kockara odustalo je od tretmana kognitivno-bihevioralnom terapijom, a prema istraživanju Jimenez-Murcia i sur. (161) odustalo je 30.3% pacijenata do završetka tretmana.

Kombinirana primjena kognitivno-bihevioralne terapije i AK može pojačati terapijski angažman i smanjiti postotak relapsa (148). Ono što također doprinosi manjem „dropoutu“, kombinacija je KBT-a i adekvatne psihofarmakoterapije, što govori u prilog većoj efikasnosti prilikom kombiniranja različitih tretmanskih opcija (182).

1.5.2.3. Psihoanalitička terapija

Ova vrsta psihoterapije polazi od činjenice da je patološko kockanje simptom ili ekspresija temeljnog psihološkog stanja. Psihodinamski tretmani temeljeni su na idejama da svatko od nas ima „unutarnji život“ koji je važan u razumijevanju našeg „vanjskog života“, a oba su produkt našeg prošlog života. Oni izvlače motive i pokušavaju čitati između redaka ljudskog ponašanja. Traže ponavljajuće obrasce i upotrebljavaju trenutne odnose kako bi se osvijetlili prošli odnosi (154). Taj pristup sagledava problem ovisnosti s gledišta da iako ima pojedinaca koji ne moraju razumjeti zašto kockaju da bi prestali kockati, ima mnogo drugih kod kojih ne dolazi do poboljšanja psihičkog stanja uspostavljanjem apstinencije, već se tada manifestira osjećaj bespomoćnosti i besmislenosti. Oni zatim razvijaju veliki depresivni poremećaj, ili se vraćaju kockanju ili idu u smjeru razvoja neke druge ovisnosti (ili autodestruktivnog ponašanja) kako bi se odmaknuli od sebe samih (183, 10). Psihoanalitička psihoterapija pomaže patološkim kockarima da razumiju izvor svojeg primarnog problema i da se s njim suoče. Zbog toga se pokazala korisnom kod liječenja i ostalih psihijatrijskih komorbiditeta. Pomaže u smanjenju krivnje nastale kao posljedica kockanjem izazvanih problema te razvija zdravije mehanizme obrane kao rješenje od stresa nastalog kockanjem. Postoji jako malo podataka o učinkovitosti te vrste psihoterapije i nema definiranih smjernica o broju i sadržaju seansi (163).

Također, postoji velika potreba ne samo za procjenom učinkovitosti psihoanalitičke terapije nego i za skicama te raspravama o pojedinačnim slučajevima što kliničar, koji koristi tu vrstu psihoterapije, zapravo radi. Potrebno bi bilo dekonstruirati psihoanalitičke intervencije i tehnike da se vidi koje specifične komponente pridonose povoljnom tretmanskom ishodu. Naravno, treba navesti da postoje i razlike među terapeutima pa tako postoje razlike i u njihovoj empatiji, „timingu“, taktu, modeliranju uloga i suportu, što komplicira moguće istraživanje učinkovitosti tretmanskog pristupa generalno, a psihoanalitičkog pogotovo (10). Zato Lesieur (67) iznosi samo jednu procjenu učinkovitosti psihoanalitičke terapije za 60 patoloških kockara koju je učinio Bergler 1970. g., a koji je tvrdio da je 45 sudionika izliječeno od patološkog kockanja ili neurotskih simptoma uključujući kockanja, no Walker (184) stavlja u pitanje prezentaciju tih podataka.

1.5.2.4. Obiteljska i bračna terapija

Obiteljska se terapija najčešće primjenjuje kao dodatna tretmanska opcija na već započete druge terapijske intervencije patološkog kockanja. Ova je vrsta psihoterapije vrlo bitna kod tretmana kockara jer su obiteljski problemi jedan od glavnih problema izazvanih kockanjem koji dovode

do rastava braka, obiteljskog nasilja i mogu učvrstiti kockarsko neadekvatno ponašanje (159). Obiteljska terapija pronalazi problematičnu obiteljsku dinamiku i smanjuje time kaos i konflikt unutar odnosa te značajno smanjuje kockarske simptome, psihičke simptome kod kockara i članova obitelji te poboljšava obiteljsko sistemsko funkcioniranje (185). Cilj je terapijskog procesa rekonstrukcija povjerenja unutar obiteljskih relacija (186). Najčešće se provodi kao kratka maritalna terapija (159).

Postoji nekoliko vrsta obiteljskih i bračnih terapija, no sve počivaju na sličnim terapijskim ciljevima: simptom postaviti u kontekst unutar obiteljske dinamike, homeostaze i utjecaja prošlih na sadašnje odnose; motivirati obitelj na promjenu odnosa, a ne samo baviti se ponuđenim simptomom; postići da obitelj definira problem i ponudi modele rješavanja problema; ojačati bračni subsistem i prirodne saveze, potaknuti prirodnije funkcioniranje obiteljskih subsustava; umanjiti patološke oblike komunikacije, poticati izražavanje u ja-formi; razvijati empatiju, razumijevanje, uvažavanje i toleranciju različitosti; definirati uloge i pravila, potaknuti dosljednost; postaviti granice; poticati individuaciju i autonomnost bez straha od raspada obitelji; te očuvati svijest o obiteljskom zajedništvu (187).

Uloga je terapeuta u obiteljskoj terapiji stvaranje sigurnog okruženja koje omogućava članovima obitelji i patološkom kockaru da pričaju o sebi samima bez straha da će biti napadnuti od druge strane (188). Kroz razvijanje adekvatnije komunikacije kockari postaju svjesniji koliko njihovo ponašanje može povrijediti članove obitelji (186), a što su bolji obiteljski odnosi, veći je interes i vjerojatnost kockara da mijenja svoje ponašanje (189). Nadalje, Tremblay i sur. (186) istaknuli su da partneri mogu pomoći kockarima da izbjegnu relapse i omogućiti više ugodnih partnerskih aktivnosti koje nisu vezane za kockanje. Isti su autori istaknuli da sudjelovanje člana obitelji ili partnera u liječenju kockara povećava retenciju u tretmanu.

Kao i kod liječenja supstancijalnih ovisnosti kroz obiteljsku terapiju članove obitelji se motivira da favoriziraju ponašanja koja potiču apstinenciju i da smanje ponašanja koja nenamjerno potiču ovisničko ponašanje, poput štićenja kockara od prirodnih negativnih posljedica kockanja, te da budu aktivno dostupni za razgovor o teškim situacijama koje nastaju prilikom apstinencije.

1.5.2.5. Multimodalni pristup (Psihosocijalni tretman – KLOK)

Prilikom liječenja patološkog kockanja potrebno je zahvatiti što više aspekata kockarskog stila života. Patološko kockanje može rezultirati ozbiljnim posljedicama kao što su pravne,

financijske, poslovne, zdravstvene, psihološke i psihosocijalne. S obzirom na to da patološki kockar pati od nekoliko različitih problema, tretmani često koriste multimodalni pristup kako bi zahvatili cijeli spektar složenih posljedica nastalih kao produkt kockanja (190). Multimodalni pristup predstavlja tretman koji koristi kombinaciju više psihoterapijskih elemenata različitih psihoterapijskih škola (162). U sklopu multimodalnog modela može biti integrirana kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska terapija, grupna psihoterapija, individualna psihoterapija, psihoedukacija, psihofarmakoterapija, a takvi pristupi najčešće su bazirani na programima liječenja ovisnika o drogama i ovisnika o alkoholu (10).

Na samom početku, kod ulaska u terapijski proces isprva se provodi edukacijska faza o okvirima, sastavnicama i obvezama u sklopu tretmana kako bi se pacijent adaptirao na terapijske uvjete i pravila. Procijenjuje se težina kliničke slike, otpori pacijenta kao i članova obitelji te patološki obrasci koji su se javili između obiteljskih subsistema (191). U daljnjem tijeku tretmana, suportivnim pristupom pacijentu i članovima obitelji, omogućava se adaptacija na terapijsku okolinu i procese te mu se prezentira noviji sustav vrijednosti. Analiziraju se otpori pacijenta i obitelji te se definiraju područja funkcioniranja koja zahtijevaju promjene (154).

Različite ustanove diljem svijeta koriste multimodalne modele koji se sastoje od različitih kombinacija tretmanskih opcija. Kod bolničkih tretmana, koji traju 3 – 4 tjedna, najčešće se kombiniraju grupne terapije, obiteljska ili bračna terapija, individualna psihoterapija, tjelovježba, AK i psihofarmakoterapija (192, 190).

Russo i sur. (193) istražili su učinkovitost multimodalnog tretmana u trajanju od 28 dana kod kockara koji su se liječili bolnički s pacijentima u procesu liječenja zbog alkoholizma. Istaknuli su da je 76% pacijenata apstiniralo od kockanja 6 mjeseci, a 55% pacijenata je apstiniralo godinu dana. 60.7% iznijelo je da je poboljšalo financijsku situaciju, 71.9% iznijelo je da im se smanjila razina depresivnosti, a 69% iznijelo je da su poboljšali međuljudske odnose. McCormic i Taber (194) prikazali su učinkovitost multimodalnog pristupa napravljenog po uzoru na bolnički tretman alkoholičara u trajanju od 28 dana kroz održavanje apstinencije. 56% pacijenata apstiniralo je 6 mjeseci nakon tretmana, a nakon 12 mjeseci apstiniralo je od kockanja 55% pacijenata.

Stinchfield i Winters (195) u svom su radu ispitali učinkovitost multimodalnog tretmana koji se sastojao od predominantno grupne terapije bazirane na filozofiji programa 12 koraka AK, obiteljske terapije, edukacijskih grupa, individualne terapije, financijskog savjetovanja te

prisustvovanja sastancima AK. Grupe su se održavale 2 – 3 puta tjedno kroz 2 mjeseca s praćenjem do godinu dana. Terapijski je cilj bila apstinencija od kockanja te učenje o novom stilu života bez kockanja. Prema njihovim rezultatima 27% ispitanika nije završilo tretman, 51% ispitanika apstiniralo je na završetku tretmana, 28% ispitanika apstiniralo je 6 mjeseci nakon tretmana, a 18% apstiniralo je godinu dana nakon tretmana. Nadalje, 48% ispitanika pokazalo je klinički značajno poboljšanje u vidu redukcije kockanja, poboljšanja socijalnog funkcioniranja i financijske odgovornosti u fazi praćenja. Mnogo je ispitanika odustalo u fazi praćenja ili nisu bili dostupni, što je zajedno s dobivenim rezultatima potaknulo autore na zaključak o kroničnosti kockarskog poremećaja.

Multimodalni oblik psihoterapijskog tretmana u Hrvatskoj postoji u sklopu klubova ovisnika o kockanju (KLOK). U Hrvatskoj zdravstvene institucije danas nemaju dovoljno službi koje bi se bavile isključivo liječenjem patoloških kockara. Liječenje patološkog kockanja koje se razvija unatrag nekoliko godina, provodi se kroz klubove ovisnika o kockanju (KLOK). Prema Torreu i Zoričiću (157) klub ovisnika o kockanju zapravo je višeobiteljska zajednica ovisnika o kockanju i članova njihovih obitelji ustrojena prema načelu terapijske zajednice, po doktrini obiteljske terapije prof. Hudolina, utemeljitelja liječenja bolesti ovisnosti u Hrvatskoj, i prema modificiranom programu 12 koraka AK, zato je terapijski modalitet predominantno grupni. Osim grupnoterapijskih, ondje vladaju i stvarni društveni odnosi, s obvezama i odgovornostima koje članovi kluba dragovoljno preuzimaju na sebe, u njima se izgrađuju i socijalno rehabilitiraju. To su grupe otvorene za ulazak novih i odlazak starih članova. Temeljno funkcioniraju kao socioterapijske i kao psihoterapijske grupe, što znači da dinamiku uglavnom određuju grupne identifikacije. U tijeku tretmana, kroz suportivni pristup pacijentu i članovima obitelji omogućava se adaptacija na terapijsku okolinu i procese te se prezentira noviji sustav vrijednosti uz definiranje područja funkcioniranja koja zahtijevaju promjene (154). Tijekom seansi razgovara se o svakodnevnom funkcioniranju, odnosima i kvaliteti života, korigiraju se kognitivne distorzije vezane za kockanje, prepoznaju se vlastiti osjećaji i potencijalni okidači za povratak kockanju, uče se načini kako se nositi sa žudnjom te se educiraju kockari o raznim aspektima kockarskog poremećaja. U sklopu višegodišnjeg tretmana potiče se razvoj grupne dinamike kako bi se u konačnici stimulirao osobni rast i razvoj obiteljskih relacija. Seanse se održavaju jednom tjedno i traju sat i pol, a preporučeno trajanje tretmanskog postupka je 3 ili više godina (157). Konačni terapijski cilj uključivao bi uspostavu apstinencije, rješavanje kockanjem uzrokovanih problema te razvoj zdravijih i zrelijih mehanizama obrane (154). Iz

navedenog možemo zaključiti da KLOK predstavlja tretman srednjeg intenziteta, ali na duži vremenski period.

Kako je ranije prikazano, mnogo je istraživanja provedeno radi ispitivanja učinkovitosti različitih tretmanskih pristupa. Autori najčešće upotrebljavaju različite metode u mjerenju učinkovitosti tretmana, tako da je usporedba podataka najčešće teška i manje pouzdana. Većina autora uspoređuje promjene u kockarskom ponašanju poput frekvencije kockanja, visine uloga, apstinencije, „dropouta“, a drugi prikazuju psihometrijska mjerenja prije i poslije tretmana (161, 196, 166).

U ovom je radu prikazano prvo evaluacijsko istraživanje tretmana patoloških kockara u Hrvatskoj te predstavlja novu znanstvenu spoznaju o utjecaju tretmana na psihosocijalno funkcioniranje patoloških kockara u klubu ovisnika o kockanju. Psihosocijalno funkcioniranje konstrukt je koji uključuje široku paletu ponašanja (197). Ono je spoj 2 zasebna entiteta koja pokrivaju domenu koju predstavlja međuigra psihičkog i socijalnog funkcioniranja.

Pod pojmom psihičko, kad govorimo o medicinskoj perspektivi, možemo se odnositi na psihopatološko, a ono je prema DSM-IV-TR (19) definirano kao klinički značajni bihevioralni ili psihički sindrom ili obrazac koji nastupa kod pojedinca i koji je vezan za trenutnu patnju ili onesposobljenost ili za značajno povećanje rizika od nastupa smrti, boli, onesposobljenosti ili važnog gubitka slobode. Socijalno funkcioniranje (prilagođavanje), za razliku od psihičkog, predstavlja interakciju između pojedinca i socijalnog okruženja. Socijalna je prilagodba refleksija pacijentove interakcije s drugima, zadovoljstva i djelovanja ulogama, koje su modificirane kulturalnim i obiteljskim očekivanjima i osobnošću (198). Iz navedenog možemo zaključiti kako pomoću psihosocijalnog funkcioniranja možemo procijeniti uspješnost određenog liječenja kroz višedimenzionalni pristup (197).

Ovo istraživanje prikazuje psihička i socijalna obilježja kockara te njihovo zadovoljstvo s pojedinim elementima i cjelokupnim tretmanom. Rezultati istraživanja mogu poslužiti daljnjim istraživačkim nacrtima koji mogu biti koncipirani u smjeru boljeg razumijevanja problema patološkog kockanja i poboljšavanju sustava liječenja.

2. CILJEVI, PROBLEMI I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

2.1. Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. ispitati obilježja patoloških kockara koji su u tretmanu Kluba ovisnika o kockanju (KLOK);

2. ispitati promjene u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana u KLOK-u;

3. ispitati percepciju tretmana patoloških kockara uključenih u KLOK.

2.2. Problemi istraživanja

U istraživanju su postavljena sljedeća problemska pitanja:

1. Kakva su obilježja te psihološko i socijalno funkcioniranje patoloških kockara u KLOK-u?

2. Postoje li razlike u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana u KLOK-u?

3. Koja je percepcija patoloških kockara o tretmanu u KLOK-u?

2.3. Hipoteza istraživanja

Psihosocijalni tretman u Klubu ovisnika o kockanju doprinosi pozitivnijoj samoprocjeni općeg psihosocijalnog funkcioniranja patoloških kockara, pri čemu je pozitivnija procjena kvalitete tretmana povezana sa značajnijim promjenama u općem psihosocijalnom funkcioniranju.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Ispitanici

U ovom je istraživanju sudjelovalo N=64 ispitanika koji su se zbog patološkog kockanja liječili u KLOK-u, na području Grada Zagreba u studenome 2015. g. Od svih članova KLOK-a koji su tada pohađali sastanke, samo je jedan član odbio sudjelovati u istraživanju, stoga možemo reći da je u istraživanju sudjelovalo 98% članova KLOK-a. Iz Tablice 1. možemo vidjeti da je većina ispitanika muškog spola, a svega je jedan ispitanik ženskog spola (m=98.4%; ž=1.6%). Raspon dobi ispitanika kreće se od 18 do 73 godine, a njihova prosječna dob bila je M_{dob}=35.72 (SD_{dob}=10.59). Što se bračnog, odnosno partnerskog statusa tiče, najveći je broj ispitanika u braku ili izvanbračnoj zajednici (57.8%), 17.2% je u vezi, ali ne žive zajedno, jedan je ispitanik razveden ili razdvojen, a samo (nikad u braku) živi 23.4% ispitanika. Udovaca/ica nema. Također, možemo vidjeti da skoro polovica (48.4%) ispitanika ima djecu.

Tablica 1. Struktura ispitanika s obzirom na spol, dob, bračni/partnerski status, roditeljstvo

Spol	Muški spol **N**=63 (98.4%)			Ženski spol **N**=1 (1.6%)	
Dob(godine života)	**Min** 18	**Max** 73		**M** 35.72	**SD** 10.59
Bračni/partnerski status	Samac/nikad u braku 15 (23.4%)	Brak/izvanbračna zajednica 37 (57.8%)	Udovac/ica 0 (0.0%)	Razdvojen/a, Razveden/a 1 (1.6%)	U vezi, ali ne živimo zajedno 11 (17.2%)
Roditeljstvo	**DA** 31 (48.4%)			**NE** 33 (51.6%)	

Legenda: **N**=ukupan broj; **Min**=minimum; **Max**=maximum; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija

Što se tiče radnog odnosa tijekom većine prošle godine, ispitanici su većinom bili redovito zaposleni na puno radno vrijeme (65.6%). U povremenom je radnom odnosu ili sezonskom poslu bilo 10.9% ispitanika, dok je svega 3.1% ispitanika radilo studentske poslove. Nezaposlenih je bilo 17.2% ispitanika, a u mirovini 3.1% ispitanika.

Najviši završeni stupanj obrazovanja, koji je zastupljen kod većine ispitanika istraživanja, završena je srednja škola (71.9%), nakon toga slijede ispitanici sa završenim fakultetom ili

višom školom (20.3%), pa oni sa završenim magisterijem ili doktoratom (6.3%). Svega jedan ispitanik ima završenu isključivo osnovnu školu.

3.2. Instrumentarij

S obzirom na to da patološko kockanje zahvaća mnoge sfere ljudskog funkcioniranja, za potrebe ostvarivanja istraživačkih ciljeva ovog rada korištena je složena baterija instrumenata koja ispituje multiple-zone funkcioniranja. Na taj smo način ispitali područje frekvencije kockanja, kockarske probleme, dugove, financijske probleme, uporabu sredstava ovisnosti, psihosocijalno funkcioniranje, kognitivno funkcioniranje vezano za kockanje i zadovoljstvo tretmanom. U Tablici 2. prikazana je struktura instrumentarija koju su ispitanici ispunjavali u dvije točke mjerenja u razmaku od 6 mjeseci (T1 i T2).

Pojedini su dijelovi anketnog upitnika specifično konstruirani za potrebe ovog istraživanja i predstavljaju modificiranu verziju GAMTOM anketnog upitnika čiji su autori Stinchfield, Winters i Dittel (32), a koji su proveli evaluaciju tretmana patološkog kockanja u Sjedinjenim Američkim Državama, točnije u državi Minnesota (eng. Evaluation of State-Supported Pathological Gambling Treatment in Minnesota, Final Report). Upitnik je korišten te modificiran uz pismenu dozvolu autora.

Tablica 2. Mjerni instrumenti korišteni u dvije točke mjerenja

Upitnik	Konstrukt	T1	T2
Upitnik o općim i sociodemografskim podacima	Opći podaci o sudionicima istraživanja (npr. spol, godine života, obiteljski život, obrazovanje i slično)	X	X
Upitnik o povijesti bolesti i liječenju	Informacije o razlozima dolaska na liječenje, te prijašnjim intervencijama zbog različitih bolesti ovisnosti	X	
Upitnik samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5 kriterijima	Samoprocjena ovisnosti o kockanju prije uključivanja u KLOK	X	
Upitnik aktivnosti kockanja	Samoprocjena učestalosti kockanja prije uključivanja u KLOK	X	
Pojedinačna pitanja o modalitetima kockanja i procesa razvoja ovisnosti	Pojedinačna pitanja o modalitetima (npr. putem *weba* ili aplikacija, preferirana igra i sl.) te procesa razvoja ovisnosti (npr. dugovi, godine života prvog kockanja, svjesnost o razvoju problema i sl.)	X	
Skala uvjerenja o kockanju	Uvjerenja o kockanju - kognitivne distorzije (Skala ima 2 faktora): F1. praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti F2. iluzija kontrole.	X	X

Važnost znanja/vještina nasuprot sreći za uspješni ishod u igrama na sreću	Procjena značaja znanja i vještina za uspjeh u pojedinim igrama na sreću (npr. sportsko klađenje, igre na automatima, lutrijske igre i sl.)	X	X
Upitnik aktivnosti kockanja	Samoprocjena učestalosti kockanja unazad 1 mjeseca	X	X
Upitnik samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5 kriterijima	Samoprocjena problematičnosti kockanja unazad 1 mjeseca	X	X
Ček-lista kockanjem uzrokovanih financijskih problema	Procjena financijskih problema unazad godinu dana	X	
Pitanje o aktualnom stupnju promjene	Samoprocjena o trenutnom stupnju spremnosti na promjenu i apstinenciju u odnosu na probleme s kockanjem	X	X
Ček-lista učestalosti konzumiranja sredstava ovisnosti	Samoprocjena konzumacije sredstava ovisnosti unazad godinu dana *(u T2 - samo posljednjih 6 mjeseci)*	X	X
Ček-lista problema psihičkog zdravlja	Samoprocjena simptoma koji ukazuju na probleme psihičkog zdravlja tijekom života, te u posljednjih mjesec dana *(u T2 - samo posljednjih mjesec dana)*	X	X
Identifikacijska skala ponašanja i simptoma (BASIS-24)	Skala samoprocjene ponašanja i simptoma se sastoji od 6 faktora: F1: depresija/funkcioniranje F2: odnosi F3: samoozljeđivanje F4: emocionalna labilnost F5: psihoza F6: konzumiranje sredstava ovisnosti.	X	X
Skala stavova o kockanju	Stav o kockanju (jednofaktorska struktura)	X	X
Upitnik percepcije liječenja u klubu ovisnika o kockanju (KLOK-u)	Samoprocjena korisnosti liječenja, pojedinih aspekata liječenja i načina rada KLOK-a	X	X

3.2.1. Upitnik o općim i sociodemografskim podacima

Opća i sociodemografska obilježja ispitali smo kroz pitanja o spolu, broju godina, bračnom ili partnerskom statusu, postojanju djece, radnom odnosu i stupnju obrazovanja.

3.2.2. Upitnik o povijesti bolesti i liječenju

Upitnik o povijesti bolesti i liječenju primijenjen je isključivo u prvoj točki mjerenja. Riječ je o pojedinačnim pitanjima koja ispituju glavni razlog dolaska na liječenje (ispitanicima je ponuđeno 7 razloga, poput pravnih poteškoća, ohrabrenja od strane supružnika, obitelji ili prijatelja, vlastite odluke, financijskih poteškoća i slično, s mogućnošću dopisivanja drugog razloga), prethodne intervencije i liječenja radi kockanja, (ljestvica odgovora skala je od 6 stupnjeva, pri čemu brojevi koje su sudionici zaokruživali, imaju sljedeća značenja: 1=nikada, 2=jedanput, 3=dvaput, 4=tri puta, 5=četiri puta, 6=pet ili više puta) radi drugih bolesti ovisnosti ili problema mentalnog zdravlja (pored ponuđenih bolesti ovisnosti i problema mentalnog zdravlja ispitanici su zaokruživali „da“ ili „ne“) te o dosadašnjem vremenu provedenom u tretmanu KLOK-a (ispitanici su naveli broj godina i mjeseci sudjelovanja u tretmanu KLOK-a).

3.2.3. Upitnik samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5 kriterijima

Upitnik samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5, koji se koristi i u inozemnim istraživanjima kao metoda samoiskaza (199, 200, 201), ispituje 9 dijagnostičkih kriterija koji su modificirani u tvrdnje samoiskaza. Ispitanici procjenjuju vlastite simptome kroz pitanja o toleranciji, apstinencijskim tegobama, gubitku kontrole nad kockanjem, lovljenju dugova, osjećajima i razmišljanjima vezanim za kockanje i kockanjem izazvanim problemima.

Primjeri tvrdnji su: „Jeste li bezuspješno pokušavali kontrolirati, smanjiti ili prekinuti s kockanjem?“, ili: „Jeste li lagali članovima obitelji, terapeutu ili drugima kako biste sakrili stupanj uključenosti u kockanje?“ Na sve tvrdnje ispitanici su odgovarali s „da“ ili „ne“. Svaki potvrdni odgovor bodovan je jednim bodom pa je ukupan mogući broj simptoma ili rezultat u teorijskom rasponu od 0 do 9. Težina ovisnosti se prema DSM-5 (20) može svrstati u 3 kategorije: blaga – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na ukupno 4 – 5 tvrdnji, umjerena – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na 6 – 7 tvrdnji, i teška – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na 8 – 9 tvrdnji.

Upitnik se ispunjavao u obje vremenske točke, no u prvoj vremenskoj točki ispunjavao se vezano za period prije tretmana KLOK-a i za period unazad mjesec dana od dana ispunjavanja upitnika, tj. radi dvije samoprocjene, a u drugoj vremenskoj točki ispunjavao se isključivo za period unazad mjesec dana od ispunjavanja upitnika. Što se tiče pouzdanosti, Cronbachov alfa-

koeficijent unutarnje konzistencije u ovom istraživanju iznosi α=.68 za upitnik kojim se mjerio period prije liječenja u KLOK-u, te α=.90 za period unazad mjesec dana.

3.2.4. Upitnik aktivnosti kockanja

Upitnik aktivnosti kockanja (202, 203) predstavlja skraćenu verziju upitnika koji je posebno konstruiran za potrebe znanstvenoistraživačkog projekta „Kockanje mladih u Hrvatskoj“ (204, 203), ali koji se u narednim istraživanjima primjenjivao i na odraslim ispitanicima. Sadrži pitanja o vrstama i učestalosti igranja određenih igara na sreću. Uključeno je 9 različitih vrsta igara na sreću: (1) kartanje za novac s prijateljima, (2) kartaške igre u „casinu“, (3) sportsko klađenje, (4) lutrijske igre, (5) TV bingo, (6) jednokratne srećke, (7) igre na automatima, (8) rulet, (9) klađenje na virtualne utrke. Zadatak ispitanika bio je označiti jesu li igrali koju od navedenih igara i ako jesu, koliko često su to činili (jednom godišnje ili manje od toga, nekoliko puta godišnje, otprilike 1 – 2x mjesečno, otprilike 1x tjedno, nekoliko puta tjedno, svakodnevno). Ovaj se upitnik ispunjavao u obje vremenske točke. U prvoj vremenskoj točki ispunjavao se vezano za period prije tretmana KLOK-a i za period unazad mjesec dana od dana ispunjavanja upitnika s ciljem dva samoiskaza, a u drugoj vremenskoj točki ispunjavao se isključivo za period unazad mjesec dana od ispunjavanja upitnika.

3.2.5. Pojedinačna pitanja o modalitetima kockanja i procesu razvoja patološkog kockanja

Kroz ovaj upitnik ispitanici su opisali koje su vrste kockarskih igara igrali preko interneta ili mobilnih aplikacija, koja im je igra bila najatraktivnija te proces razvoja patološkog kockanja kroz dobivanje podataka o dugovima, godinama života prvog kockanja, svjesnosti o razvoju problema, najvećem iznosu izgubljenom u kockanju, najvećem iznosu osvojenom u kockanju, godine s kojima se prvi put potražila stručna pomoć, kockanje u društvu ili samostalno i sl.

3.2.6. Skala uvjerenja o kockanju

Skala uvjerenja o kockanju (202, 203) ispituje kognitivne distorzije vezane uz kockanje. Originalna je verzija skale konstruirana specifično za ispitivanje kognitivnih distorzija kod 1948 učenika od prvog do završnog razreda različitih srednjoškolskih usmjerenja u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu koji su sudjelovali u istraživanju obilježja kockanja mladih i odrednice

štetnih psihosocijalnih posljedica (203). Skala se ispunjava na način da ispitanik na ljestvici od 5 stupnjeva zaokruži stupanj s kojim se ispitanik slaže s navedenom tvrdnjom, od 1 –„uopće se ne slažem“, do 5 – „u potpunosti se slažem“. Skala je ispunjavana u obje vremenske točke.

Originalna verzija skale sastoji se od ukupno 16 tvrdnji koje su podijeljene u 2 dimenzije (faktora):

a) praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti

(Primjer čestice: „Tko nema sreće u ljubavi, imat će u kocki.“)

b) iluzija kontrole

(Primjer čestice: „Usmjeravanje misli na dobitak povećava njegovu vjerojatnost.“).

Nakon primjene skale na našem uzorku ispitanika (što je prva primjena ovog instrumenta na uzorku odraslih patoloških kockara), a na temelju „Screen Plota“ i karakterističnog korijena višeg od 1, identificirano je dvofaktorsko rješenje, sa svim potrebnim parametrima (KMO mjere adekvatnosti uzorka =.774; Barlettov test sferičnosti χ^2=369.098; dr=78; p<.000). Analizom saturacije svake tvrdnje u dvofaktorskom rješenju tri su tvrdnje izbačene te se modificirana verzija skale sastoji od 13 tvrdnji kategoriziranih u dva faktora, s visokim Cronbachovim alfa-koeficijentom pouzdanosti, koji objašnjavaju 54% varijance: F1=Iluzija kontrole (α=.86) i F2=Praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti (α=.79). Faktorska struktura modificirane verzije skale prikazana je u Tablici 3.

Tablica 3. Faktorska struktura skale uvjerenja o kockanju – modificirana verzija

	F1	F2
16. Za zaraditi novac kockanjem potrebno je imati dobar sistem igre.	.884	
4. Ukoliko netko ima uspjeha u kockanju to je dokaz da posjeduje znanja i vještine potrebne za kockanje.	.835	
11. Vještine određuju koliko će kockar biti uspješan.	.799	
17. Dobitak u kockanju ne ovisi samo o sreći.	.752	
9. Šanse za osvajanje velike količine novca kockanjem poprilično su velike.	.662	
18. Iako osoba u kockanju ima seriju gubitaka, osvojit će nazad svoj novac ako dovoljno dugo igra.	.591	
3. Dugoročno gledajući, kockanjem se više dobiva nego gubi.	.507	
13. Veća je vjerojatnost da će osoba pobijediti u kockanju ako koristi svoje sretne brojeve.		.878
8. Sretni predmeti (npr. nošenje određenog komada odjeće, privjeska i sl.) povećavaju vjerojatnost dobitka pri kockanju.		.732
7. Osoba može osjetiti kada će imati sreće u kockanju.		.719
12. Ako osoba duže vrijeme gubi u kockanju, veća je vjerojatnost da će uskoro početi dobivati.		.666
2. Neke aktivnosti (npr. rituali i sl.) povećavaju vjerojatnost dobitka pri kockanju.		.622
6. Ukoliko osoba u kockanju ima seriju dobitaka, vrlo je vjerojatno da će se dobici i nastaviti.		.594

3.2.7. Važnost znanja/vještina nasuprot sreći za uspješni ishod u igrama na sreću

Kako bi se ispitalo mišljenje o potrebnim znanjima/vještinama nasuprot sreći za uspjeh u pojedinim igrama na sreću, za potrebe ovog istraživanja konstruiran je poseban upitnik koji se sastoji od popisa 8 igara (sportsko klađenje, igre na automatima, loto, jednokratne srećke, rulet, igre s kockicama, poker, „blackjack“). Ispitanici su trebali izraziti svoju percepciju na ljestvici do 5 stupnjeva o čemu po njihovom mišljenju ovisi uspjeh u igri, na način da označe imaju li na ishod igre utjecaj: (1) isključivo znanje/vještine, (3) podjednako znanje/vještine i sreća ili (5) ishod ovisi isključivo o sreći. Upitnik se ispunjavao u obje vremenske točke.

3.2.8. Ček-lista kockanjem uzrokovanih financijskih problema

Ovom ček-listom ispitanici su iznosili koje su financijske aktivnosti proveli kako bi kockali, riješili kockarske probleme ili kako bi isplatili dugove uzrokovane kockanjem. Ispitanicima je ponuđena dihotomna ljestvica s 8 radnji (prodavanje zlata ili drugih vrijednosti, dizanje kredita u banci, posudba novaca od prijatelja, prestanak plaćanja kredita i druge) pored kojih su zaokruživali jesu li ili nisu te radnje provodili. Ček-lista se ispunjavala isključivo u prvoj točki mjerenja.

3.2.9. Pitanje o aktualnom stupnju promjene

Preko odgovora na pitanje o aktualnom stupnju promjene ispitanici su samoprocjenjivali o trenutnom vlastitom stupnju spremnosti na promjenu i apstinenciju u odnosu na problem kockanja. Stupanj su spremnosti mogli izraziti kroz 7 tvrdnji, od „nemam namjere mijenjati svoje kockanje“ do „u potpunosti sam prestao kockati prije više od 6 mjeseci“. Ispitanici su na pitanje odgovarali u obje točke mjerenja.

3.2.10. Ček-lista učestalosti konzumiranja sredstava ovisnosti

Ispitanici su na temelju ove ček-liste samoiskazom dali informaciju o konzumaciji sredstava ovisnosti (pušenje duhana, pijenje alkohola, pušenje kanabinoida, konzumacija droga) unazad godinu dana u prvoj točki mjerenja te unazad 6 mjeseci u drugoj točki mjerenja. Ponuđena je ljestvica odgovora za svakodnevno konzumiranje, konzumiranje 3 – 6 dana u tjednu, 1 – 2 dana u tjednu, 1 – 3 dana mjesečno, manje od jednom mjesečno te ništa.

3.2.11. Ček-lista problema psihičkog zdravlja

Preko ček-liste problema psihičkog zdravlja ispitanici su u prvoj točki mjerenja samoprocjenjivali simptome koji ukazuju na probleme psihičkog zdravlja tijekom života i u posljednjih mjesec dana, a u drugoj točki mjerenja samo u posljednjih mjesec dana. Ispitanici na dihotomnoj ljestvici iznose jesu li ili nisu imali značajan period u kojem su imali osjećaj depresije, tjeskobe, halucinacije, probleme s koncentracijom, pamćenjem, prejedanjem, nasilnim ponašanjem, pretjerane seksualne porive, suicidalne ideje i pokušaj suicida na način da pored navedenih simptoma zaokružuju „da“ ili „ne“.

3.2.12. Identifikacijska skala ponašanja i simptoma (BASIS-24)

Identifikacijska skala ponašanja i simptoma (BASIS-24), čiji je autor McLean Hospital (204), razvijena je na psihijatrijskim pacijentima u hospitalnim, dnevno-bolničkim i ambulantnim tretmanima primarno radi procjene ishoda tretmana kroz procjenu funkcioniranja i psihijatrijskih simptoma iz pacijentove perspektive. Korištenje upitnika u ovom je istraživanju odobrilaMcLean Hospital u Sjedinjenim Američkim Državama koja je nositelj licence. BASIS-24 ispituje stupanj ili frekvenciju težine simptoma kojoj su ispitanici bili izloženi unazad tjedan dana. 24 pitanja zahvaćaju 6 područja težine i/ili simptoma: 1. depresija/ funkcioniranje, 2. odnosi, 3. samoozljeđivanje, 4. emocionalna labilnost, 5. psihoza, 6. konzumiranje psihoaktivnih tvari. Ovaj upitnik nije specifičan za pojedine dijagnoze, već je kreiran kako bi prikazao široki raspon simptoma i problema koji se javljaju unutar dijagnostičkog spektra.

Prilikom računanja ukupnog rezultata skale, kao i rezultata pojedinih subskala, vrijednosti su svih tvrdnji ponderirane sukladno priručniku za korištenje BASIS-a (204). Vrijednosti „pondera“ za ukupni rezultat i za subskale nalaze se u Prilogu 2 ovog rada.

Bolnica McLean (205) u svom je istraživanju prikazala kako upitnik ima zadovoljavajuću pouzdanost na uzorku od 3222 pacijenata različitih dijagnoza (redoslijed zastupljenosti: depresija, ovisnost o alkoholu i drogama, poremećaji prilagodbe, bipolarni poremećaj, anksiozni poremećaj te shizofrenija i shizoafektivni poremećaj) koji su se liječili putem dnevnih bolnica u nekoliko različitih ustanova. Na uzorku ispitanika našeg istraživanja također su potvrđene dobre metrijske karakteristike za većinu subskala. U Tablici 4. možemo vidjeti Cronbachov alfa-koeficijent za oba istraživanja.

Tablica 4. Cronbachov alfa-koeficijent na uzorku ispitanika dnevnih bolnica prema istraživanju McLean Hospital (2005) i KLOK-a

Subskale	α-McLean Hospital (2005)	α-KLOK
Depresija/funkcioniranje	.91	.89
Odnosi	.84	.83
Psihoza	.77	.13
Konzumiranje psihoaktivnih tvari	.82	.73
Samoozljeđivanje	.86	.43
Emocionalna labilnost	.78	.80
Ukupni rezultat	.90	.88

Nizak alfa-koeficijent na subskali psihoze i samoozljeđivanja možemo objasniti malim uzorkom ispitanika i malom izraženošću tih simptoma, što bi bilo potrebno provjeriti daljnjim istraživanjima na većim kliničkim uzorcima, na hrvatskim prostorima.

3.2.13. Skala stavova o kockanju

Skala stavova o kockanju (206) sastoji se od 23 tvrdnje. 12 tvrdnji o kockanju negativnog je karaktera (primjer: kockanje odvodi u propast), a 11 pozitivnog (primjer: kockanje je zabavan način zarađivanja). Skala se ispunjavala u obje vremenske točke na način da se na ljestvici od 5 stupnjeva zaokruži stupanj s kojim se ispitanik slaže s navedenom tvrdnjom od 1 – „uopće se ne slažem“, do 5 – „u potpunosti se slažem“. Skala, koja je od strane navedenih autora konstruirana za ispitivanje stavova o kockanju kod 202 studenata različitih fakulteta, ima jednodimenzionalnu strukturu (jedan faktor koji objašnjava 47,86% varijance) te visoku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (α=.95). Na uzorku ispitanika ovog istraživanja također su potvrđene dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alpha-koeficijent iznosi α =.81.

3.2.14. Upitnik percepcije liječenja u klubu ovisnika o kockanju (KLOK-u)

Upitnik percepcije liječenja samoprocjena je ispitanika o korisnosti liječenja, o pojedinim elementima liječenja (edukacija, rad na osobnim problemima, partnerskim problemima, obiteljskim problemima, podrška ostalih članova), njihovom zadovoljstvu liječenjem i mišljenje o pojedinim aspektima liječenja (dva terapeuta koji se izmjenjuju, dolazak pojedinih članova s pratnjom ili bez) i načinu rada KLOK-a (trajanje seanse, program bez stroge definiranosti sadržaja rada u grupi). Što se tiče korisnosti liječenja i elemenata liječenja, ispitanici su na ljestvici od 5 stupnjeva izražavali stupanj korisnosti pri čemu je 1=potpuno mi je beskorisno, 2=jako malo mi je korisno, 3=niti korisno niti nekorisno, 4=prilično korisno, 5=jako korisno. Na isti su način ispitanici na ljestvici od 5 stupnjeva izražavali zadovoljstvo tretmanom, pri čemu je 1=uopće nisam zadovoljan, 2=uglavnom nisam zadovoljan, 3=niti zadovoljan, niti nezadovoljan, 4=uglavnom sam zadovoljan, 5=jako sam zadovoljan. Nadalje, o pojedinim aspektima liječenja i načinu rada KLOK-a ispitanici su odgovarali na pojedinačna pitanja na način da su zaokruživali tvrdnje koje predstavljaju njihovo mišljenje (mislim da je to loše, mislim da je svejedno, mislim da je dobro, ne sviđa mi se, sviđa mi se i slično) te su mogli sami ponuditi drugo mišljenje.

Primjer pitanja i odgovora

Kakvo je Vaše mišljenje o tome da imate dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu?

1. mislim da je to loše – to me smeta

2. mislim da je svejedno – važno je da su terapeuti dobri

3. mislim da je to dobro – više ljudi više zna i može pomoći

4. nešto drugo: _____

3.3. Postupak provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno u dvije vremenske točke u razmaku od 6 mjeseci, počevši od studenog 2015. godine do svibnja 2016. godine, na način da su ispitanici, koji su uključeni u tretman KLOK-a, ispunjavali anketni upitnik posebno konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Riječ je o longitudinalnom istraživačkom nacrtu. Koristila se metoda „papir-olovka“. Navedeni upitnik ispitanici su ispunjavali grupno tijekom dolaska na seanse tretmana. Ispunjavanje upitnika od strane ispitanika trajalo je od 20 do 30 minuta. Svaki ispitanik dobio je pisanu obavijest o osnovnim ciljevima istraživanja na temelju koje je svojim potpisom dao informirani pristanak na sudjelovanje. Istraživanje je za ispitanike bilo potpuno anonimno i motivirani su da iskreno ispunjavaju upitnik iznoseći svoja iskustva i svoju percepciju. Upitnici su bili šifrirani kako bi se mogle povezati dvije točke mjerenja za svakog ispitanika, a šifra se sastavljala na posebnom listu papira (koji su ispitanici zadržali) na temelju unaprijed definiranog ključa. Ispitanici su također bili informirani kako u svakom trenutku mogu odustati od ispunjavanja upitnika bez da za to iznose razloge i imaju bilo kakve posljedice.

Istraživanje je odobrila Udruga klubova ovisnika o kockanju i Etičko povjerenstvo Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Provedeno je sukladno Pravilniku o dobroj kliničkoj praksi i Helsinškoj deklaraciji.

3.4. Način obrade podataka

U svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva ovog longitudinalnog istraživačkog nacrta korištene su sljedeće statističke metode i analize:

1. metode deskriptivne statistike (aritmetička sredina, standardna devijacija, frekvencije)
2. Wilcoxonov test ranga uz testiranje veličine efekta
3. provjera faktorske strukture pojedinih instrumenata
4. računanje Crombachovog alfa-koeficijenta pouzdanosti
5. Spearmanov koeficijent korelacije.

4. REZULTATI

4.1. Povijest liječenja problema povezanih s kockanjem

S obzirom na prvi istraživački cilj, kod ispitanika smo istražili pojedina obilježja patološkog kockanja. Prvo smo ispitali razlog dolaska na liječenje. Dosadašnji su autori istaknuli mnoge razloge koji su u međusobnoj interakciji motivirali patološke kockare da započnu proces liječenja, no u našem istraživanju pitali smo ispitanike koji od svih razloga smatraju da je glavni, odnosno najdominantniji razlog dolaska na liječenje u KLOK. Nadalje, od drugih obilježja pitali smo koliko su se puta u životu ispitanici susreli sa stručnjakom (npr. savjetnikom, psihologom, psihijatrom) prije uključivanja u KLOK, koliko su puta sudjelovali u tretmanu ili programu liječenja zbog problema s kockanjem te jesu li ikad posjetili stručnjaka za liječenje drugih bolesti ovisnosti ili problema mentalnog zdravlja. Također, doznali smo koliko su dugo uključeni u tretman KLOK-a.

Tablica 5. Frekvencije odgovora glavnog razloga dolaska na liječenje u KLOK (N=64)

Glavni razlog dolaska na liječenje	N	%
1. Pravne poteškoće ili liječenje po odluci suda	0	0.0
2. Ohrabren/pritisnut na liječenje od strane supružnika, obitelji ili prijatelja	43	67.2
3. Radne poteškoće ili liječenje predloženo od strane poslodavca	0	0.0
4. Moja odluka	13	20.3
5. Financijske poteškoće	4	6.3
6. Depresija, suicidalne misli ili pokušaj suicida	3	4.7
7. Razvod ili razdvajanje od partnera/ice	0	0.0
8. Nešto drugo – emocionalni, socijalni, profesionalni raspad	1	1.6

U Tablici 5. možemo uočiti da je glavni razlog dolaska na liječenje u KLOK kod 67.2% ispitanika bilo ohrabrenje ili pritisak supružnika, obitelji ili prijatelja. Takvi rezultati govore u prilog dosadašnjim istraživanjima o „značajnim zabrinutim drugim osobama“ koje su najviše involvirane u posljedice psihosocijalnog funkcioniranja patoloških kockara. U skladu s time kod većine naših ispitanika motivacija za liječenje došla je upravo na njihov poticaj. Kod 20.3% ispitanika glavni razlog dolaska na liječenje bila je vlastita odluka, kod 6.3% ispitanika financijska problematika, a kod 4.7% ispitanika depresija, suicidalne misli ili pokušaj suicida.

Tablica 6. Frekvencija susreta sa stručnom osobom (savjetnikom, psihologom, psihijatrom) zbog problema s kockanjem prije KLOK-a (N=64)

Susreti sa stručnom osobom	N	%
1. Nikada	35	54.7
2. Jedanput	11	17.2
3. Dvaput	9	14.1
4. Tri puta	2	3.1
5. Četiri puta	0	0.0
6. Pet i više puta	7	10.9

Nadalje, u Tablici 6. prikazano je da se 54.7% ispitanika nije susretalo sa stručnom osobom prije tretmana u KLOK-u, svega se 17.2% ispitanika sa stručnom osobom susretalo jedanput, 14.1% susretalo se dvaput, 3.1% triput, a 10.9% pet i više puta. S obzirom na to da se 89.1% ispitanika svega do 3 puta susretalo sa stručnom osobom prije tretmana u KLOK-u, možemo zaključiti da većina ispitanika nije prolazila određene procese liječenja te da se tako nalaze na samom početku terapijskog procesa u trenutku ulaska u KLOK koji karakteriziraju nedostatak uvida prema problemu kockanja i poricanja (207, 208).

Sudjelovanje u tretmanu ili programu liječenja radi problema s kockanjem prije uključivanja u KLOK možemo vidjeti iz Tablice 7.

Tablica 7. Frekvencija sudjelovanja u tretmanu ili programu liječenja zbog problema s kockanjem prije KLOK-a (N=64)

Sudjelovanje u tretmanu ili programu liječenja zbog problema s kockanjem prije KLOK-a	N	%
1. Nikada	54	84.4
2. Jedanput	5	7.8
3. Dvaput	1	1.6
4. Tri puta	1	1.6
5. Četiri puta	0	0.0
6. Pet i više puta	3	4.7

Sukladno očekivanjima, s obzirom na dobivene rezultate u prethodnom pitanju, 84.4% ispitanika nikada nije sudjelovalo u tretmanu ili programu liječenja zbog problema s kockanjem

prije KLOK-a, 7.8% sudjelovalo je jednom, a isti broj ispitanika sudjelovao je dvaput ili više puta.

Ispitanici su također odgovorili jesu li ikad posjetili stručnu osobu (savjetnik, psiholog ili psihijatar) za liječenje drugih ovisnosti i problema mentalnog zdravlja. U Tablici 8. možemo vidjeti da su svega 2 ispitanika posjetila stručnu osobu radi pušenja cigareta, 4 radi konzumacije alkohola, 3 radi konzumacije droga, 1 radi neke druge ovisnosti i 10 ispitanika radi problema metalnog zdravlja.

Tablica 8. Frekvencije odgovora o posjetu stručnjaku za liječenje zbog sljedećih problema (N=63)

	NE N(%)	**DA N(%)**
1. Pušenje cigareta	61 (96.8)	2 (3.2)
2. Konzumiranje alkohola	59 (93.7)	4 (6.3)
3. Konzumiranje droga	60 (95.2)	3 (4.8)
4. Neke druge ovisnosti (npr. pretjerano kupovanje, ovisnost o seksu i slično)	62 (98.4)	1 (1.6)
5. Neki drugi problemi mentalnog zdravlja	53 (84.1)	10 (15.9)

Ranije smo naveli da je KLOK ustrojen prema načelu terapijske zajednice, gdje su grupe otvorene za ulazak novih i odlazak starih članova. Iz toga možemo lako zaključiti da su naši ispitanici u tretmanu različiti vremenski period. Prema Tablici 9. vidimo da je raspon uključenosti u tretman KLOK-a, izražen u mjesecima, od 0.25 do 73 mjeseca, tj. od jedne seanse do 6 godina tretmana. Prosječna uključenost u tretman bila je M=17.31 (SD=18.23) mjeseci. Također, možemo vidjeti da je većina ispitanika (44.4%) uključena u tretman do 6 mjeseci, a da drugu najveću skupinu ispitanika čine oni koji su uključeni u tretman 25 mjeseci i više (28.6%).

Tablica 9. Frekvencija sudjelovanja u tretmanu KLOK-a izražena u mjesecima (N=64)

	N	Min	Max	M	SD
Uključenost u tretman KLOK-a	64	0.25	73	17.31	18.23
					%
0-6 mjeseci					44.4
7-12 mjeseci					6.3
13-18 mjeseci					9.5
19-24 mjeseci					11.1
25 mjeseci i više					28.6

Legenda: **N**=ukupan broj; **Min**=minimum; **Max**=maximum; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija

4.2. Kockanje i simptomi ovisnosti prije liječenja u KLOK-u

Za istraživanje je posebno značajno ponašanje patoloških kockara prije tretmana u KLOK-u. Iz tog razloga ispitali smo simptome kockarskog poremećaja, aktivnosti kockanja u vidu učestalosti i modaliteta kockanja, razvoj procesa patološkog kockanja te financijske probleme vezane uz kockanje kako bismo doznali obilježja i težinu kliničke slike, brzinu razvoja poremećaja i što ih je potaknulo na liječenje.

Tablica 10. Frekvencije odgovora prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju – samoprocjena simptoma ovisnosti o kockanju prije KLOK-a (N=64)

Tvrdnja	NE (%)	DA (%)
1. Jeste li imali potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	32.8	67.2
2. Jeste li osjećali nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	23.4	76.6
3. Jeste li imali ponovljena neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka kockanja?	15.6	84.4
4. Jeste li često bili zaokupljeni kockanjem (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	18.8	81.3
5. Jeste li ste često kockali kada ste se osjećali loše (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)	26.6	73.4
6. Nakon što ste na kocki izgubili novac, jeste li se često vraćali drugi dan da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	12.5	87.5
7. Jeste li lagali kako biste prikrili veličinu upletenosti u kockanje?	3.1	96.9
8. Jeste li ugrozili ili izgubili važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	42.2	57.8
9. Jeste li se oslanjali na druge kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	14.1	85.9

U Tablici 10. vidimo frekvencije odgovora za samoprocjenu ponašanja i osjećaja (simptoma) prije KLOK-a prema kriterijima DSM-5 za postavljanje dijagnoze od strane psihijatra modificiranih u formu samoiskaza. Možemo primijetiti da je prisutna visoka zastupljenost svih 9 dijagnostičkih kriterija koji su modificirani u tvrdnje. Posebno se ističe tvrdnja o laganju kako bi prikrili stupanj upletenosti u kockanje, gdje je 96.9% ispitanika odgovorilo potvrdno. Nadalje 87.5% ispitanika izvijestilo je da su se često vraćali drugi dan kako bi nadoknadili izgubljeni novac („lovili“ vlastite dugove). 85.9% ispitanika oslanjalo se na druge kako bi nabavili novac kojim bi si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem, a 84.4% ispitanika imalo je neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka kockanja. 81.3% ispitanika izvijestilo je da je često bilo zaokupljeno kockanjem, tj. neprestano razmišljalo o proživljenim doživljajima kockanja, igri na hendikep ili planiranju sljedećih pothvata i načina kako priskrbiti novac za kockanje. Možemo primijetiti da je prema samoprocjeni ispitanika tvrdnja koja predstavlja razvoj tolerancije (potreba za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi

dostigli željeno uzbuđenje), potvrdno odgovorena u čak 67.2% ispitanika, a najmanji broj ispitanika, njih 57.8%, ugrozilo je ili izgubilo važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja. 76.6% ispitanika osjećalo je nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka kockanja što predstavlja samoprocjenu ispitanika o razvoju apstinencijskog sindroma.

Tablica 11. Ukupni rezultati prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju prije uključivanja u KLOK (N=64)

	N	Min	Max	M	SD
DSM-5 UKUPNI REZULTATI	64	.00	9.00	7.11	1.89

Legenda: **N**=ukupan broj; **Min**=minimum; **Max**=maximum; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija

Nadalje, u Tablici 11. prikazan je raspon rezultata broja simptoma kod ispitanika prije uključivanja u KLOK u verziji samoiskaza. Realan raspon bodova kod ispitanika bio je od 0 do 9, a aritmetička je sredina bila M=7.11 (SD=1.89) bodova. To nam govori da su ispitanici u prosjeku zadovoljavali 7 od 9 mogućih DSM-5 kriterija za dijagnozu ovisnosti o kockanju.

Prema kriterijima DSM-5 razlikujemo 3 kategorije ovisnosti o kockanju s obzirom na izraženost simptoma, a to su: blaga – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na ukupno 4 – 5 tvrdnji, umjerena – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na 6 – 7 tvrdnji, i teška – ako je ispitanik potvrdno odgovorio na 8 – 9 tvrdnji. U Tablici 12. vidimo kako su naši ispitanici svrstani po kategorijama ovisnosti na bazi samoiskaza.

Tablica 12. Kategorizacija ovisnosti o kockanju prema DSM-5 skali prije uključivanja u KLOK (N=64)

	N	%
BEZ OVISNOSTI O KOCKANJU	2	3.1
BLAGA OVISNOST O KOCKANJU	7	10.9
UMJERENA OVISNOST O KOCKANJU	25	39.1
TEŠKA OVISNOST O KOCKANJU	30	46.9

Kriterije za ovisnost o kockanju potvrdilo je 96.9% ispitanika. Svega su dva ispitanika potvrdno odgovorila na manje od 4 tvrdnje, što može ukazivati da nisu bili objektivni prema sebi i svojoj

samoprocjeni, ne sjećaju se svih simptoma koje su imali prije KLOK-a s obzirom na mogući vremenski odmak, nisu primjereno ispunili upitnik ili su zaista imali manji broj simptoma. Najveći broj ispitanika, njih 46.9%, ispunjavalo je kriterije za postavljanje dijagnoze teške ovisnosti o kockanju, 39.1% ispunjavalo je kriterije za umjerenu ovisnost, a 10.9% ispunjavalo je kriterije za blagu ovisnost o kockanju. Ono što često karakterizira bolesti ovisnosti smanjenje je uvida i kritičnosti prema problemu te dug period poricanja, zbog čega ovisnici dolaze u kontakt sa stručnim osobama kad su problemi vezani uz ovisnost značajno izraženi. S obzirom na to da je najviše ispitanika (86%) potvrdilo simptome umjerene i teške ovisnosti o kockanju, navedeni rezultati ukazuju da većina ispitanika u KLOK-u ima dobar uvid u vlastiti problem kockanja.

Naredne varijable koje su ispitanici samoiskazom iznosili, bile su aktivnosti kockanja, tj. učestalost kockanja različitih kockarskih igara, modaliteti kockanja te proces razvoja patološkog kockanja. Iz Tablice 13. možemo vidjeti frekvencije odgovora na ček-listi kockarskih aktivnosti za svaku igru prije uključivanja u KLOK. Najzastupljenija igra bila je sportsko klađenje, čak 50% ispitanika igralo je tu igru svakodnevno, 20% ispitanika ju je igralo nekoliko puta tjedno, a bar jedanput tjedno igralo je 10.9% ispitanika. Iz navedenog možemo primijetiti da se na redovitoj bazi (jednom tjedno ili više) sportski kladilo 80.9% ispitanika. Sljedeća najzastupljenija igra bila je rulet. Redovito je igralo rulet 40.7% ispitanika, od toga je 14.1% ispitanika igralo rulet na svakodnevnoj bazi, a 21.9% ga je igralo nekoliko puta tjedno. Također, možemo primijetiti da su bile dosta zastupljene igre na automatima. 37.5% ispitanika redovito je kockalo na automatima, pri čemu je 9.4% ispitanika kockalo na svakodnevnoj bazi, a čak 23.4% kockalo je nekoliko puta tjedno. Navedene 3 vrste kockarskih igara ujedno su i igre s visokim adiktivnim potencijalom (209). Najmanje su zastupljene igre bile kartaške igre u „casinu“ i bingo. Prema samoiskazu ispitanika 62.5% nikada nije igralo navedene igre. Na redovitoj je bazi najrjeđa bila frekvencija igranja jednokratnih srećki 4.7%, zatim TV Bingo i kartanje za novac s prijateljima 6.3% te kartaške igre u „casinu“ 7.8%.

Tablica 13. Samoiskaz učestalosti kockanja patoloških kockara prije uključivanja u KLOK (N=64)

IGRE		Nikada	Jednom godišnje ili manje od toga	Nekoliko puta godišnje	Otprilike 1-2x mjesečno	Otprilike 1x tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svako-dnevno
Kartanje za novac s prijateljima	**N**	32	11	10	7	1	3	0
	%	50	17.2	15.6	10.9	1.6	4.7	0.0
Kartaške igre u casinu	**N**	40	9	9	1	2	2	1
	%	62.5	14.1	14.1	1.6	3.1	3.1	1.6
Sportsko klađenje	**N**	4	1	5	2	7	13	32
	%	6.3	1.6	7.8	3.1	10.9	20.3	50.0
Lutrijske igre (npr. loto i sl.)	**N**	16	12	19	9	4	4	0
	%	25.0	18.8	29.7	14.1	6.3	6.3	0.0
TV Bingo	**N**	40	9	10	1	3	1	0
	%	62.5	14.1	15.6	1.6	4.7	1.6	0.0
Jednokratne srećke (strugalice)	**N**	23	23	11	4	1	2	0
	%	35.9	35.9	17.2	6.3	1.6	3.1	0.0
Igre na automatima	**N**	25	3	9	3	3	15	6
	%	39.1	4.7	14.1	4.7	4.7	23.4	9.4
Rulet	**N**	24	8	2	4	3	14	9
	%	37.5	12.5	3.1	6.3	4.7	21.9	14.1
Klađenje na virtualne utrke	**N**	37	8	8	3	2	5	1
	%	57.8	12.5	12.5	4.7	3.1	7.8	1.6

Osim navedenog ispitanici su procijenili modalitet igranja kockarskih igara, tj. jesu li ili nisu i koje su kockarske igre igrali preko interneta i mobilnih aplikacija. U Tablici 14. prikazana je frekvencija zastupljenosti igranja kockarskih igara putem interneta ili mobilnih aplikacija.

Tablica 14. Frekvencija zastupljenosti igranja putem interneta ili mobilnih aplikacija (N=64)

Igranje putem interneta ili mobilnih aplikacija	**DA** (93.8%)	**NE** (6.3%)
Ako da...	**N**	**%**
1. Sportsko klađenje	36	56.3
2. Lutrijske igre (loto i slično)	5	7.8
3. Automati	9	14.1
4. Rulet	9	14.1
5. Kartaške igre	14	21.9

Većina se ispitanika, njih 93.8%, kockala putem interneta ili mobilnih aplikacija. Pri tome je najčešće zastupljeno sportsko klađenje u 56.3% ispitanika, potom kartaške igre 21.9% ispitanika, zatim rulet i automati 14.1%, te lutrijske igre 7.8%.

Iz Tablice 15. koja prikazuje obilježja kockanja, možemo dobiti uvid u proces razvoja patološkog kockanja. Najmanji broj godina prvog kockanja je 12, a najveći 50 godina, dok je prosječna dob prvog kockanja 19.86 godina. Najmanje godine početka redovitog kockanja prema samoiskazu naših ispitanika su 13, a najveće 54 godine, dok je prosječna dob početka redovitog kockanja 23.66 godine. Promotrimo li činjenicu da je prosječna dob shvaćanja problema kockanja 29.35 godina, onda možemo primijetiti da je od prosječne godine prvog kockanja (19.86) do shvaćanja problema kockanja naših ispitanika prošlo približno deset godina. Potrebno je istaknuti da je bilo potrebno još približno 3 godine od shvaćanja problema kockanja kako bi ispitanici potražili pomoć, s obzirom na to da su prosječne godine prvog traženja pomoći 32.33.

Tablica 15. Obilježja kockanja

	N	Min	Max	M	SD
Godine prvog kockanja	63	12	50	19.86	7.20
Godine početka redovitog kockanja	64	13	54	23.66	8.59
Godine shvaćanja problema kockanja	63	16	65	29.35	9.93
Najveći izgubljeni iznos jednog kockanja	64	500 kn	300.000 kn	31.193,75 kn	53.803,27 kn
Najveći osvojen iznos u jednom danu	64	15 kn	600.000 kn	60.050,91 kn	109.750,05 kn
Godine prvog traženja pomoći	64	16	65	32.48	10.04

Legenda: **N**=ukupan broj; **Min**=minimum; **Max**=maximum; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija

I kroz financijske dobitke i gubitke možemo pratiti obilježja patološkog kockanja. Među našim ispitanicima veliki je raspon dobitaka, odnosno gubitaka. Najveći izgubljeni iznos tijekom jednog kockanja je od 500 do 300.000 kuna, a najveći osvojen iznos u jednom danu je od 15 do 600.000 kuna. Nadalje, u Tablici 16. vidimo koliko je ispitanika prema vlastitoj samoprocjeni kockanjem osvojilo veliki iznos novca. Svega 4.7% nije nikada i 4.7% jednom je osvojilo veliki iznos novca kockanjem. Možemo primijetiti da je velika većina ispitanika, njih 90.6%, nekoliko puta ili puno puta osvojila veliki iznos novca kockanjem. Potrebno je uzeti u obzir da je riječ o samoprocjeni, te da metodološki izazov tog područja leži u činjenici da je proces kodiranja dobitaka i gubitaka podložan kognitivnim distorzijama, pogotovo selektivnom pamćenju koje

je ranije opisano u uvodnom dijelu ovog rada, zbog čega navedene rezultate moramo shvatiti s rezervom i služe kao okvirni pokazatelj. Neovisno o nekom objektivnom kriteriju, već iz subjektivne percepcije igrača, navedeno govori u prilog tome koliko veliki adiktivni potencijal ima osvajanje velikih iznosa novca („big wins“).

Tablica 16. Frekvencija samoprocjene osvajanja velikog iznosa novca kockanjem (N=64)

Nikada	Jedanput	Nekoliko puta	Puno puta
4.7%	4.7%	54.7%	35.9%

Ispitanike smo također upitali jesu li pretežito kockali sami ili u društvu i smatraju li se profesionalnim kockarima. U Tablici 17. prikazana je frekvencija samoprocjene ispitanika o načinu kako su kockali i smatraju li se profesionalnim kockarima. Pritom, 93.8% ispitanika iznijelo je da je pretežito kockalo samo i 90.6% ispitanika ne smatra sebe profesionalnim kockarom. Ranije su navedeni razlozi zašto ljudi kockaju, stoga ako uzmemo u obzir činjenicu da je većina patoloških kockara u KLOK-u kockala preko interneta i mobilnih aplikacija te da su kockali sami, navedeno govori u prilog tome da bi prevagu u podlozi njihovog kockanja mogli imati ekonomski razlozi, osobni razlozi (kognitivni i mentalno zdravlje) te okolišni razlozi poput dostupnosti i pristupačnosti.

Tablica 17. Frekvencija samoprocjene o načinu kockanja (N=64)

Način kockanja		
Pretežito sam	93.8%	
Pretežito u društvu	6.3%	
Profesionalni kockar	**DA**(9.4%)	**NE**(90.6%)

Osim financijskih dobitaka i gubitaka koje smo ranije opisali, patološki su kockari skloni i financijskim problemima vezanim uz kockanje. U Tablici 18. istaknute su određene radnje koje su prema samoiskazu primjenjivali naši ispitanici kako bi kockali, zbog kockarskih problema ili kako bi isplatili dugove uzrokovane kockanjem u posljednjih godinu dana.

Tablica 18. Frekvencija samoprocjene korištenih radnji za rješavanje financijskih problema uzrokovanih kockanjem u posljednjih godinu dana (N=62)

Radnja	NE(%)	DA(%)
1. Prodali zlato ili neke druge vrijednosti	72.6	27.4
2. Prestali plaćati stambeni kredit	93.5	6.5
3. Prestali plaćati kredit za auto ili neki drugi kredit (osim stambenog)	85.5	14.5
4. Prestali plaćati račune za režije ili tekuće mjesečne obveze	72.6	27.4
5. Digli kredit u banci	67.7	32.3
6. Digli kredit u štednoj zadruzi	93.5	6.5
7. Posudili novac od prijatelja	50.0	50.0
8. Posudili novac od kamatara	85.5	14.5

Prema rezultatima ispitanici su da bi kockali, radi kockarskih problema ili kako bi isplatili dugove uzrokovane kockanjem, najčešće posuđivali novac od prijatelja, njih 50.0%. Na taj način vidimo da financijski problemi patološkog kockara posredno mogu postati financijski problemi kockaru bliskim osobama što rezultira ne samo negativnim ekonomskim posljedicama, nego i problemima u odnosima, kako unutar članova obitelji tako i šire. Nakon toga najčešće su dizali kredit u banci (32.3% ispitanika), zatim su prestali plaćati račune za režije ili tekuće mjesečne obveze (27.4%). Navedene radnje neposredno mogu uzrokovati pogoršanje obiteljskih relacija i nižu razinu kvalitete obiteljskog života. Nadalje, 27.4% ispitanika prodalo je zlato ili neke druge vrijednosti. Potom, jednak je postotak ispitanika (14.5%) koji su prestali plaćati kredit za auto ili neki drugi kredit i posudili novac od kamatara, gdje je s obzirom na nepovoljnije uvjete kreditiranja moguć još brži i veći razvoj financijskih problema. Najmanji postotak ispitanika prestao je plaćati stambeni kredit (6.5%). Iz svega navedenog možemo pretpostaviti kako financijski problemi mogu utjecati na povećanje broja „značajno zabrinutih drugih osoba“.

4.3. Konzumacija sredstava ovisnosti

Uz patološko kockanje često se javljaju i drugi psihijatrijski komorbiditeti, od kojih su najčešći druge bolesti ovisnosti (55, 56), što može imati značajan utjecaj na kliničku sliku i terapijski ishod. Kako bismo dobili uvid u navedeno, primijenili smo upitnik o konzumaciji sredstava ovisnosti koji je mjera samoiskaza o učestalosti konzumacije sredstava ovisnosti u posljednjih godinu dana.

Tablica 19. Ček-lista učestalosti konzumacije sredstava ovisnosti u posljednjih godinu dana (N=63)

SREDSTVO OVISNOSTI		Ne u posljednjih godinu dana	Manje od jednom mjesečno	1-3 dana mjesečno	1-2 dana tjedno	3-6 dana tjedno	Svako-dnevno
1. Pušenje duhana	**N**	21	4	2	1	1	34
	%	33.3	6.3	3.2	1.6	1.6	54.0
2. Pijenje alkohola	**N**	14	17	20	9	4	0
	%	21.9	26.6	31.3	14.1	6.3	0.0
3. Pušenje marihuane ili hašiša	**N**	54	7	0	1	1	0
	%	85.7	11.1	0.0	1.6	1.6	0.0
4. Konzumiranje neke druge droge	**N**	61	2	0	0	0	0
	%	96.8	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0

Iz Tablice 19. možemo vidjeti koliko ispitanika i koliko učestalo puši cigarete, pije alkohol, puši kanabinoide ili konzumira neku drugu vrstu droge. 33.3% ispitanika ne puši duhan uopće, 57.2% puši na redovitoj bazi, a od toga 54.0% puši na svakodnevnoj bazi. Za razliku od konzumiranja duhana niti jedan ispitanik ne pije alkohol na svakodnevnoj bazi, no jednom do 6 puta tjedno pije 20.4% ispitanika. 21.9% ispitanika ne pije uopće. Što se tiče kanabinoida, 85.7% ispitanika ne puši uopće, a jednom do 6 puta tjedno puši svega 3.2% ispitanika. Druge droge ne konzumira 96.8% ispitanika, a svega 3.2% konzumira ih manje od jednom mjesečno. Rezultati ukazuju da je 54% članova KLOK-a ovisno o duhanu. Što se tiče konzumacije alkohola, 14.1% ispitanika pije alkohol 1 – 2 dana u tjednu i 6.3% pije alkohol 3 – 6 dana u tjednu (ukupno 20.4%). Bez obzira na to što primijenjeni upitnik nije visoko specifičan za procjenu ovisnosti i štetne uporabe alkohola, usporedivši rezultate s istraživanjem Bodora (210) prema kojem 20.4% članova KLOK-a pije alkohol na štetnoj razini, vidimo da jednak postotak članova KLOK-a i u našem istraživanju zloupotrebljava alkohol.

4.4. Kockanje i simptomi ovisnosti u posljednjih mjesec dana

U skladu sa specifičnosti tretmana u KLOK-u, koja uključuje heterogenost članova po pitanju duljine trajanja terapijskog procesa, potrebno je istaknuti da su u prvoj točki mjerenja članovi KLOK-a već bili određeno vrijeme u terapijskom procesu. Kako bismo dobili što bolju sliku o učinku psihosocijalnog tretmana KLOK-a, ispitanike smo u prvoj točki mjerenja upitali vezano

za pojedine aspekte psihosocijalnog funkcioniranja za period unazad mjesec dana s ciljem da se iste varijable usporede s rezultatima druge točke mjerenja. Prva ispitana varijabla bila je apstinencija od kockarskih igara. Ispitanici su odgovorili na pitanje jesu li kockali unazad mjesec dana i koje su igre na sreću igrali. U Tablici 20. prikazano je koliko je ispitanika kockalo unazad mjesec dana i koje su kockarske igre igrali.

Tablica 20. Samoiskaz kockanja unazad mjesec dana (N=64)

Jeste li kockali unazad mjesec dana?	**DA** 14(21.9%)	**NE** 50(78.1%)
Ako da...	**N**	
1. Kartanje za novac s prijateljima	1	
2. Kartaške igre u casinu	1	
3. Sportsko klađenje	8	
4. Lutrijske igre (loto, Eurojackpot i sl.)	5	
5. TV Bingo	0	
6. Jednokratne srećke	2	
7. Igre na automatima	4	
8. Rulet	7	
9. Klađenje na virtualne igre	2	

Najveći broj ispitanika, njih 8, sportski se kladio, zatim 7 ispitanika igralo je rulet, 5 ispitanika igralo je lutrijske igre, a 4 igre na automatima. Kao što smo ranije naveli (Tablica 13., kockanje prije uključivanja u KLOK), opet su najadiktivnije igre bile i najzastupljenije. Izuzev lutrijskih igara koje je igralo 5 ispitanika, ostale su igre manje zastupljene, kod svega 0 – 2 ispitanika. S obzirom na to da je 14 ispitanika kockalo unazad mjesec dana, možemo tek posredno zaključiti o pozitivnom utjecaju tretmana u KLOK-u na održavanje apstinencije od kockanja.

S obzirom na to da smo ranije prikazali prisutnost ponašanja i osjećaja (simptoma) vezanih za ovisnost o kockanju kod naših ispitanika za period prije KLOK-a, radi uvida u aktualno stanje ispitanici su također u vidu samoiskaza iznosili prisutnost ponašanja i osjećaja vezanih za kockanje za period unazad mjesec dana. U Tablici 21. vidimo frekvencije odgovora ispitanika za samoprocjenu ponašanja i osjećaja (simptoma) unazad mjesec dana prema kriterijima za postavljanje dijagnoze od strane psihijatra modificiranih u formu samoiskaza.

Tablica 21. Frekvencije odgovora prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju – samoprocjena simptoma ovisnosti o kockanju unazad mjesec dana (N=58)

Tvrdnja	NE (%)	DA (%)
1. Jeste li imali potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	91.4	8.6
2. Jeste li osjećali nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	86.2	13.8
3. Jeste li imali ponovljena neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka kockanja?	82.8	17.2
4. Jeste li često bili zaokupljeni kockanjem (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	82.8	17.2
5. Jeste li ste često kockali kada ste se osjećali loše (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)	87.9	12.1
6. Nakon što ste na kocki izgubili novac, jeste li se često vraćali drugi dan da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	82.8	17.2
7. Jeste li lagali kako biste prikrili veličinu upletenosti u kockanje?	74.1	25.9
8. Jeste li ugrozili ili izgubili važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	87.9	12.1
9. Jeste li se oslanjali na druge kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	75.9	24.1

Možemo primijetiti da je laganje, kako bi se prikrilo veličinu upletenosti u kockanje, ostalo najzastupljeniji simptom, no za razliku od perioda prije KLOK-a, kad je bilo zastupljeno kod 96.9% ispitanika, sada je zastupljeno kod 25.9% ispitanika. Drugi je najzastupljeniji simptom oslanjanje na druge kako bi nabavili novac kojim bi si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem, kod 24.1% ispitanika. Najmanje zastupljeni simptom potreba je za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi se dostiglo željeno uzbuđenje (8.6%). Ostali simptomi zastupljeni su kod 12.1 – 17.2% ispitanika.

Tablica 22. Ukupni rezultati prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju unazad mjesec dana (N=58)

	N	Min	Max	M	SD
DSM-5 UKUPNI REZULTATI	58	.00	9.00	1.48	2.49

Legenda: **N**=ukupan broj; **Min**=minimum; **Max**=maximum; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija

Iz Tablice 22. možemo vidjeti raspon rezultata broja simptoma kod ispitanika unazad mjesec dana. Realan je raspon bodova kod ispitanika bio od 0 do 9, a aritmetička sredina bila je M=1.48 bodova. Potrebno je istaknuti da je aritmetička sredina prije uključivanja u KLOK bila M=7.11. Radi usporedbe izraženosti simptoma prije KLOK-a i unazad mjesec dana proveli smo Wilcoxonov test ranga. U Tablici 23. prikazana je razlika u izraženosti simptoma ovisnosti o kockanju prema DSM-5 između perioda prije KLOK-a i perioda unazad mjesec dana. Možemo vidjeti da postoji statistički značajna razlika između izraženosti simptoma prije KLOK-a i unazad mjesec dana (Z=-6.353; p=.000), iz čega zaključujemo da mjerom samoiskaza ispitanici za vrijeme tretmana u KLOK-u imaju manje izražene simptome ovisnosti o kockanju prema DSM-5 nego prije tretmana.

Tablica 23. Razlika u izraženosti simptoma kockanja prije KLOK-a i unazad mjesec dana

	M	SD	PR	Z	p
DSM-5 prije KLOK-a	7.03	1.92	29.92	-6.353	.000
DSM-5 unazad mjesec dana	1.48	2.49	3.50		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

Također, možemo primijetiti kakva je raspodjela ispitanika prema kategorijama ovisnosti o kockanju za period unazad mjesec dana. U Tablici 24. vidimo kako su naši ispitanici kategorizirani za period unazad mjesec dana. 81.0% ispitanika nije potvrdilo kriterije za ovisnost o kockanju, 8.6% potvrdilo je kriterije za blagu ovisnost, 5.2% za umjerenu i 5.2% za tešku ovisnost o kockanju. Navedeni rezultati govore u prilog smanjenju simptoma ovisnosti o kockanju za vrijeme tretmana u KLOK-u.

Tablica 24. Kategorizacija ovisnosti o kockanju prema DSM-5 skali unazad mjesec dana (N=58)

	N	%
BEZ OVISNOSTI O KOCKANJU	47	81.0
BLAGA OVISNOST O KOCKANJU	5	8.6
UMJERENA OVISNOST O KOCKANJU	3	5.2
TEŠKA OVISNOST O KOCKANJU	3	5.2

Posebnu ulogu unutar terapijskog procesa patoloških kockara ima spremnost na promjenu. Ona predstavlja razinu motivacije koju osoba ima za postizanje terapijskih efekata (32). Isti autori navode da je stupanj spremnosti na promjenu najbolji prediktor odustajanja od tretmana. Što je niža razina spremnosti na promjenu, to je veća vjerojatnost odustajanja od terapijskog procesa, odnosno što je viša razina spremnosti na promjenu, to je veća vjerojatnost završavanja terapijskog procesa. Ispitanici su samoprocjenom izrazili aktualni stupanj spremnosti na promjenu (apstinenciju) vezano za kockanje te su morali izabrati samo jednu tvrdnju koja najbolje opisuje njihovo trenutno stanje, što je istaknuto u Tablici 25.

Tablica 25. Frekvencija odgovora za pitanje o aktualnom stupnju promjene (N=62)

Tvrdnja	N	%
1. Nemam namjere mijenjati svoje kockanje	0	0.0
2. Ozbiljno razmišljam smanjiti ili prekinuti s kockanjem u narednih 6 mjeseci	7	11.3
3. Planiram smanjiti ili prekinuti kockanje u narednih mjesec dana	8	12.9
4. Već sam počeo smanjivati učestalost kockanja unazad 6 mjeseci	6	9.7
5. Već sam počeo smanjivati učestalost kockanja pred više od 6 mjeseci	1	1.6
6. U potpunosti sam prestao kockati unazad 6 mjeseci	8	12.9
7. U potpunosti sam prestao kockati pred više od 6 mjeseci	32	51.6

Vidimo da je većina ispitanika, njih 64.5%, u potpunosti prestala kockati unazad 6 mjeseci ili više. 24.2% ispitanika ozbiljno razmišlja ili planira smanjiti ili prekinuti kockanje u narednih 1 – 6 mjeseci, dok je 11.3% ispitanika već počelo smanjivati učestalost kockanja unazad 6 mjeseci ili više. Navedeno govori u prilog tome da većina ispitanika uspješno provodi terapijski proces

u KLOK-u. Također, vidimo da niti jedan ispitanik nije došao u KLOK bez namjere mijenjanja svojeg kockanja. Norcross, Krebs i Prochaska (211) iznijeli su 4 stadija spremnosti na promjenu: prekontemplacija (karakterizirana je nedostatkom intencije za promjenom i nedostatkom uvida prema problemu), kontemplacija (nastupa kad osoba dobije uvid u problematičnost vlastitog ponašanja), akcija (kad osoba aktivno mijenja svoje ponašanje) i održavanje (kad osoba dugotrajno održava promjene ponašanja i prevenira relapse). Prema raspodjeli rezultata možemo zaključiti da je većina naših ispitanika prema samoprocjeni u 3. i 4. stadiju spremnosti na promjenu. Također, potrebno je istaknuti da su ispitanici u KLOK-u u različitim fazama terapijskog procesa. Takav vid „terapijske heterogenosti“ daje razne mogućnosti za razvoj grupne dinamike gdje članovi, koji su već duže vrijeme u apstinenciji, služe novim članovima kao primjer uspješnog provođenja terapijskog procesa, a mlađi članovi podsjećaju starije članove na probleme su nadišli kako bi i dalje održavali apstinenciju.

4.5. Problemi psihičkog zdravlja

Kao posljedica problema koji nastaju kao produkt patološkog kockanja, mogu biti izraženi različiti simptomi psihičkog zdravlja. Za istraživanje je posebno značajno ispitati probleme psihičkog zdravlja unazad mjesec dana jer je to period kada je većina ispitanika već određeno vrijeme uključena u terapijski proces, no također nas je zanimalo koje su probleme psihičkog zdravlja ispitanici imali tijekom života. Ispitanici su samoprocjenjivali probleme psihičkog zdravlja na način da su iznosili jesu li imali značajan period u kojem su osjećali specifične simptome tijekom života i u posljednjih mjesec dana. U Tablici 26. prikazana je ček-lista simptoma psihičkog zdravlja.

Tablica 26. Ček-lista simptoma psihičkog zdravlja (N=64)

	Tijekom života		U posljednjih mjesec dana	
	NE N(%)	**DA** N(%)	**NE** N(%)	**DA** N(%)
1. Osjećaj depresivnosti	22 (34.4)	42 (65.6)	49 (76.6)	15 (23.4)
2. Osjećaj tjeskobe	16 (25.0)	48 (75.0)	45 (70.3)	19 (29.7)
3. Halucinacije	61 (95.3)	3 (4.7)	64 (100.0)	0 (0.0)
4. Problemi s koncentracijom	21 (32.8)	43 (67.2)	41 (64.1)	23 (35.9)
5. Problemi s pamćenjem	41 (64.1)	23 (35.9)	51 (79.7)	13 (20.3)
6. Problemi s prejedanjem	40 (62.5)	24 (37.5)	52 (81.3)	12 (18.8)
7. Pretjerani seksualni porivi	40 (62.5)	24 (37.5)	52 (81.3)	12 (18.8)
8. Problemi s kontrolom nasilnog ponašanja	41 (64.1)	23 (35.9)	56 (87.5)	8 (12.5)
9. Suicidalne ideje	43 (67.2)	21 (32.8)	63 (98.4)	1 (1.6)
10. Pokušaj suicida	56 (88.9)	7 (11.1)	64 (100.0)	0 (0.0)

Možemo primijetiti da je kod ispitanika samoprocjenom najzastupljeniji simptom tijekom života bio osjećaj tjeskobe (75.0%), pa problemi s koncentracijom (67.2%) i zatim osjećaj depresivnosti (65.6%). Za period od unazad mjesec dana najzastupljeniji simptomi su problemi s koncentracijom (35.9%), zatim osjećaj tjeskobe (29.7%) pa osjećaj depresivnosti (23.4%). Za razliku od izraženosti simptoma tijekom života gdje je ¾ ispitanika imalo izražen osjećaj tjeskobe i više od 2/3 ispitanika imalo izražen osjećaj depresivnosti i probleme s koncentracijom, unazad mjesec dana, svega 1/3 ispitanika ima izražene probleme s koncentracijom, manje od 1/3 imalo je osjećaj tjeskobe i manje od ¼ imalo je osjećaj depresivnosti. Period unazad mjesec dana predstavlja vrijeme provedeno unutar terapijskog procesa u KLOK-u i ukazuje na simptome psihičkog zdravlja s kojima se susreću terapeuti za vrijeme grupne terapije.

Nadalje, najrjeđe prisutni simptomi tijekom života ujedno su i najteži psihički simptomi koje smo ispitivali, a to su redom: halucinacije kod 4.7% ispitanika, pa pokušaj suicida kod 11.1% i suicidalne ideje kod 32.8% ispitanika. Za period unazad mjesec dana, vezano za navedene simptome, vidimo da je svega jedan ispitanik imao izražene suicidalne ideje.

4.6. Kognicija vezana uz kockanje

Ranije smo naveli da kognitivni obrasci imaju važan utjecaj u kockarskim aktivnostima patoloških kockara. Vjerovanje kockara u vlastite sposobnosti, da je moguće utjecati na ishod u igrama na sreću samo je po sebi kontradiktorno s obzirom na to da su ishodi u igrama na sreću objektivno nekontrolirajući, što i sam zakon o igrama na sreću navodi, odnosno da dobitak ili gubitak ovisi pretežito o slučaju ili nekom drugom neizvjesnom događaju (23). Igre na sreću razlikuju se po modalitetima igranja, stoga se u istraživanju poseban naglasak stavio na percepciju koju ispitanici imaju o važnosti znanja/vještina i sreće za uspješan ishod u igrama na sreću, što je prikazano u Tablici 27.

Tablica 27. Važnost znanja/vještina naspram sreće za uspješan ishod u igrama na sreću (%)

KOCKARSKA IGRA	Ishod ovisi isključivo o znanju/vještini		Ishod podjednako ovisi o znanju/vještini i sreći		Ishod ovisi isključivo o sreći
1. Sportsko klađenje	4.7	1.6	53.1	9.4	31.3
2. Igre na automatima	0.0	1.6	3.1	1.6	93.8
3. Loto	0.0	0.0	3.1	0.0	96.9
4. Jednokratne srećke	0.0	0.0	1.6	1.6	96.9
5. Rulet	0.0	1.6	17.2	7.8	73.4
6. Igre s kockicama	1.6	1.6	6.3	1.6	88.9
7. Kartanje - poker	15.6	12.5	32.8	9.4	29.7
8. Kartanje - Blackjack	7.9	3.2	39.7	4.8	44.4

Prema rezultatima možemo vidjeti da loto, igre na automatima i igre s kockicama nisu prihvaćene kao igre gdje znanje/vještine imaju važnu ulogu za uspješnost u ishodu. Nasuprot tomu preko 90% ispitanika smatra da je za uspješan ishod u tim igrama potrebna sreća. S druge strane distribucija rezultata značajno je različita za neke druge igre. Oko 50% sudionika smatra da znanje/vještina i sreća imaju podjednaku ulogu za uspješnost u ishodu kod sportskog klađenja, dok gotovo 5% smatra da su za uspješan ishod sportskog klađenja bitni isključivo

znanje/vještina. Takav rezultat govori u prilog izraženoj iluziji kontrole. Što se ruleta tiče, oko 17% ispitanika smatra da su za uspjeh jednako bitni znanje/vještina i sreća. Te kognitivne distorzije, vezano uz značaj vještine, odnosno sreće, od velike su važnosti kako bi razumjeli trajnost kockarskih aktivnosti jer one doprinose kockarskoj motivaciji da poboljšaju kockarsko znanje i vještine u pokušajima kontroliranja ishoda igre. U tom smislu kartaške su igre od posebnog značaja u našim rezultatima, jer je određena doza znanja potrebna za igranje tih igara. Činjenica da gotovo 30% ispitanika vjeruje da isključivo znanje/vještine određuju ishod u pokeru vrlo je opasna jer vodi k značajnoj iluziji kontrole.

4.7. Ponašanje i simptomi patoloških kockara

S ciljem da što sveobuhvatnije procijenimo široku paletu međuigre psihičkog i socijalnog funkcioniranja, primijenili smo upitnik BASIS-24. Uz dosad navedene varijable ispitanici su procjenjivali svoje ponašanje i osjećaje za period unazad tjedan dana od trenutka ispunjavanja upitnika. Time smo dobili uvid u intenzitet izraženosti problema uzrokovanih kockanjem. U Tablici 28. možemo vidjeti frekvencije odgovora za pojedina ponašanja i simptome naših ispitanika.

Tablica 28. Frekvencije odgovora ponašanja i simptoma prema upitniku BASIS-24 (N=64)

KATEGORIJE	Tvrdnja: Tijekom prošlog tjedna, koliko teško i zahtjevno Vam je bilo...		Uopće nije bilo teško	Malo je bilo teško	Umjereno je bilo teško	Prilično je bilo teško	Jako je bilo teško
DEPRESIJA I FUNKCIONIRANJE	**1. ...nositi se sa svakodnevnim životom?**	N %	28 43.8	13 20.3	11 17.2	9 14.1	3 4.7
	2. ...nositi se s problemima u životu?	N %	22 34.4	16 25.0	13 20.3	9 14.1	4 6.3
	3. ...koncentrirati se?	N %	32 50.0	15 23.4	7 10.9	7 10.9	3 4.7
	Tvrdnja: Tijekom prošlog tjedna, koliko vremena ste se...		**Nimalo vremena/ Uopće nisam**	**Malo vremena**	**Polovicu vremena**	**Većinu vremena**	**Sve vrijeme/uvijek**
	4. ...osjećali sigurno u sebe?	N %	4 6.3	8 12.5	13 20.3	23 25.9	16 25.0
	5. ...osjećali tužno ili depresivno?	N %	30 46.9	19 29.7	10 15.6	4 6.3	1 1.6
	6. ...osjećali nervozno?	N %	17 26.6	27 42.2	10 15.6	8 12.5	2 3.1
ODNOSI	**7. ...dobro slagali s članovima Vaše obitelji?**	N %	2 3.1	7 10.9	5 7.8	38 59.4	12 18.8
	8. ...dobro slagali s ljudima izvan obitelji?	N %	2 3.1	8 12.5	7 10.9	39 59.3	9 14.1
	9. ...imali dobre odnose u društvenim situacijama?	N %	3 4.7	8 12.5	4 6.3	39 60.9	10 15.6
	10. ...osjećali blisko s drugom osobom?	N %	5 7.8	7 10.9	8 12.5	26 40.6	18 28.1
	11. ...osjećali da se imate kome obratiti ako vam je potrebna pomoć?	N %	3 4.7	12 18.8	8 12.5	12 18.8	29 45.3

SAMOOZLJEĐIVANJE	**12. ...mislili okončati svoj život?**	N %	58 90.6	6 9.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	Tvrdnja: Tijekom prošlog tjedna, koliko često ste...		**Nikada**	**Rijetko**	**Ponekad**	**Često**	**Uvijek**
	13. ...mislili o tome da se ozlijedite?	N %	58 90.6	4 6.3	2 3.1	0 0.0	0 0.0
EMOCIONALNA LABILNOST	**14. ...imali misli koje su same jurile kroz Vašu glavu?**	N %	11 17.2	18 28.1	22 34.4	12 18.8	1 1.6
	15. ...imali promjene raspoloženja?	N %	10 15.6	31 48.4	14 21.9	7 10.9	2 3.1
	16. ...osjećali razdražljivo i da ćete lako planuti?	N %	20 31.3	23 35.9	11 17.2	7 10.9	3 4.7
PSIHOZA	**17. ...mislili da imate posebne moći?**	N %	56 87.5	5 7.8	2 3.1	0 0.0	1 1.6
	18. ...čuli glasove ili vidjeli stvari?	N %	63 98.4	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	19. ...mislili da vas ljudi gledaju?	N %	48 75.0	10 15.6	4 6.3	2 3.1	0 0.0
	20. ...mislili da su drugi ljudi protiv vas?	N %	49 76.6	7 10.9	6 9.4	2 3.1	0 0.0
UPORABA SREDSTAVA OVISNOSTI	**21. ...imali potrebu piti alkohol?**	N %	50 78.1	10 15.6	3 4.7	1 1.6	0 0.0
	22. ...je netko razgovarao s vama o vašem pijenju ili konzumiranju droga?	N %	55 85.9	5 7.8	3 4.7	1 1.6	0 0.0
	23. ...pokušali sakriti svoje pijenje ili konzumiranje droge?	N %	57 89.1	4 6.3	1 1.6	2 3.1	0 0.0
	24. ...ste imali problema zbog pijenja ili konzumiranje droga?	N %	61 95.3	2 3.1	1 1.6	0 0.0	0 0.0

Rezultate možemo promatrati prema 6 različitih kategorija koje BASIS-om ispitujemo za posljednjih tjedan dana.

Prva je kategorija depresija/funkcioniranje. Vidimo da je većina ispitanika, njih 64.1%, bila malo ili joj uopće nije bilo teško i zahtjevno nositi se sa svakodnevnim životom, 59.4% ispitanika procijenilo je da im je bilo malo ili im uopće nije bilo teško i zahtjevno nositi se sa životnim problemima, a 73.4% ispitanika procijenilo je da im je bilo malo teško i zahtjevno ili nije uopće bilo teško i zahtjevno koncentrirati se. Od 15.6 do 20.4% ispitanika procijenilo je da im je bilo prilično i jako teško ili zahtjevno nositi se sa svakodnevnim životom, životnim problemima ili koncentrirati se. Nadalje, 50.9% ispitanika osjećalo se sigurno u sebe većinu vremena ili cijelo vrijeme tijekom proteklog tjedna. Tek se 18.8% ispitanika nimalo ili malo vremena osjećalo sigurno u sebe. U skladu se s time tužno ili depresivno nimalo ili malo vremena osjećalo 76.6% ispitanika, a svega se 7.9% većinu vremena ili sve vrijeme tako osjećalo. 68.8% ispitanika se nimalo ili malo vremena tijekom prošlog tjedna osjećalo nervozno, a 15.6% ispitanika osjećalo se nervozno većinu ili sve vrijeme.

Sljedeća su kategorija koju su ispitanici upitnikom procjenjivali, odnosi. 78.2% ispitanika se tijekom prošlog tjedna većinu ili sve vrijeme slagalo s članovima obitelji, dok se uopće ili malo vremena nije slagalo s članovima obitelji 14% ispitanika. Slično tomu, 73.4% ispitanika se većinu ili sve vrijeme slagalo s ljudima izvan obitelji, a uopće ili malo vremena nije se slagalo s ljudima izvan obitelji 15.6% ispitanika. Nadalje, 76.5% ispitanika je većinu ili sve vrijeme imalo dobre odnose u društvenim situacijama, dok je 17.2% uopće ili malo vremena imalo dobre odnose u društvenim situacijama. Jednako tako većina ispitanika, njih 68.7%, većinu se vremena ili sve vrijeme osjećala blisko s drugom osobom, dok se 18.7% nije uopće ili se malo vremena osjećalo blisko s drugom osobom. Većinu je vremena ili sve vrijeme 64.1% ispitanika osjećalo da se ima kome obratiti ako im je potrebna pomoć, a njih se 23.5% uopće ili malo vremena osjećalo da se imaju kome obratiti ako im je potrebna pomoć.

Što se tiče kategorije samoozljeđivanja, 90.6% ispitanika izjasnilo se da nimalo vremena nisu mislili okončati svoj život, a 9.4% malo vremena mislilo je okončati svoj život. 90.6% nimalo vremena nije mislilo ozlijediti se, a rijetko i ponekad mislilo je 9.4% ispitanika.

Naredna kategorija koju su ispitanici procjenjivali, bila je emocionalna labilnost. Većina ispitanika, njih 45.3%, procijenilo je da su nikada ili rijetko imali misli koje su same jurile kroz glavu, 34.4% imalo je ponekad, 18.8% imalo je često, a svega je jedan ispitanik procijenio da je uvijek imao takve misli. 64% ispitanika procijenilo je da je unazad tjedan dana nikada ili

rijetko imalo promjene raspoloženja, 21.9% imalo je ponekad, a 14% imalo je često ili uvijek. Svega 15.6% ispitanika procijenilo je da se često ili uvijek osjećalo razdražljivo i da će lako planuti, 17.2% tako se osjećalo ponekad, a većina ispitanika, 67.2%, tako se osjećala nikada ili rijetko.

Nadalje, ispitanici su procjenjivali simptome iz kategorije psihoze. 95.3% ispitanika unazad tjedan dana nije mislilo da ima posebne moći, a svega je 4.7% to mislilo ponekad ili uvijek. Tek je jedan ispitanik rijetko čuo glasove ili vidio stvari. 90.6% ispitanika je nikada ili rijetko mislilo da ih ljudi gledaju, 6.3% mislilo je povremeno da ih ljudi gledaju, a 3.1% mislilo je to često. Također, najviše ispitanika, 87.5%, nije mislilo da su drugi ljudi protiv njih, 9.4% ponekad je smatralo da su drugi ljudi protiv njih, a 3.1% to je smatralo često.

Posljednja kategorija koju su ispitanici procjenjivali, uporaba je sredstava ovisnosti. 93.7% ispitanika nikada ili rijetko imalo je potrebu piti alkohol, 4.7% imalo je potrebu piti ponekad, a svega je jedan ispitanik imao potrebu piti često. S 93.7% ispitanika, nikada ili rijetko netko je razgovarao o njihovom pijenju ili konzumiranju droga, s 4.7% netko je razgovarao ponekad, sa samo jednim ispitanikom netko je razgovarao često. Nadalje, pijenje i konzumiranje droge je unazad tjedan dana rijetko ili nikad pokušalo sakriti 95.4% ispitanika, a 4.7% pokušalo je sakriti ponekad ili često. Samo je jedan ispitanik procijenio da je ponekad imao problema zbog pijenja ili konzumiranja droga, 3.1% imalo je rijetko, a 95.3% nikada nije imalo problema.

Rezultate koje smo dobili vezano za svih šest kategorija, te ukupni rezultat BASIS-a koji predstavlja sve simptome i ponašanje koje su ispitanici procijenili, usporedili smo s rezultatima inozemnih istraživanja koja su se odnosila na određenu populaciju ovisnika o psihoaktivnim tvarima, depresivnim i anksioznim pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolnički liječenim pacijentima svih dijagnostičkih kategorija kao i na opću populaciju, s obzirom na to da, koliko je autoru rada poznato, BASIS-24 nije korišten kod populacije ovisnika o kockanju. U Tablici 29. vidimo rezultate upitnika naših ispitanika kao i navedenih populacija inozemnih istraživanja prema pojedinim kategorijama koje upitnik ispituje, kao i ukupnu vrijednost BASIS-a izražene u medijanima, aritmetičkim sredinama i standardnim devijacijama.

Tablica 29. Mjere centralnih vrijednosti pojedinih kategorija i ukupnog BASIS-a ispitanika u KLOK-u i u inozemnim istraživanjima

BASIS-24		Opća populacija N=625 (Cameron i sur. 2007)	Populacija PZZ N=92 (Cameron i sur. 2007)	Hospitalizirani pacijenti N=326 (Cameron i sur. 2007)	Ovisnici o alkoholu i drogama N=257 (Eisen i sur. 2007)	Ovisnici o drogama N=50 (Goodhew i sur. 2016)	KLOK N=64
Depresija/funkcioniranje	M	/	/	/	1.30	2.64	1.15
	SD	/	/	/	1.10	1.00	0.97
	Med	0.67	2.00	3.00	/	/	0.92
Odnosi	M	/	/	/	1.15	2.78	1.3
	SD	/	/	/	1.08	0.87	0.85
	Med	0.60	1.40	2.20	/	/	1.08
Autoagresija	M	/	/	/	0.23	1.62	0.11
	SD	/	/	/	0.59	0.89	0.30
	Med	0.00	0.00	1.50	/	/	0.00
Emocionalna labilnost	M	/	/	/	1.43	2.78	1.35
	SD	/	/	/	1.17	1.01	0.93
	Med	1.33	1.33	2.17	/	/	1.11
Psihoza	M	/	/	/	0.49	2.01	0.31
	SD	/	/	/	0.86	1.05	0.45
	Med	0.00	0.25	1.25	/	/	0.00
Zlouporaba sredstava ovisnosti	M	/	/	/	1.12	3.03	0.19
	SD	/	/	/	1.11	0.62	0.40
	Med	0.00	0.00	0.75	/	/	0.00
Ukupni rezultat	M	/	/	/	1.13	2.59	0.96
	SD	/	/	/	0.86	0.79	0.64
	Med	0.54	1.19	2.08		/	0.76

Legenda: **N**=ukupan broj ispitanika; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **Med**=medijan; **PZZ**=primarna zdravstvena zaštita

Cameron i sur. (212) u svom su radu prikazali razlike u medijanima po kategorijama i ukupni medijan BASIS-a između skupine hospitaliziranih psihijatrijskih pacijenata, koju čine temeljno pacijenti s dijagnozom poremećaja iz shizofrenog spektra, pacijenti koji se liječe radi bipolarnog afektivnog poremećaja, i pacijenti s depresivnim i anksioznim poremećajem, s pacijentima koji se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) liječe gotovo isključivo radi depresivnog i anksioznog poremećaja te s općom populacijom. Usporedimo li iste medijane BASIS-a ispitanika u KLOK-u s medijanima navedenih populacija, možemo primijetiti da je za kategoriju depresija/funkcioniranje medijan ispitanika u KLOK-u 0.92, za populaciju PZZ je 2.0, za hospitalizirane pacijente je 3.0, a za opću populaciju medijan je 0.67. Iz navedenog vidimo da su naši ispitanici procijenili manju izraženost simptoma i ponašanja u kategoriji depresija/funkcioniranje od pacijenata koji se u PZZ liječe radi depresivnog i anksioznog poremećaja, i onih koji su hospitalizirani na psihijatrijskim klinikama, no iznos je veći od opće populacije iz navedenog istraživanja. U kategoriji odnosa medijan naših ispitanika veći je od opće populacije, a manji od skupine PZZ i hospitaliziranih psihijatrijskih pacijenata. Jednako je tako raspoređen odnos rezultata za ukupan medijan BASIS-a. Što se tiče kategorije autoagresije, psihoze i zlouporabe sredstava ovisnosti medijan naših ispitanika odgovara medijanu opće populacije navedenog inozemnog istraživanja. Medijan je kategorije emocionalne labilnosti 1.11, što je manje od svih navedenih skupina u istraživanju Cameron i sur. (212).

Goodhew i sur. (213) prikazali su aritmetičke sredine pojedinih kategorija i ukupnog BASIS-a kod ovisnika o drogama koji koriste medicinski supervizirani centar za legalnu intravensku primjenu droga pod nadzorom zdravstvenih djelatnika. Tek je 24% ispitanika navedenog istraživanja istaknulo da su trenutno u nekakvom tretmanu za mentalno zdravlje. Vidljivo je da su aritmetičke sredine svih kategorija, kao i ukupnog BASIS-a, značajno više u odnosu na aritmetičke sredine naših ispitanika.

Nadalje, Eisen i sur. (214) također su prikazali aritmetičke sredine kategorija i ukupnog BASIS-a za ovisnike o alkoholu i drogama koji su se liječili u vanbolničkom režimu. Možemo primijetiti da su vrijednosti kategorija, kao i ukupnog BASIS-a, tek blaže više od aritmetičkih sredina naših ispitanika, izuzev kategorije odnosa koja je viša kod naših ispitanika. Ova skupina pacijenata ima vrijednosti BASIS-a najbliže našim ispitanicima, što možemo povezati s činjenicom da je riječ o pacijentima koji se liječe radi patološkog entiteta iz kruga bolesti ovisnosti kao i naši ispitanici.

4.8. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana

Kako bismo mogli ispitati razlike u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci, usporedili smo pojedina psihološka i socijalna obilježja funkcioniranja ispitanika koji su bili uključeni u tretman KLOK-a u dvije vremenske točke. U svrhu toga, da bismo zahvatili psihosocijalno funkcioniranje kao široki konstrukt međudjelovanja psihološkog i socijalnog funkcioniranja, ispitali smo niz varijabli, odnosno konstrukata:

- samoiskaz učestalosti kockanja unazad mjesec dana
- aktualni stupanj spremnosti na promjenu vezano za kockanje
- ukupan rezultat samoprocjene ovisnosti o kockanju prema DSM-5 kriterijima unazad mjesec dana
- kockarske kognitivne distorzije
- stavove o kockanju
- simptome i ponašanja unazad tjedan dana prema skali BASIS-24, te
- konzumaciju psihoaktivnih tvari.

U drugoj točki mjerenja sudjelovalo je N=36 ispitanika koje je bilo moguće šifrom upariti s ispitanicima iz prve vremenske točke. Stoga, u drugoj vremenskoj točki sudjelovalo je 56% ispitanika prve vremenske točke. Svega je jedan ispitanik ženskog spola (m=97.2%; ž=2.8%), a raspon dobi ispitanika kreće se od 21 do 52 godine, dok je prosječna dob bila M=35.78 (SD=8.64). Što se bračnog, odnosno partnerskog statusa tiče, najveći je broj ispitanika u braku ili izvanbračnoj zajednici (58.3%), 19.4% je u vezi, ali ne žive zajedno, a samo (nikad u braku) živi 22.2% ispitanika. Također, možemo vidjeti da 41.7% ispitanika ima djecu, 75% redovito je zaposleno, 8.3% povremeno je zaposleno, 5.6% su studenti, a nezaposleno je 11.1% ispitanika. Potrebno je istaknuti da je u drugoj vremenskoj točki bilo 28 ispitanika manje. Na temelju razgovora s voditeljima KLOK-a bilo je moguće identificirati razloge zbog kojih 28 ispitanika nije bilo dostupno u drugoj vremenskoj točki: nastavak liječenja u drugim institucijama (komunama), uspješno završen proces liječenja, odustajanje od tretmana, nedostupnost iz drugih razloga.

Prva varijabla koju smo uspoređivali kako bismo dobili uvid u to je li tretman u KLOK-u utjecao na psihosocijalno funkcioniranje naših ispitanika, bila je samoiskaz učestalosti kockanja unazad mjesec dana. Radi bolje usporedbe promjena učestalosti kockanja prikazali smo kockarske aktivnosti prije tretmana u KLOK-u (T0), kockarske aktivnosti unazad mjesec dana

u prvoj točki mjerenja (T1) i kockarske aktivnosti unazad mjesec dana u drugoj točki mjerenja (T2), što možemo vidjeti u Tablici 30.

Tablica 30. Samoiskaz učestalosti kockanja patoloških kockara unazad mjesec dana u obje točke mjerenja i prije početka tretmana KLOK-a (N=36)

IGRE	Vremenska točka	%						
		Nikada	Jednom godišnje ili manje od toga	Nekoliko puta godišnje	Otprilike 1-2x mjesečno	Otprilike 1x tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svako-dnevno
1. Kartanje za novac s prijateljima	T0	55.6	16.7	13.9	5.6	2.8	5.6	0.0
	T1	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	T2	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2. Kartaške igre u casinu	T0	66.7	16.7	8.3	2.8	2.8	2.8	0.0
	T1	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	T2	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3. Sportsko klađenje	T0	8.3	2.8	5.6	2.8	11.1	16.7	52.8
	T1	91.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	5.6
	T2	97.2	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0
4. Lutrijske igre (loto, EuroJackpot i sl.)	T0	30.6	16.7	30.6	11.1	5.6	5.6	0.0
	T1	94.4	2.8	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0
	T2	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5. TV Bingo	T0	66.7	5.6	19.4	2.8	2.8	2.8	0.0
	T1	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	T2	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6. Jednokratne srećke (strugalica, srećke na otvaranje)	T0	41.7	33.3	13.9	2.8	2.8	5.6	0.0
	T1	97.2	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0
	T2	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7. Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i slično)	T0	38.9	2.8	13.9	8.3	8.3	16.7	11.1
	T1	94.4	2.8	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0
	T2	94.4	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	0.0
8. Rulet	T0	41.7	8.3	2.8	8.3	5.6	25.0	8.3
	T1	91.7	5.6	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0
	T2	97.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0
9. Klađenje na virtualne utrke	T0	69.4	5.6	8.3	2.8	5.6	5.6	2.8
	T1	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	T2	97.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0

Rezultati prikazuju da su ispitanici u T0 kockali u svim igrama u različitom stupnju, dok u T1 i T2 nisu uopće kockali u igrama poput kartanja za novac s prijateljima, kartaškim igrama u „casinu“ i TV Bingu s obzirom na to da 100% ispitanika nije prakticiralo navedene igre. Što se tiče sportskog klađenja, u prvoj se vremenskoj točki 5.6% ispitanika kladilo na svakodnevnoj bazi, 2.8% kladilo se nekoliko puta tjedno, a 91.7% ispitanika nije se kladilo uopće, dok se u T0 na svakodnevnoj bazi kladilo čak 52.8%, a otprilike jedan do nekoliko puta tjedno kladilo se 27.8% ispitanika. U drugoj vremenskoj točki sportski se kladilo 2.8% ispitanika i to otprilike 1 – 2x mjesečno, a 97.2% ispitanika nije se kladilo uopće. Lutrijske igre u prvoj vremenskoj točki nije igralo 94.4% ispitanika, jednom godišnje ili manje od toga igralo je 2.8%, a otprilike je jednom tjedno igralo također 2.8% ispitanika, dok je u T0 lutrijske igre igralo nekoliko puta godišnje 30.6% ispitanika, 11.1% igralo je jedan do dva puta mjesečno i 11.2% ispitanika igralo je otprilike jedan do nekoliko puta tjedno. U drugoj vremenskoj točki 100% ispitanika nije igralo lutrijske igre. Što se tiče jednokratnih srećki, svega je 2.8% ispitanika u prvoj vremenskoj točki igralo navedenu igru i to otprilike jednom tjedno, a u drugoj vremenskoj točki 100% ispitanika nije igralo jednokratne srećke, dok je u T0 1/3 ispitanika igrala jednom godišnje ili manje od toga, 13.9% igralo je nekoliko puta godišnje i 8.4% igralo je jedan do nekoliko puta tjedno. Nadalje, 94.4% ispitanika nije igralo na automatima u obje vremenske točke, no u T0 je na automatima svakodnevno igralo 11.1%, 25% ispitanika igralo je jednom do nekoliko puta tjedno i 8.3% igralo je jednom do dva puta mjesečno. Rulet je u prvoj vremenskoj točki igralo 5.6% ispitanika jednom godišnje ili manje od toga, 2.8% igralo je otprilike jednom tjedno, a 91.7% nije igralo uopće. U drugoj je vremenskoj točki rulet igralo 2.8% ispitanika nekoliko puta tjedno, a 97.2% nije igralo uopće, dok je u T0 rulet igralo 8.3% ispitanika na svakodnevnoj bazi, 25% igralo je nekoliko puta tjedno, a 13.9% igralo je jednom mjesečno do jednom tjedno. Virtualne utrke ispitanicima nisu bile atraktivne igre u T0 s obzirom na to da gotovo 70% ispitanika nikada nije igralo navedene igre, a 11.2% igralo je jednom do nekoliko puta tjedno, dok u prvoj vremenskoj točki 100% ispitanika nije se uopće kladilo na virtualne utrke, a u drugoj se vremenskoj točki kladilo svega 2.8% ispitanika i to nekoliko puta tjedno.

Prema navedenim rezultatima samoiskaza ispitanika vidimo relativnu apstinenciju od kockarskih aktivnosti tijekom liječenja u KLOK-u zbog čega nije bilo moguće statistički testirati razlike u učestalosti kockanja između prve i druge vremenske točke budući da većina sudionika nije kockala niti u prvoj vremenskoj točki. U istraživanju je bilo planirano provesti statističke analize i testirati razlike, međutim, s obzirom na to da ne postoji varijabilitet rezultata onemogućeno je provođenje Willcoxonovog testa ranga. Bez obzira na navedeno vidimo koliko

su ispitanici kockali prije početka tretmana u KLOK-u (T0) te možemo primijetiti da su sve kockarske igre gotovo u potpunosti prestali prakticirati tijekom tretmana, jer 91.7% ili više ispitanika u T1 i T2 nikada ne igra navedene kockarske igre.

Nadalje, analizirali smo aktualni stupanj spremnosti na promjenu (apstinenciju) vezano za kockanje u obje vremenske točke kako bi vidjeli utjecaj tretmana na spremnost na promjene kod naših ispitanika.

Tablica 31. Frekvencije odgovora za pitanje o aktualnom stupnju promjene u obje vremenske točke (N=36)

Tvrdnja	T1		T2	
	N	%	N	%
1. Nemam namjere mijenjati svoje kockanje	0	0.0	0	0.0
2. Ozbiljno razmišljam smanjiti ili prekinuti s kockanjem u narednih 6 mjeseci	3	8.3	0	0.0
3. Planiram smanjiti ili prekinuti kockanje u narednih mjesec dana	5	13.9	0	0.0
4. Već sam počeo smanjivati učestalost kockanja unazad 6 mjeseci	2	5.6	3	8.3
5. Već sam počeo smanjivati učestalost kockanja pred više od 6 mjeseci	1	2.8	0	0.0
6. U potpunosti sam prestao kockati unazad 6 mjeseci	3	8.3	5	13.9
7. U potpunosti sam prestao kockati pred više od 6 mjeseci	22	61.1	28	77.8

Rezultati u Tablici 31. pokazuju da je u prvoj točki mjerenja bilo 22.2% ispitanika koji ozbiljno razmišljaju ili planiraju smanjiti ili prekinuti kockanje u narednih 6 mjeseci, dok u drugoj točki mjerenja takvih ispitanika nije bilo. Takvi rezultati govore da su svi ispitanici koji su ozbiljno razmišljali ili planirali smanjiti ili prekinuti s kockanjem, u tome i uspjeli. Nadalje, 6 ispitanika u prvoj je točki mjerenja već počelo smanjivati učestalost kockanja unazad 6 mjeseci ili više, ili su prestali kockati unazad 6 mjeseci, a u drugoj točki mjerenja takvih ispitanika bilo je 8. Osim toga u prvoj točki mjerenja u potpunosti je prestalo kockati pred više od 6 mjeseci 61.1% ispitanika, dok je u drugoj točki mjerenja prestalo 77.8% ispitanika. Navedeni rezultati govore da tijekom tretmana u KLOK-u, prema samoprocjeni, ispitanici uspijevaju u realizaciji promjena glede smanjenja ili prestanka kockanja.

Nakon toga usporedili smo kategorizaciju ovisnosti o kockanju prema skali DSM-5 unazad mjesec dana u obje vremenske točke kako bismo dobili uvid o utjecaju tretmana na težinu ovisnosti o kockanju. U Tablici 32. ispitanici su svrstani po kategorijama ovisnosti u obje vremenske točke. U prvoj je vremenskoj točki u skupinu bez ovisnosti kategorizirano 26

ispitanika, a u drugoj 32. U skupinu je blage ovisnosti u prvoj vremenskoj točki kategorizirano 2 ispitanika, a u drugoj 3. U skupinu je umjerene ovisnosti u prvoj vremenskoj točki 3, a u drugoj jedan ispitanik, dok u skupini teške ovisnosti nemamo niti jednog ispitanika u obje vremenske točke.

Tablica 32. Kategorizacija ovisnosti o kockanju prema DSM-5 skali unazad mjesec dana u obje točke mjerenja (N=36)

	T1		T2	
	N	%	N	%
BEZ OVISNOSTI O KOCKANJU	26	83.9	32	88.9
BLAGA OVISNOST O KOCKANJU	2	6.5	3	8.3
UMJERENA OVISNOST O KOCKANJU	3	9.7	1	2.8
TEŠKA OVISNOST O KOCKANJU	0	0.0	0	0.0

S ciljem utvrđivanja razlika u ukupnom rezultatu izraženosti simptoma prema DSM-5 skali za unazad mjesec dana između dvije točke mjerenja proveli smo Wilcoxonov test ranga s računanjem veličine efekta. Jednako tako proveli smo Wilcoxonov test ranga kako bismo dobili uvid u razliku izraženosti simptoma kod ispitanika prije tretmana u KLOK-u i u prvoj točki mjerenja.

Tablica 33. Razlika u ukupnom rezultatu prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju unazad mjesec dana obje vremenske točke te prije tretmana u KLOK-u (N=36)

	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p	r
Ukupan rezultat prema DSM-5	**T0**	7.06	2.08	15.93	-4.614	.000	.77
	T1	1.26	2.14	2.50			
	T1	1.26	2.14	6.06	-1.386	.166	-
	T2	0.61	1.61	5.83			

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Iz rezultata u Tablici 33. možemo vidjeti da je aritmetička sredina ukupnog rezultata u prvoj točki mjerenja, čija vrijednost predstavlja broj izraženih simptoma ovisnosti o kockanju, M=1.26, dok je u drugoj točki mjerenja M=0.61. Prema Wilcoxonovom testu ranga nismo dobili statistički značajnu razliku između dviju točki mjerenja (Z=-1.386; p>.050), iz čega možemo zaključiti da nema značajne razlike u izraženosti simptoma kockanja nakon 6 mjeseci tretmana kod naših ispitanika. Nadalje, vidimo da je aritmetička sredina ukupnog rezultata izraženosti simptoma prije tretmana u KLOK-u (T0) M=7.06. S obzirom na to da postoji statistički značajna razlika (Z=-4.614; p<.001) s velikim efektom razlike r=.77, zaključujemo da ispitanici u tretmanu KLOK-a imaju manje izražene simptome kockanja prema DSM-5 skali u odnosu na period prije početka liječenja.

Inozemna su istraživanja pokazala važnost kognitivnih procesa u razvoju i održavanju kockarskog poremećaja te da kockari imaju tendenciju različitog poimanja značaja sreće na uspješnost kockanja (79). Sljedeća varijabla, koju smo usporedili kod ispitanika u obje vremenske točke, bila je percepcija važnosti znanja/vještina nasuprot sreći za uspjeh u 8 igara na sreću kako bismo dobili uvid smanjuje li se tijekom tretmana u KLOK-u tendencija vjerovanja u vlastite sposobnosti za ishod u igrama na sreću.

Tablica 34. Frekvencije odgovora i značajnosti razlike važnosti znanja/vještina nasuprot sreći za uspješni ishod u igrama na sreću obje točke mjerenja (N=36)

Vrste igara	Vremenska točka	%					M	SD	PR	Z	p	r
		1 Isključivo znanje/vještine	2	3 Podjednako znanje/vještine i sreća	4	5 Isključivo sreća						
1. Sportsko klađenje	T1	5.6	2.8	52.8	8.3	30.6	3.56	1.13	17.0	-2.699	.007	.45
	T2	2.8	2.8	19.4	25.0	50.0	4.15	1.02	9.78			
2. Igre na automatima	T1	0.0	2.8	2.8	2.8	91.7	4.83	0.61	2.00	-0.535	.593	-
	T2	0.0	0.0	5.6	0.0	94.4	4.89	0.46	2.00			
3. Loto	T1	0.0	0.0	2.8	0.0	97.2	4.94	0.33	1.00	-1.000	.317	-
	T2	0.0	0.0	5.6	0.0	94.4	4.89	0.46	0.00			
4. Jednokratne srećke	T1	0.0	0.0	2.8	2.8	94.4	4.92	0.37	2.00	-0.447	.655	-
	T2	0.0	0.0	5.6	0.0	94.4	4.89	0.46	1.00			
5. Rulet	T1	0.0	2.8	16.7	11.1	69.4	4.47	0.88	4.17	-1.224	.221	-
	T2	0.0	0.0	11.1	11.1	77.8	4.67	0.68	5.42			
6. Igre s kockicama	T1	2.8	2.8	8.3	2.8	83.3	4.61	0.96	4.00	-1.382	.167	-
	T2	0.0	0.0	5.6	5.6	88.9	4.83	0.51	3.40			
7. Kartanje - poker	T1	16.7	19.4	30.6	8.3	25.0	3.06	1.41	10.70	-1.972	.049	.33
	T2	8.3	5.6	36.1	25.0	25.0	3.53	1.18	10.43			
8. Kartanje - blackjack	T1	11.1	5.6	38.9	5.6	38.9	3.56	1.36	7.25	-2.841	.004	.47
	T2	2.8	0.0	22.2	27.8	47.2	4.17	0.97	8.68			

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Prema rezultatima u Tablici 34. možemo zaključiti da igre poput automata, lota, jednokratnih srećki i igara s kockicama nisu percipirane kao igre u kojima znanje/vještine imaju značajnu ulogu za uspješan ishod. Baš suprotno, preko 83.3% ispitanika smatra da je za uspješan ishod u tim igrama potrebna isključivo sreća. U skladu s time vidimo da je aritmetička sredina prosječne vrijednosti utjecaja znanja/vještina nasuprot sreći u T1 za igre na automatima M=4.83, a u T2 je M=4.89 te nema značajne razlike u percepciji važnosti znanja/vještina nasuprot sreći između prve i druge točke mjerenja (Z=-0.535; p>.050). Jednaku raspodjelu rezultata imamo i za loto (Z=-1.000; p>.050); jednokratne srećke (Z=-0.447; p>.050); igre s kockicama (Z=-1.382; p>.050) te rulet (Z=-1.224; p>.050).

Za razliku od navedenih igara distribucija rezultata kod sportskog klađenja, pokera i „blackjacka“ značajno je različita. Više od polovice ispitanika za sportsko klađenje (T1 - 52.8%), za poker gotovo trećina ispitanika (T1 - 30.6%) i za „blackjack“ više od trećine ispitanika (T1 - 38.9%) smatra da su za uspješan ishod podjednako bitni znanje/vještine i sreća, što govori u prilog kognitivnim distorzijama. Uz to, potrebno je istaknuti i da čak 16.7% ispitanika u T1 za poker, 11.1% ispitanika u T1 za „blackjack“ te 5.6% u T1 za sportsko klađenje smatra da je za uspješan ishod isključivo bitno znanje/vještina. Kognitivne su distorzije važne u podržavanju kockarskih aktivnosti te doprinose kockarskoj motivaciji da poboljšaju svoje znanje/vještine u pokušaju kontroliranja ishoda igre. Navedeno je od posebnog značaja u kartaškim igrama gdje je zaista potrebno određeno znanje prilikom igranja, no činjenica da preko polovice ispitanika vjeruje da znanje/vještine određuju ishod u pokeru i „blackjacku“, opasna je jer govori u prilog značajnim iluzijama kontrole.

Rezultati nadalje pokazuju da je prosječna vrijednost utjecaja znanja/vještina nasuprot sreći u T1 za sportsko klađenje M=3.56, a u T2 je M=4.15, te da postoji razlika u percepciji važnosti znanja/vještina nasuprot sreći (Z=-2.699; p<.010) uz umjereni efekt razlike r=.45. Jednaku raspodjelu rezultata imamo u pokeru (Z=-1.972; p<.050), gdje je umjereni efekt razlike r=.33, i „blackjacku“ (Z=-2.841; p<.010), gdje je također umjereni efekt razlike r=.47, iz čega možemo zaključiti da se kod naših ispitanika tijekom 6 mjeseci tretmana u KLOK-u smanjila izraženost iluzija kontrole za navedene igre.

Sljedeće varijable koje smo ispitali u obje točke mjerenja, bile su iracionalna vjerovanja vezana uz kockanje (praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti te iluziju kontrole) i stavove o kockanju. U Tablici 35. prikazani su rezultati čije veće vrijednosti predstavljaju više izražene kognitivne distorzije ili pozitivnije stavove prema kockanju. Što se praznovjerja i netočnog

poimanja vjerojatnosti tiče, vrijednost aritmetičke sredine u T1 je M=1.30, a u T2 je M=1.17. S obzirom na to da je (Z=-2.416) p<.050 postoji razlika između prve i druge točke mjerenja, s umjerenim efektom razlike r=.40. Vrijednost aritmetičke sredine za iluziju kontrole u T1 je M=1.88 i u T2 je M=1.51, što s obzirom na to da je (Z=-3.289) p<.010 predstavlja značajnu razliku, s velikim efektom razlike r=.55. Za stavove o kockanju vrijednost aritmetičke sredine u T1 je M=1.64, a u T2 je M=1.43, što predstavlja značajnu razliku s obzirom na to da je (Z=-3.126) p<.010, dok je efekt razlike također velik r=.52.

Tablica 35. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika u stavovima o kockanju i iracionalnim vjerovanjima (praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti, iluzija kontrole) obje točke mjerenja (N=36)

	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p	r
Praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti	T1	1.30	0.44	12.07	-2.416	.016	.40
	T2	1.17	0.38	6.83			
Iluzija kontrole	T1	1.88	0.89	15.77	-3.289	.001	.55
	T2	1.51	0.58	9.83			
Stavovi o kockanju	T1	1.64	0.53	18.74	-3.126	.002	.52
	T2	1.43	0.31	10.78			

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Iz navedenog možemo zaključiti kako je tijekom 6 mjeseci tretmana došlo do smanjenja iracionalnih vjerovanja (praznovjerja i netočnog poimanja vjerojatnosti te iluzija kontrole) i stvaranja negativnijih stavova prema kockanju kod naših ispitanika.

Naredna ispitivana varijabla simptomi su i ponašanja patoloških kockara prema skali BASIS-24, radi dobivanja kvalitetnijeg uvida u psihičko ili psihopatološko te socijalno funkcioniranje naših ispitanika u obje vremenske točke. U Tablici 36. vidimo vrijednosti svih subskala simptoma i ponašanja poput depresije, odnosa, autoagresije, emocionalne labilnosti, psihoze, zlouporabe sredstava ovisnosti, kao i ukupnu vrijednost. Veća vrijednost odgovara i većoj izraženosti pojedinih simptoma i ponašanja koji su navedeni, a ukupni rezultat predstavlja cjelokupnost ponašanja i simptoma koje skala ispituje.

Tablica 36. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika simptoma i ponašanja prema skali BASIS-24 obje točke mjerenja (N=36)

BASIS-24	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p
Depresija/funkcioniranje	T1	1.08	0.97	17.53	-0.607	.544
	T2	0.96	0.77	17.47		
Odnosi	T1	1.20	0.83	18.00	-1.489	.136
	T2	1.02	0.60	13.23		
Autoagresija	T1	0.12	0.35	3.67	-0.105	.916
	T2	0.10	0.33	3.33		
Emocionalna labilnost	T1	1.32	1.02	18.43	-1.531	.126
	T2	1.07	0.83	16.00		
Psihoza	T1	0.36	0.52	11.15	-0.139	.889
	T2	0.38	0.62	10.86		
Zlouporaba sredstava ovisnosti	T1	0.19	0.35	6.22	-0.228	.820
	T2	0.20	0.34	10.67		
Ukupni rezultat	T1	0.91	0.69	17.24	-0.770	.441
	T2	0.80	0.57	19.14		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

U rezultatima vidimo da, prema Wilcoxonovom testu ranga kod svih subskala i ukupnog rezultata, nema značajne razlike između prve i druge vremenske točke ($p>.050$). U skladu s time možemo zaključiti da se kod naših ispitanika nije pokazala razlika u izraženosti simptoma i ponašanja po skali BASIS-24 nakon 6 mjeseci tretmana u KLOK-u. Navedeno možemo objasniti činjenicom da su vrijednosti već u prvoj točki mjerenja niske, odnosno da ispitanici nisu imali značajno izražene simptome i ponašanja iz psihosocijalnog spektra prema skali BASIS-24 u prvoj vremenskoj točki.

Posljednja varijabla koju smo istražili, bila je konzumacija sredstava ovisnosti kako bismo mogli zaključiti o utjecaju tretmana na istu. U Tablici 37. vidimo frekvencije odgovora za različita sredstva ovisnosti u obje točke mjerenja, kao i vrijednosti razlika.

Tablica 37. Frekvencije odgovora i značajnosti razlike konzumacije sredstava ovisnosti obje točke mjerenja (N=36)

Sredstva ovisnosti	VT	%						M	SD	PR	Z	p
		Ne u posljednjih godinu dana	Manje od jednom mjesečno	1-3 dana mjesečno	1-2 dana tjedno	3-6 dana tjedno	Svako-dnevno					
1. Pušenje duhana	**T1**	33.3	8.3	5.6	0.0	2.8	50.0	2.81	2.35	4.00	-0.948	.343
	T2	33.3	2.8	5.6	2.5	5.6	50.0	2.94	2.32	2.75		
2. Pijenje alkohola	**T1**	22.2	13.9	44.4	11.1	8.3	0.0	1.69	1.19	9.13	-0.175	.861
	T2	16.7	25.0	33.3	22.2	0.0	2.8	1.72	1.16	8.89		
3. Pušenje marihuane ili hašiša	**T1**	91.7	5.6	0.0	2.8	0.0	0.0	0.14	0.54	1.50	-0.000	1.000
	T2	88.9	8.3	2.8	0.0	0.0	0.0	0.14	0.42	1.50		
4. Konzumiranje neke druge droge	**T1**	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	-1.000	.317
	T2	97.2	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.03	0.17	1.00		

Legenda: **VT**=vremenska točka; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Prema navedenim rezultatima vidimo da su vrijednosti aritmetičkih sredina svih sredstava ovisnosti približno jednake i da nema značajne razlike (p>.050) u konzumaciji sredstava obje točke mjerenja. Iz toga možemo zaključiti da prema našem istraživanju tijekom 6 mjeseci tretmana u KLOK-u nije došlo do promjene u konzumaciji sredstava ovisnosti naših ispitanika. Takav je rezultat očekivan s obzirom na to da ispitanici nisu niti imali motivacije za promjenom takvih obrazaca ponašanja, već je fokus tretmana orijentiran na promjenama vezanim za problematiku kockanja.

Ranije je navedeno da je heterogenost ispitanika po pitanju vremenskog perioda provedenog u tretmanu KLOK-a specifičnost tog oblika liječenja patoloških kockara koja ima svoje praktične i tretmanske prednosti. Tražeći kompromis između znanstvene rigidnosti i kliničke praktičnosti u evaluaciji tretmana, te kako bismo dobili jasniju sliku o promjenama u psihosocijalnom funkcioniranju tijekom tretmana u KLOK-u, ekstrahiran je subuzorak onih ispitanika koji su u prvoj vremenskoj točki bili na samom početku liječenja, odnosno u prvih 6 mjeseci tretmana. Na taj smo način mogli dobiti kvalitetniji uvid u početne promjene psihosocijalnog funkcioniranja prilikom liječenja, a upravo su one posebno značajne za retenciju u tretmanu. U tom subuzorku imali smo N=13 ispitanika koji su sudjelovali u obje točke mjerenja u razmaku od 6 mjeseci. Wilcoxonov je test ranga kao neparametrijska statistička metoda primjeren i u ovom slučaju manjeg kliničkog uzorka (215). Isprva smo kod navedenog subuzorka uspoređivali ukupni rezultat izraženosti simptoma prema DSM-5 skali za period prije KLOK-a (T0) te u T1 i T2, što možemo vidjeti u Tablici 38.

Tablica 38. Razlika u ukupnom rezultatu prema DSM-5 skali za ovisnost o kockanju unazad mjesec dana obje vremenske točke te prije tretmana u KLOK-u (N=13)

	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p
Ukupan rezultat prema DSM-5	**T0**	7.15	1.62	5.38	-2.448	.014
	T1	3.00	2.40	2.00		
	T1	3.00	2.40	4.42	-1.207	.228
	T2	1.38	2.29	4.75		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

U rezultatima vidimo da je aritmetička sredina ukupnog rezultata izraženosti simptoma prema DSM-5 skali u prvoj točki mjerenja M=3.00, dok je u drugoj točki mjerenja M=1.38.

Wilcoxonovim testom ranga nismo dobili statistički značajnu razliku između dviju točki mjerenja (Z=-1.207; p>.050), iz čega možemo zaključiti da nema značajne razlike u izraženosti simptoma kockanja nakon 6 mjeseci tretmana kod naših ispitanika u početku liječenja. Nadalje, vidimo da je aritmetička sredina ukupnog rezultata izraženosti simptoma prije tretmana u KLOK-u (T0) M=7.15. S obzirom na to da postoji statistički značajna razlika (Z=-2.448; p<.050) zaključujemo da ispitanici već na početku tretmana KLOK-a imaju manje izražene simptome kockanja prema DSM-5 skali u odnosu na period prije početka liječenja.

Sljedeće varijable koje smo uspoređivali na subuzorku, bile su stavovi o kockanju i kognitivne distorzije. U Tablici 39. prikazani su rezultati pojedinih vrsta kognitivnih distorzija i stavova vezano za kockanje u obje točke mjerenja. Što se praznovjerja i netočnog poimanja vjerojatnosti tiče, vrijednost je aritmetičke sredine u T1 bila M=1.56, a u T2 je M=1.38. S obzirom na to da je (Z=-1.622) p>.050, nema statistički značajne razlike između prve i druge točke mjerenja. Vrijednost aritmetičke sredine za iluziju kontrole u T1 je M=2.25 i u T2 je M=1.84. S obzirom na to da je (Z=-1.927) p=.054, to jest graničan, možemo govoriti o tendenciji k smanjenju iluzija kontrole, a kako je u pitanju mali subuzorak, imamo veliki efekt razlike r=.53. Za stavove o kockanju vrijednost aritmetičke sredine u T1 je M=2.02, a u T2 je M=1.64, što predstavlja značajnu razliku s obzirom na to da je (Z=-2.310) p<.050. Tu je također prisutan veliki efekt razlike r=.64.

Tablica 39. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika u stavovima o kockanju i iracionalnim vjerovanjima (praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti, iluzija kontrole) obje točke mjerenja (N=13)

	VT	M	SD	PR	Z	p	r
Praznovjerje i netočno poimanje vjerojatnosti	T1	1.56	0.59	4.92	-1.622	.105	-
	T2	1.38	0.55	3.25			
Iluzija kontrole	T1	2.25	1.01	8.11	-1.927	.054	.53
	T2	1.84	0.63	4.50			
Stavovi o kockanju	T1	2.02	0.60	7.85	-2.310	.021	.64
	T2	1.64	0.34	4.17			

Legenda: **VT**=vremenska točka; **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Iz navedenog možemo zaključiti da ispitanici subuzorka tijekom 6 mjeseci tretmana u samom početku liječenja razvijaju negativnije stavove prema kockanju, a što se tiče kognitivnih

distorzija vidimo tendenciju smanjenja iluzije kontrole tijekom 6 mjeseci tretmana na početku liječenja, no nema razlike po pitanju praznovjerja i netočnog poimanja vjerojatnosti.

Nadalje, u našem subuzorku uspoređivali smo simptome i ponašanja prema skali BASIS-24. U Tablici 40. vidimo vrijednosti svih subskala simptoma i ponašanja te ukupnu vrijednost.

Tablica 40. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika simptoma i ponašanja prema skali BASIS-24 obje točke mjerenja (N=13)

BASIS-24	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p	r
Depresija/funkcioniranje	T1	1.79	1.02	7.60	-2.132	.033	.59
	T2	1.21	0.77	5.00			
Odnosi	T1	1.70	0.83	8.88	-1.782	.075	.49
	T2	1.24	0.58	4.00			
Autoagresija	T1	0.15	0.44	2.00	-0.535	.593	-
	T2	0.04	0.16	2.00			
Emocionalna labilnost	T1	1.99	1.03	7.25	-0.875	.382	-
	T2	1.67	0.62	6.60			
Psihoza	T1	0.49	0.48	6.75	-0.667	.504	-
	T2	0.44	0.66	5.10			
Zlouporaba sredstava ovisnosti	T1	0.32	0.52	3.40	-0.507	.612	-
	T2	0.28	0.47	5.50			
Ukupni rezultat	T1	1.43	0.67	7.10	-1.782	.075	.49
	T2	1.05	0.53	6.67			

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

Vrijednost je aritmetičkih sredina svih subskala i ukupnog rezultata u prvoj točki mjerenja veća od vrijednosti aritmetičkih sredina u drugoj točki mjerenja. Prema Wilcoxonovom testu ranga u subskali depresije postoji statistički značajna razlika između prve i druge vremenske točke ($Z=-2.132$; $p<.050$) te je primjetan veliki efekt razlike ($r=.59$). Što se tiče subskale odnosa i ukupnog rezultata ($Z=-1.782$) $p=.075$, granična vrijednost ukazuje na tendenciju pokazivanja razlike između dviju točki mjerenja, a kako je riječ o malom uzorku izražen je umjereni efekt razlike ($r=.49$). U skladu s time možemo zaključiti da se kod ispitanika subuzorka pokazala smanjena izraženost simptoma depresije prema skali BASIS-24 tijekom 6 mjeseci tretmana na samom početku liječenja u KLOK-u. Uz to rezultati pokazuju tendenciju poboljšavanja odnosa tijekom 6 mjeseci tretmana na samom početku liječenja. S obzirom na to da rezultati pokazuju tendenciju smanjenja i ukupnog rezultata možemo zaključiti da tijekom 6 mjeseci tretmana na

samom početku liječenja u KLOK-u ispitanici pokazuju tendenciju smanjenja psihopatološkog i poboljšanja socijalnog funkcioniranja prema BASIS-24 skali.

4.9. Percepcija tretmana patoloških kockara

4.9.1. Deskriptivni pokazatelji percepcije tretmana u KLOK-u

Osim kliničkog poboljšanja percepcija tretmana bitan je element u procjeni učinkovitosti terapijskih procesa te ona predstavlja uključenje ispitanika u procjenu (216, 217). Upravo zbog toga, u ovom istraživanju posebno nas je zanimala samoprocjena zadovoljstva i korisnosti tretmana te njegovih pojedinih elemenata kod članova KLOK-a. Osim navedenog istražili smo koje mišljenje ispitanici imaju o pojedinim aspektima tretmana poput toga da imaju dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu, o pohađanju sastanaka sa supružnikom, o vremenskom trajanju sastanaka te o tome da sadržaj rada grupe nije strogo definiran i strukturiran. Prvotno su ispitanici samoprocjenom iznosili koliko smatraju da im je korisno pohađati KLOK grupe za njihov problem s kockanjem. U Tablici 41. vidimo frekvenciju odgovora za raspon rezultata ocjene korisnosti od 1 do 5.

Tablica 41. Frekvencija odgovora za korisnost tretmana u KLOK-u (N=64)

Stupanj korisnosti	N	%
1. Potpuno mi je beskorisno	1	1.6
2. Jako malo mi je korisno	0	0.0
3. Niti korisno, niti nekorisno	1	1.6
4. Prilično korisno	18	29.0
5. Jako korisno	42	67.7

Prema rezultatima možemo primijetiti da je samoprocjena većine ispitanika, 96.7%, da im je prilično korisno ili jako korisno liječenje u KLOK-u. Svega je jedan ispitanik iznio da mu je potpuno beskorisno pohađanje grupa, i jedan je iznio da mu nije ni korisno ni nekorisno.

Ispitanici su također samoprocjenom iznijeli koliko su im korisni pojedini elementi tretmana u KLOK-u. Tablica 42. prikazuje frekvenciju odgovora za raspon rezultata ocjene korisnosti pojedinih elemenata tretmana.

Tablica 42. Frekvencija odgovora za korisnost pojedinih elemenata tretmana u KLOK-u (N=61)

Elementi tretmana u KLOK-u	Potpuno mi je beskorisno N(%)	Jako malo mi je korisno N(%)	Niti korisno, niti nekorisno N(%)	Prilično korisno N(%)	Jako korisno N(%)
1. Edukacija o patološkom kockanju	1 (1.6)	0 (0.0)	4 (6.6)	22 (36.1)	34 (55.7)
2. Rad na osobnim problemima	0 (0.0)	3 (4.9)	1 (1.6)	18 (29.5)	39 (63.9)
3. Rad na partnerskim problemima	2 (3.3)	4 (6.6)	6 (9.8)	14 (23.0)	35 (57.4)
4. Rad na obiteljskim problemima	0 (0.0)	3 (4.9)	4 (6.6)	16 (26.2)	38 (62.3)
5. Razumijevanje i podrška članova grupe	1 (1.6)	1 (1.6)	3 (4.9)	17 (27.9)	39 (63.9)

Većina ispitanika (80.4 – 93.4%) smatra da su svi elementi tretmana u KLOK-u prilično korisni ili jako korisni, pri tome ispitanici najmanje korisnim smatraju rad na partnerskim problemima. Tek manji broj ispitanika, njih 1.6 – 9.9%, smatra da su elementi tretmana u KLOK-u potpuno beskorisni ili jako malo korisni, pri tome i tim ispitanicima rad je na partnerskim problemima onaj dio tretmana koji smatraju najmanje korisnim.

Nadalje, ispitanici su samoiskazom iznosili koliko su zadovoljni tretmanom koji im pruža KLOK. U Tablici 43. prikazana je frekvencija odgovora ocjene zadovoljstva tretmanom koji pruža KLOK u rasponu od 1 do 5. Rezultati ukazuju da je većina ispitanika, njih 96.7% uglavnom zadovoljna ili jako zadovoljna s tretmanom u KLOK-u. Svega 2 ispitanika nije ni zadovoljno ni nezadovoljno.

Tablica 43. Frekvencija odgovora ocjene zadovoljstva tretmanom u KLOK-u (N=61)

Zadovoljstvo tretmanom	N	%
1. Uopće nisam zadovoljan	0	0.0
2. Uglavnom nisam zadovoljan	0	0.0
3. Niti zadovoljan, niti nezadovoljan	2	3.3
4. Uglavnom sam zadovoljan	15	24.6
5. Jako sam zadovoljan	44	72.1

U daljnjem setu pitanja doznali smo od ispitanika mišljenje o pojedinim aspektima tretmana. Prvo smo doznali koje mišljenje imaju ispitanici o tome da imaju dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu. U Tablici 44. vidimo frekvenciju odgovora mišljenja ispitanika o tome da

imaju dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu. 16.4% ispitanika misli da je svejedno što se izmjenjuju dva terapeuta u radu te čak 82% smatra da je to dobro.

Tablica 44. Frekvenciju odgovora mišljenja ispitanika o tome da imaju dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu (N=61)

Mišljenje ispitanika	N	%
1. Mislim da je to loše – to me smeta	0	0.0
2. Mislim da je svejedno – važno je da su terapeuti dobri	10	16.4
3. Mislim da je to dobro – više ljudi više zna i može pomoći	50	82.0
4. Drugo: prerano je govoriti	1	1.6

Drugo pitanje koje smo postavili ispitanicima, bilo je kakav stav imaju oko činjenice da neki članovi grupe dolaze sa supružnikom, a neki ne. U Tablici 45. prikazana je frekvencija odgovora stava ispitanika oko činjenice da neki članovi grupe dolaze sa supružnikom, a neki ne.

Tablica 45. Frekvencija odgovora stava ispitanika oko činjenice da neki članovi grupe dolaze sa supružnikom, a neki ne (N=61)

Mišljenje ispitanika	N	%
1. Mislim da je to loše - to me smeta - svi bi trebali dolaziti sami	0	0.0
2. Mislim da je to loše – to me smeta – svi bi trebali dolaziti s nekim	11	18.0
3. Mislim da je nevažno – svejedno mi je – svatko zna za sebe što je najbolje	14	23.0
4. Mislim da je to dobro – sviđa mi se – svatko ima svoju priču	34	55.7
5. Drugo: a) mislim da trebaju dvije posebne grupe	1	1.6
b) terapeut zna najbolje	1	1.6

Rezultati ukazuju da 18% ispitanika misli da je to loše, smeta im i smatra da bi svi trebali dolaziti s nekim. 23% misli da je to nevažno jer svatko zna za sebe što je najbolje, a većina, njih 55.7%, misli da je to dobro, sviđa im se jer svatko ima za ispričati svoju priču. Jedan je ispitanik iznio stav da bi trebale biti dvije posebne grupe, one s partnerom i one bez.

Treće pitanje koje smo postavili ispitanicima, bilo je što misle o trajanju grupe KLOK-a (1.5 – 2 sata). Tablica 46. prikazuje frekvenciju odgovora ispitanika vezano za trajanje grupe KLOK-a. 91.4% ispitanika smatra da je trajanje grupe taman koliko treba ili čak da je prekratko te da bi trebalo trajati duže.

Tablica 46. Frekvencija odgovora ispitanika o trajanju grupe KLOK-a (N=57)

Mišljenje ispitanika	N	%
1. Mislim da je predugo – trebale bi biti kraće	0	0.0
2. Mislim da je to taman kako treba	49	84.5
3. Mislim da je to prekratko – trebale bi biti duže	4	6.9
Drugo: a) ponekad je predugo, a ponekad je prekratko	1	1.6
b) nemam mišljenje	1	1.6
c) ponekad kratko, ovisno o tjednu	1	1.6
d) prekratko sam tu da bih mogao procijeniti	1	1.6

Posljednje pitanje koje smo postavili ispitanicima, bilo je što misle o činjenici da sadržaj rada u grupi svaki tjedan nije strogo definiran i strukturiran. U Tablici 47. vidimo frekvenciju odgovora ispitanika o činjenici da sadržaj rada u grupi svaki tjedan nije strogo definiran i strukturiran.

Tablica 47. Frekvencija odgovora ispitanika o činjenici da sadržaj rada u grupi nije definiran i strukturiran (N=57)

Mišljenje ispitanika	N	%
1. Ne sviđa mi se to – mislim da bi se terapeuti trebali pripremiti sa temama	1	1.8
2. Ne sviđa mi se to – jer tada drugi članovi preuzmu sadržaj na sebe	0	0.0
3. Sviđa mi se to – tako izađu najvažnije stvari na površinu	23	40.4
4. Sviđa mi se to – tako znam da uvijek mogu reći što me muči i kako mi je	33	57.9

Rezultati pokazuju da se broju od 40.4% ispitanika sviđa rad u grupi, koji nije definiran i strukturiran, jer smatraju da tako izađu najvažnije stvari na površinu i čak se broju od 57.9% sviđa te znaju da na taj način mogu reći što ih muči i kako im je. Svega jednom ispitaniku to se ne sviđa.

4.9.2. Razlike u percepciji KLOK-a nakon 6 mjeseci tretmana

Kako bismo mogli ispitati razlike u percepciji KLOK-a nakon 6 mjeseci tretmana, usporedili smo odgovore ispitanika glede korisnosti liječenja, pojedinih elemenata liječenja (edukacija, rad na osobnim problemima, partnerski problemi, obiteljski problemi, podrška ostalih članova) te njihovog zadovoljstva liječenjem u dvije vremenske točke. Statistički značajnu razliku

utvrđivali smo pomoću Wilcoxonovog testa ranga. U Tablici 48. prikazana je usporedba rezultata i značajnost razlika glede mišljenja o korisnosti pohađanja KLOK grupa za problem kockanja.

Tablica 48. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika mišljenja o korisnosti KLOK grupa za problem kockanja (N=36)

	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p
Ocjena korisnosti KLOK grupa	T1	4.78	0.42	5.00	-1.667	.096
	T2	4.64	0.49	5.00		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

U rezultatima aritmetička sredina ocjene korisnosti KLOK grupe u T1 je M=4.78, a u T2 je M=4.64 te nema statistički značajne razlike u mišljenju o korisnosti KLOK-a za rješavanje problema kockanja. To možemo pripisati činjenici da je ocjena korisnosti u obje vremenske točke već vrlo visoka, odnosno, ispitanici su korisnosti KLOK-a dali ocjenu 5 u rasponu školskih ocjena.

Nadalje, uspoređivali smo ocjene pojedinih elemenata tretmana u KLOK-u u razmaku od 6 mjeseci. Tablica 49. prikazuje usporedbu rezultata i značajnosti razlika glede mišljenja ispitanika o različitim elementima tretmana u KLOK-u.

Tablica 49. Usporedba rezultata i vrijednosti razlika elemenata tretmana u KLOK-u (N=36)

Elementi tretmana	Vremenska točka	M	SD	PR	Z	p
Edukacija o patološkom kockanju	T1	4.61	0.60	5.50	0.000	1.00
	T2	4.61	0.69	5.50		
Rad na osobnim problemima	T1	4.67	0.63	2.50	0.000	1.00
	T2	4.69	0.52	3.75		
Rad na partnerskim problemima	T1	4.28	1.08	5.50	-1.889	.059
	T2	4.56	0.73	6.83		
Rad na obiteljskim problemima	T1	4.56	0.77	5.71	-0.663	.507
	T2	4.50	0.77	6.50		
Razumijevanje i podrška lanova grupe	T1	4.61	0.69	3.50	-0.604	.546
	T2	4.69	0.57	4.38		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike

Primjećujemo da nema statistički značajne razlike između ocjena ispitanika o mišljenju glede različitih elemenata tretmana u dvije vremenske točke što također možemo povezati s činjenicom da su u obje vremenske točke rezultati vrlo visoki te odgovaraju ocjeni 5 u rasponu školskih ocjena. Potrebno je istaknuti da je rad na partnerskim problemima u prvoj točki mjerenja jedini ocijenjen ocjenom 4 (M=4.28, SD=1.08), međutim, u drugoj vremenskoj točki dana je ocjena 5 (M=4.56, SD=0.73). S obzirom na to da je prema Wicoxonovom testu ranga (Z=-1.889) p<.059, možemo govoriti da postoji tendencija razvoja pozitivnijeg mišljenja ispitanika o radu na partnerskim problemima tijekom 6 mjeseci liječenja u KLOK-u.

Posljednja varijabla koju smo uspoređivali u obje vremenske točke, zadovoljstvo je tretmanom koji pruža KLOK. U Tablici 50. prikazan je rezultat i vrijednost razlike o zadovoljstvu tretmanom u KLOK-u.

Tablica 50. Usporedba rezultata i vrijednost razlike zadovoljstva tretmanom u KLOK-u (N=36)

	Vremenska točka	**M**	**SD**	**PR**	**Z**	**p**
Ocjena zadovoljstva tretmanom u KLOK-u	T1	4.78	0.42	2.00	-0.577	.564
	T2	4.75	0.44	2.00		

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **PR**=prosječni rang; **Z**=Z vrijednost; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Iz rezultata vidimo da su ocjene u T1 (M=4.78, SD=0.42) i u T2 (M=4.75, SD=0.44) vrlo visoke i bliske maksimalnima te odgovaraju ocjeni 5 prema školskom rasponu. S obzirom na to da je (Z=-0.577) p=.564, nema statistički značajne razlike između dviju vremenskih točki, što možemo obrazložiti upravo činjenicom da su ispitanici jako zadovoljni tretmanom u obje točke mjerenja.

4.9.3. Povezanost zadovoljstva tretmanom i promjena u psihosocijalnom funkcioniranju

U istraživanju nas je posebno zanimalo je li zadovoljstvo tretmanom povezano s promjenama u pojedinim varijablama psihosocijalnog funkcioniranja tijekom 6 mjeseci tretmana u KLOK-u. Povezanost zadovoljstva tretmanom i promjena u psihosocijalnom funkcioniranju ispitali smo računanjem korelacije između razlike u psihosocijalnom funkcioniranju dviju vremenskih točki s mjerom zadovoljstva tretmanom (delta (∆) varijable). U tom smislu izračunali smo

Spearmanov koeficijent korelacije. U Tablici 51. prikazane su razlike u psihosocijalnom funkcioniranju i povezanost sa zadovoljstvom tretmanom nakon 6 mjeseci.

Tablica 51. Povezanost razlika u psihosocijalnom funkcioniranju sa zadovoljstvom tretmanom (N=36)

	M	**SD**	**r_S**
Δ DSM-5 T1-T0	5.61	3.27	.161
Δ DSM-5 T2-T1	0.58	2.34	.177
Δ Stavovi o kockanju T2-T1	0.21	0.36	.337*
Δ Iluzija kontrole T2-T1	0.36	0.58	.073
Δ Praznovjerje i netočno poimanje vj. T2-T1	0.12	0.28	.090
Δ BASIS-24 ukupni T2-T1	0.10	0.57	.025
Δ Depresija/ funkcioniranje T2-T1	0.11	0.88	.022
Δ Autoagresija T2-T1	0.01	0.35	.141
Δ Emocionalna labilnost T2-T1	0.24	0.79	.125
Δ Psihoza T2-T1	0.02	0.56	.046
Δ Zlouporaba sredstava ovisnosti T2-T1	0.01	0.37	.121
Δ Odnosi T2-T1	0.18	0.60	.092

Legenda: **M**=aritmetička sredina; **SD**=standardna devijacija; **r_S** = Spearmanov koeficijent korelacije; *****=p<.050

Rezultati prikazuju da pozitivna korelacija postoji samo kod varijable stavova o kockanju između obiju vremenskih točki (r_s=.337). Navedeno govori u prilog činjenici da su ispitanici, koji su tijekom 6 mjeseci tretmana razvili negativnije stavove o kockanju, zadovoljniji tretmanom u KLOK-u nakon istog vremenskog perioda.

5. RASPRAVA

5.1. Psihosocijalno funkcioniranje patoloških kockara

Ranija su istraživanja prikazala sociodemografska obilježja patoloških kockara koji se javljaju na liječenje. Rezultati nisu jednoznačni i govore u prilog različitim obilježjima što autori pripisuju projekcijama opće populacije (218). U ovom istraživanju svega je jedan ispitanik bio ženskog spola, ispitanici su prosječno mlađi pa je prosječna starost bila 35 godina, gotovo trećina živi u braku ili vanbračnoj zajednici, 65.6% zaposleno je na puno radno vrijeme i više od 2/3 ispitanika srednjoškolskog je obrazovanja. Iz navedenog vidimo da se ističe činjenica da je isključivo jedan ispitanik ženskog spola, dok je u inozemnim istraživanjima stopa ženskih patoloških kockara u tretmanu 20 – 52.5% (31, 32). Uzmemo li u obzir istraživanje koje su proveli Glavak Tkalić, Miletić i Sučić (27) na populaciji odraslih osoba u Hrvatskoj (reprezentativni uzorak), prema kojem je prevalencija igranja igara na sreću u posljednjih godinu dana bila kod muškaraca 40%, a kod žena 26.8%, te je prevalencija problematičnog kockanja s negativnim posljedicama i mogućim gubitkom kontrole 3.6% kod muškaraca, a 0.7% kod žena, vidimo trend značajno manje zastupljenosti ženskog spola kako raste stupanj težine kockanja pa možemo pretpostaviti da bi razlika u prevalenciji glede patološkog kockanja između muškaraca i žena mogla biti još i veća. Upravo činjenica da je u tretmanu KLOK-a samo jedna žena, ide u prilog takvom zaključku. Takva se pojava može objasniti aktualnom prevagom društvenih stavova, socijalne stigme i položaja žena u Republici Hrvatskoj (219).

Što se tiče razloga dolaska na liječenje prema Stinchfieldu, Wintersu i Dittelu (32), oni su bili osobna odluka kod 35% ispitanika, zatim višestruki razlozi 25% i potom pritisak od strane supružnika, obitelji ili prijatelja kod 18% ispitanika, dok što se tiče traženja profesionalnog tretmana za problem kockanja, 54% ispitanika prethodno je imalo susrete sa stručnom osobom. Rezultati ovog istraživanja govore da je glavni razlog dolaska na liječenje ispitanika bio ohrabrenje ili pritisak od strane supružnika, obitelji ili prijatelja (67.2%), potom osobna odluka (20.3%), a treći razlog bili su financijski problemi (6.3%). Možemo pretpostaviti da razlika u donošenju osobne odluke i veći postotak pritiska od strane bliskih osoba govore u prilog slabijem uvidu i kritičnosti prema problemu kockanja kod ispitanika ovog istraživanja. Nadalje, 84.4% ispitanika nije imalo prethodnih susreta sa stručnom osobom prije tretmana u KLOK-u. Ta razlika može govoriti u prilog činjenici da u našoj državi ne postoji dovoljno adekvatnih službi za rješavanje problema patološkog ili problemskog kockanja te je u skladu s time, kod

većine ispitanika, tretman u KLOK-u bio prvi susret sa stručnom osobom. Značaj navedenog moguće je potkrijepiti i navodima nekih istraživača (220, 221) koji ističu ulogu dostupnosti i percepcije stručne pomoći kao mogući čimbenik u donošenju odluke o započinjanju tretmana patološkog kockanja.

Autori su u ranijim istraživanjima opisivali kockare koristeći razne kriterije za izraženost kockarskih simptoma (prema odgovarajućim upitnicima: SOGS, PGSI, GA-20 i drugi), no često su korišteni DSM kriteriji. Kako je u vrijeme izrade nacrta ovog istraživanja DSM-5 bio „novina“, odlučili smo radi aktualnosti koristiti nove DSM-5 kriterije. U istraživanju koje su prikazali Lahti i sur. (31), najizraženiji je simptom bio vraćanje drugog dana kako bi se vratio izgubljeni novac kod 100% ispitanika, nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem bili su izraženi kod 97% ispitanika, misli koje su često zaokupljene kockanjem, imalo je 97% ispitanika, a 92% ispitanika lagalo je kako bi prekrilo veličinu upletenosti u kockanje. I drugi su simptomi bili u velikoj mjeri izraženi. Kod ispitanika u ovom istraživanju najizraženiji je simptom bio laganje kako bi se prekrila veličina upletenosti u kockanje (96.9%), lovljenje je vlastitih dugova potvrdilo 87.5% ispitanika, a nemir i razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem bili su izraženi kod 76.6% ispitanika. S obzirom na to da je iznos srednje vrijednosti ukupnog rezultata simptoma prema skali DSM-5 M=7.11 (SD=1.89), možemo zaključiti da visoka prisutnost simptoma u ovom istraživanju odgovara visokoj prisutnosti simptoma kod patoloških kockara i u drugim inozemnim istraživanjima (31, 222, 200). Gotovo je jednaka preraspodjela i po pitanju kategorizacije ovisnosti o kockanju u ovom istraživanju i istraživanjima provedenima u inozemstvu, gdje se na tretmane javljaju ovisnici o kockanju koji zadovoljavaju kriterije ponajviše za umjerenu i tešku ovisnost o kockanju (222, 200), što možemo povezati sa zaključkom Bischofa i sur. (223) koji su naveli da se kockari javljaju na tretman najčešće kada su već više izražene neželjene posljedice.

„Ljepota“ kockanja leži, između ostalog, i u raznovrsnosti kockarskih igara. One se razlikuju u smislu dostupnosti, pristupačnosti, atraktivnosti, strategije, mogućnosti utjecaja na ishod, brzine prikaza rezultata klađenja te u skladu s time i adiktivnog potencijala (209). Na taj način različite igre s različitim specifičnostima mogu odgovarati različitim pojedincima, kulturama, spolu i slično (5, 15). Mnogi istraživači opisivali su kockarske aktivnosti kod patoloških kockara. Lahti i sur. (31) te Granero i sur. (218) istaknuli su da su muškarci skloniji strateškim igrama, poput sportskog klađenja, utrka konja i pasa, kartaških igara, dok su žene sklonije nestrateškim igrama, kao što su automati, lutrija i strugalice. Stinchfield, Winters i Dittel (32)

u svom su radu prikazali da su ispitanici muškog spola najčešće prakticirali igre na automatima i potom igre s kartama, dok je sportsko klađenje bilo zastupljeno kod svega 4% ispitanika. U istraživanju koje su proveli Lahti i sur. (31) na bazi redovitog kockanja (više od jednom tjedno), najzastupljenije kockarske igre kod muškaraca bile su automati kod 75% ispitanika, sportsko klađenje kod 55% ispitanika i potom tjedna lutrija. Iz navedenog možemo primijetiti da po pitanju aktivnosti kockanja rezultati istraživača nisu uvijek jednoznačni te da je potrebno uzeti u obzir i širi kontekst jer su različite igre u različitim zemljama različito dostupne, što ovisi o pristupačnosti, zakonskim regulativama i drugim čimbenicima. Tomu doprinosi i internet, odnosno mogućnost neprestanog i stalno dostupnog „online“ igranja koja je posljednjih godina sve izraženija, ima viši adiktivni potencijal te istraživači ističu da će se u narednim godinama trend internetskog kockanja zasigurno pojačavati (224). Bez obzira na navedeno, ono što možemo primijetiti kod većine inozemnih autora jest da su najzastupljenije igre s višim adiktivnim potencijalom poput strateških igara te igara na automatima (225, 226). Na uzorku ovog istraživanja, u kojem je svega jedan ispitanik ženskog spola, najzastupljenije igre na bazi redovitog kockanja bile su sportsko klađenje kod 80.9% ispitanika, rulet kod 40.7%, te igre na automatima 37.5% ispitanika. Vidimo da ispitanici ovog istraživanja također potvrđuju veću zastupljenost igara s višim adiktivnim potencijalom.

Kao i druge bolesti ovisnosti tako i patološko kockanje ima svoj proces razvoja sindroma ovisnosti. Različita su istraživanja pokazala različito trajanje tog procesa te su autori to povezali s mnogo čimbenika poput vrste kockarskih igara, pristupačnosti, godine započinjanja kockanja, spola itd. (31, 227, 221). Prema samoiskazu ispitanika ovog istraživanja prosječna je dob početka kockanja bila 19 godina, a prosječna je dob redovitog kockanja (najmanje jednom tjedno) bila 23 godine, dok je dob shvaćanja problema bila 29 godina. Bilo je potrebno još 3 godine da bi ispitanici stupili u kontakt sa stručnom osobom. Echeburua i sur. (228) u svom su istraživanju prikazali da je prosječna dob početka kockanja njihovih ispitanika bila 23 godine, a prosječna dob početka patološkog kockanja bila je 33 godine. Prema istraživanju koje su proveli Teo i sur. (229), prosječna je dob početka kockanja bila u ranim dvadesetim godinama, a sindrom ovisnosti nastupio je 9 godina kasnije. Nadalje, Lahti i sur. (31) istaknuli su da je prosječna dob javljanja stručnoj osobi nastupila 2 godine nakon razvoja aktivnog kockanja (3x tjedno). Breen i Zimmerman (227) povezali su razvoj patološkog kockanja s dominantnom kockarskom igrom i prikazali su da kockari, koji dominantno igraju na automatima, dvostruko brže razvijaju sindrom ovisnosti u odnosu na tradicionalne kockarske igre (karte, igre s kockicama, bingo). U istraživanju koje su proveli Ronzitti i sur. (221), prosječna dob početka

kockanja ispitanika muškog spola bila je 22 godine, a prosječno im je trebalo 12 godina da se jave na liječenje. Možemo zaključiti da je potrebno 5 ili više godina kockanja za razvoj patološkog kockanja te još 2 – 3 godine da bi se kockar obratio stručnoj osobi. Na temelju navedenog vremenski razvoj patološkog kockanja ispitanika ovog istraživanja približno odgovara vremenskom razvoju i javljanju na liječenje kod ispitanika u inozemnim istraživanjima. Dugogodišnji proces razvoja i održavanje sindroma ovisnosti možemo objasniti time što je patološko kockanje jako dobro sakrivena bolest te različite kognitivne distorzije podržavaju nastavak kockarske aktivnosti zbog čega mnogi potraže pomoć tek kad se sami ili kad se značajne bliske osobne ne mogu nositi s posljedicama (229).

S obzirom na to da je povećana vjerojatnost razvoja bolesti ovisnosti uz patološko kockanje (230), ovisnosti o psihoaktivnim tvarima najčešći su psihički komorbiditet koji se javlja kod četvrtine do dvije trećine patoloških kockara (55, 56). Kod patoloških kockara koji se liječe u KLOK-u, 54% pušilo je duhan svakodnevno, 6.3% je 3 – 6 dana tjedno pilo alkohol, 1.6% pušilo je kanabinoide 3 – 6 dana tjedno, a svega 3.2% konzumiralo je druge droge manje od jednom mjesečno. Ranije smo naveli da je oko 80% patoloških kockara ovisno o duhanu (37), gotovo tri četvrtine zlorabi ili je ovisno o alkoholu i 38.1% zlorabi ili je ovisno o drogama (44, 231). Prema raspodjeli rezultata možemo vidjeti da su ispitanici u tretmanu KLOK-a konzumirali sredstva ovisnosti znatno manje nego patološki kockari u većini inozemnih istraživanjima. Takvi rezultati odgovaraju istraživanju Stinchfielda, Wintersa i Dittela (32) prema kojem je 57% patoloških kockara bilo ovisno o duhanu, 2% pilo je alkohol na svakodnevnoj bazi, a 7% pilo je 3 – 6 dana u tjednu, kanabinoide je pušilo svega 1% ispitanika na svakodnevnoj bazi i 1% 3 – 6 dana tjedno, a 2% konzumiralo je droge 3 – 6 dana tjedno.

Osim zlouporabe sredstava ovisnosti, kod patoloških kockara često su izraženi i drugi psihički simptomi, ponajviše iz spektra anksioznih i afektivnih poremećaja. Ranije je navedeno da su Specker i sur. (52) pronašli pojavnost depresivnog poremećaja kod 35% patoloških kockara u vanbolničkom tretmanu, a da je u istom uzorku 70% ispitanika imalo depresivni poremećaj u jednom trenutku života. Prema Cunningham-Williams i sur. (33) 19% patoloških kockara tijekom života imalo je depresiju, 19% imalo je simptome anksioznosti, a čak je 29% imalo autoagresivne misli. Lorains, Cowlishaw i Thomas (232) pokazali su da 37.9% patoloških kockara u općoj populaciji boluje od afektivnog poremećaja i 37.4% od anksioznog poremećaja. Granero i sur. (218) kod muških su patoloških kockara, koji se javljaju u tretman, pokazali da 59.3% ima izraženu depresivnost i 56% ima izraženu anksioznost. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da je od simptoma psihičkog zdravlja tijekom života 65.6% ispitanika

imalo osjećaj depresivnosti i 75% imalo je osjećaj tjeskobe, a za period od unazad mjesec dana, 15% ispitanika imalo je osjećaj depresivnosti i 19% imalo je osjećaj tjeskobe. U usporedbi s inozemnim istraživanjima vidimo da članovi KLOK-a imaju manje izražene psihičke smetnje za period od posljednjih mjesec dana. Takve rezultate možemo povezati s činjenicom da su članovi KLOK-a u samom tretmanskom postupku kada rješavaju problem vlastitog kockanja i predstavljaju pozitivno selekcioniranu grupu unutar populacije patoloških kockara. To je još više izraženo činjenicom da je gotovo 50% članova u tretmanu više od godinu dana, a gotovo 30% više od 2 godine. Nadalje, smanjena razina depresivnosti i anksioznosti kod članova KLOK-a može biti takva zbog predominantnosti muškog spola s obzirom na to da je veliki broj autora pokazao da su depresivne i anksiozne smetnje izraženije kod patoloških kockara ženskog spola (218, 44). Bodor (210) je u svom istraživanju razinu depresivnosti kod članova KLOK-a mjerio DASS-21 upitnikom; rezultati tog istraživanja ukazuju na depresivnost blagog do umjerenog stupnja kod više od 40% ispitanika i depresivnost teškog do vrlo teškog stupnja kod oko 30% ispitanika. Što se tiče anksioznosti, isti je autor istaknuo da je tjeskoba blagog do umjerenog intenziteta bila izražena kod 34% ispitanika, a teškog i vrlo teškog intenziteta kod gotovo 30% ispitanika. Potrebno je istaknuti da je u navedenom istraživanju mjerena depresivnost i tjeskoba za period od unazad godinu dana što više uključuje periode bliže počecima terapijskog procesa te u skladu s time iznosi više odgovaraju rezultatima ovog istraživanja za period tijekom života nego unazad mjesec dana.

Prilikom procjena učinkovitosti tretmana za bolesti ovisnosti istraživači su između mnogih parametara ispitivali i motivaciju ovisnika za promjenom, to jest, za apstinenciju i novi stil života. Prema rezultatima ovog istraživanja 11.3% ispitanika iznijelo je da ozbiljno razmišlja smanjiti ili prekinuti s kockanjem u narednih 6 mjeseci, 12.9% planira smanjiti ili prekinuti s kockanjem u narednih mjesec dana, 9.7% već je počelo smanjivati učestalost kockanja unazad 6 mjeseci i 64.5% ispitanika u potpunosti je prestalo s kockanjem unazad 6 mjeseci ili više. Stinchfield, Winters i Dittel (32) kod patoloških su kockara na početku multimodalnog tretmana ispitali spremnost na promjenu. Prema njihovim rezultatima 12% ispitanika iznijelo je da ima ozbiljne namjere za promjenu, 41% planira smanjiti i prestati s kockanjem, 43% već je počelo smanjivati ili je prestalo s kockanjem te 2% smanjilo je ili prestalo s kockanjem i održava te promjene. Očita razlika u rezultatima istraživanja ističe veliku skupinu ispitanika KLOK-a koji apstiniraju unazad 6 mjeseci ili više, a proizlazi iz ranije spomenute činjenice da su članovi KLOK-a, kao specifičnog oblika liječenja, heterogena skupina po pitanju duljine trajanja tretmana i da je 50% ispitanika u tretmanu više od godinu dana te da uspješno održavaju

apstinenciju. Prednost i specifičnost ove vrste psihosocijalnog tretmana leži u tome da su patološki kockari nakon uspostave apstinencije ohrabreni od strane terapeuta da još određeni broj godina prisustvuju sastancima kluba te sudjeluju u grupnoj dinamici zajedno s članovima obitelji, a s obzirom na to da se sastanci održavaju jednom tjedno sat i pol, predstavljaju srednji intenzitet tretmanskog pristupa koji je članovima lakše integrirati u svoj život usprkos ostalim životnim obvezama. Takav vid tretmanske opcije daje članovima priliku prorade različitih aspekata funkcioniranja, kako onih prije procesa liječenja tako i onih nakon uspostave apstinencije.

Ranije smo naveli da već dugi niz godina istraživači posvećuju veliku pozornost ulozi kognitivnih procesa u etiologiji i održavanju patološkog kockanja s obzirom na to da je kockarsko donošenje odluka pod snažnim utjecajem kognitivnih distorzija. Tako su autori ispitivali izraženost kognitivnih distorzija vezano za pojedine kockarske igre (81, 112, 108). Srećke, loto, bingo, automati i rulet spadaju među igre koje su temeljene isključivo na sreći. U tim igrama kockar ne može primijeniti znanje i vještine. Za razliku od navedenih pojedine kartaške igre poput pokera i „blackjacka“ ubrajamo među kockarske igre koje su bazirane na sreći te znanju i vještinama. Što se tiče sportskog klađenja i klađenja na utrke konja i pasa, studije su pokazale kontradiktorne rezultate o utjecaju znanja i vještina (233, 234, 235, 93). Bez obzira na navedeno kockari različito poimaju značaj sreće na uspješnost kockanja (79). Toneatto i sur. (81) istaknuli su postojanje većeg broja kognitivnih distorzija u igrama s potencijalnom komponentom znanja i vještina nego u igrama bez utjecaja vještina. Takvi rezultati konzistentni su s rezultatima ovog istraživanja s obzirom na to da 30% ispitanika smatra da su za poker bitni isključivo znanje i vještine te 30% smatra da su podjednako bitni znanje/vještine i sreća, dok za igre poput lota, automata i igre s kockicama preko 90% smatra da je za uspješan ishod bitna isključivo sreća. Kad je riječ o sportskom klađenju, također imamo izraženu iluziju kontrole jer polovica sudionika smatra da je podjednako važno znanje ili vještina i sreća, a čak 6% smatra da su bitni isključivo znanje i vještina. Takav rezultat govori u prilog tome da većina sudionika razmišlja drugačije u odnosu na ono što su Cantinotti i sur. (235) u svom istraživanju pokazali - da vještine nemaju utjecaja na krajnji rezultat kad govorimo o sportskom klađenju i da je tu riječ o iluziji kontrole. Upravo zbog ranije navedenih kontradiktornih rezultata glede utjecaja znanja i vještina na rezultate sportskog klađenja Boutin (236) je istaknuo podjelu kockarskih igara na „čiste igre sreće“ (lutrijske igre, automati, strugalice itd.), „igre sreće sa pseudovještinama (sportsko klađenje, utrke konja i pasa, i „blackjack“), te „igre sreće s elementima vještina“ (poker).

S obzirom na to da znamo da je sustav liječenja patološkog kockanja u različitim zemljama različito koncipiran i razvijen, da ne postoji standardizirani terapijski program dokazane učinkovitosti (54) i da ne postoji jasno definiran i opće prihvaćen psihoterapijski pristup (155), postavlja se pitanje koje mjesto zauzima KLOK kao tretmanska opcija. Činjenica da je KLOK koncipiran po principu ulaska novih i izlaska starih članova te je u skladu s time heterogenost članova po pitanju duljine tretmana njegova specifičnost, kao i da su tretmani patološkog kockanja u inozemstvu različitog trajanja, intenziteta i pristupa, otežava usporedbu efikasnosti drugih tretmana s tretmanom KLOK-a. Bez obzira na navedeno korisnost podataka ovog istraživanja može doprinijeti boljem razumijevanju procesa liječenja patoloških kockara, posebno na našim prostorima gdje do danas za tu populaciju nije razvijeno jako puno različitih modaliteta liječenja.

Ranije je navedeno da prilikom procjena učinkovitosti tretmanskih opcija autori uspoređuju različite varijable poput „dropouta“, aktivnosti kockanja, DSM simptoma, psihosocijalnih obilježja i drugo. Prema Stewartu i Brownu (171) 70% polaznika odustaje od tretmana AK, a naknadna istraživanja pokazala su da svega 10% polaznika AK ostaje aktivno uključeno u zajedništvo (10). Grant, Kim i Kuskowski (181) istaknuli su „dropout“ od 48% nakon primjene KBT-a. Jimenez-Murcia i sur. (161) primijenili su KBT u trajanju od 6 mjeseci gdje je nakon tog perioda „dropout“ bio 30%. Prema istim autorima najkritičniji je period za postizanje terapijske adherencije prvih 5 tjedana tretmana. Prema istraživanju Ladouceur i sur. (166), nakon grupne kognitivne terapije usmjerene na korigiranje kognitivnih distorzija od tretmana je odustalo 26% ispitanika. Stinchfield i Winters (195) prikazali su „dropout“ kod 27% ispitanika nakon multimodalnog tretmana. Prema rezultatima ovog istraživanja nakon 6 mjeseci tretmana, zbog ranije navedene specifičnosti tretmana u KLOK-u, ne možemo govoriti o preciznim postocima „dropouta“ jer je u drugoj točki mjerenja određeni dio ispitanika završio tretman i određeni je dio usmjeren u institucije intenzivnijeg terapijskog pristupa poput komuna. Jasnije praćenje razloga odustajanja od tretmana nije bilo moguće jer je istraživanje za ispitanike bilo anonimno i šifrirano pa voditelji KLOK-a nisu mogli po šifri reći razlog zbog kojeg netko nije sudjelovao u drugoj točki mjerenja. Stoga možemo istaknuti sa sigurnošću da je „dropout“ bio manji od 44%. Uz to možemo istaknuti da je od 26 ispitanika koji su odustali, gotovo 2/3 odustajanja bilo u prvih 6 mjeseci tretmana, što potvrđuje činjenicu da je najkritičniji period za adherenciju početak liječenja (161). Takav je rezultat konzistentan s inozemnim istraživanjima koja su pokazala da je „dropout“ unutar 6 mjeseci tretmana patološkog kockanja 14 – 50% (237).

Naredna varijabla koja može govoriti o učinkovitosti tretmana, aktivnost je kockanja. Stewart i Brown (171) u svom su radu prikazali da je postotak apstinenata nakon perioda od godinu dana pohađanja sastanaka AK 8%, a nakon 2 godine 7%, no potrebno je uzeti u obzir činjenicu da AK propagiraju politiku potpune apstinencije. Prema Grantu i sur. (172), nakon 2 mjeseca kognitivno bihevioralne terapije s motivacijskim intervjuom i pohađanjem sastanaka AK postignuta je apstinencija kod 64% ispitanika, a prema Jimenez-Murcia i sur. (161) nakon 6 mjeseci KBT 76% ispitanika održavalo je apstinenciju. Različit je multimodalni pristup od strane različitih autora prikazao približno sličnu efikasnost po pitanju apstinencije. U samim su počecima pokretanja tretmana patoloških kockara Russo i sur. (193) prikazali stopu apstinencije od 76% 6 mjeseci nakon multimodalnog liječenja, u trajanju od 28 dana kod kockara koji su se liječili bolnički s pacijentima u procesu liječenja radi alkoholizma. McCormic i Taber (194) prikazali su stopu apstinencije od 56% nakon 6 mjeseci od tretmana koji je trajao mjesec dana. Prema rezultatima ovog istraživanja, nakon 6 mjeseci tretmana unazad mjesec dana apstiniralo je od kockanja 94.4% ispitanika. Takav rezultat ne čudi s obzirom na to da poput AK i tretman u KLOK-u propagira politiku potpune apstinencije, što vidimo iz činjenice da je već u prvoj vremenskoj točki unazad mjesec dana apstiniralo 91.7% ispitanika. Također, potrebno je naznačiti da je 50% ispitanika u prvoj vremenskoj točki u tretmanu duže od godinu dana što im svakako daje prednost u održavanju apstinencije radi već postignutih terapijskih učinaka koji olakšavaju apstinenciju. Osim navedenog možemo pretpostaviti da visoka stopa apstinencije koja nastaje kao produkt politike potpune apstinencije, kao i „dropout“ manji od 44% ispitanika, mogli bi govoriti u prilog tome da su patološki kockari, koji imaju poteškoće s održavanjem apstinencije, skloniji odustajanju od tretmana što daje čišću sliku apstinencije ispitanika u drugoj točki mjerenja, no daljnja su istraživanja potrebna kako bi se mogle potvrditi takve pretpostavke. Svakako bi daljnjim istraživanjima bilo potrebno potvrditi mogućnost da dugotrajniji (višegodišnji) tretman srednjeg intenziteta poput KLOK-a utječe na održavanje visoke stope apstinencije.

Iduća je odrednica učinkovitosti tretmana izraženost simptoma kockanja prema skali DSM. Ladouceur i sur. (166) nakon 10 tjedana jednotjedne grupne kognitivne terapije usmjerene na korigiranje kognitivnih distorzija prikazali su da 88% ispitanika više nije zadovoljavalo DSM kriterije za patološko kockanje. Stinchfield, Winters i Dittel (32) u svom su istraživanju učinkovitosti multimodalnog tretmana u 11 različitih ustanova u Minnesoti prikazali da 53% ispitanika 6 mjeseci nakon multimodalnog tretmana, u trajanju od 6 do 26 tjedana, nije zadovoljavalo kriterije za patološko kockanje. Seanse su se odvijale 1 – 3 puta tjedno po 2 – 3

sata. Osim navedenog prosječna je vrijednost ukupnog rezultata simptoma prema njihovom istraživanju prije tretmana bila 8.3 u rasponu od 1 do 10, a 6 mjeseci nakon tretmana bila je 2.4 simptoma. Prema rezultatima ovog istraživanja 88.9% ispitanika nije zadovoljavalo kriterije ovisnosti o kockanju prema DSM-5 skali nakon 6 mjeseci tretmana. Takav rezultat možemo razumjeti s obzirom na ranije navedene činjenice da članovi KLOK-a imaju visoku relativnu apstinenciju od kockanja u obje točke mjerenja te da je 50% ispitanika više od godinu dana u procesu liječenje pa u skladu s time nemaju izražene simptome vezane za kockanje. Međutim, uzmemo li u obzir da je ukupan rezultat simptoma prije tretmana u KLOK-u bio 7.06, a u T1 je bio 1.26, onda možemo zaključiti da značajno smanjenje simptoma prema DSM-u tijekom tretmana u KLOK-u odgovara smanjenju simptoma patološkog kockanja koje je prikazano od strane Stinchfielda, Wintersa i Dittela (32).

Posljednjih godina autori su istaknuli važnost utjecaja kognitivnih distorzija i stavova na razvoj i podržavanje patološkog kockanja. Ako znamo da mijenjanjem pogrešne kockarske kognicije možemo smanjiti problematično kockarsko ponašanje (118), onda možemo razumjeti zašto je fokus mnogih tretmanskih opcija usmjeren na korekciju iracionalnih vjerovanja i stavova o kockanju. S obzirom na to da je psihosocijalni tretman u KLOK-u vrsta multimodalnog liječenja, u ovom smo radu ispitali ima li tretman u KLOK-u utjecaj na iracionalna vjerovanja i stavove o kockanju. Kod članova KLOK-a ispitali smo poimanje značaja sreće na uspješnost kockanja u pojedinim kockarskim igrama. Prema rezultatima vidimo da su članovi KLOK-a u prvoj točki mjerenja skloni percipirati igre poput sportskog klađenja, pokera i „blackjacka“ kao igre u kojima znanje i vještine imaju značajan utjecaj na uspješan ishod. Igre poput automata, lota, jednokratnih srećki i igara s kockicama nisu percipirane kao igre u kojima znanje i vještine imaju značajnu ulogu za uspješan ishod. Takvi rezultati odgovaraju istraživanju koje su proveli Matute i sur. (77), a koji su iznijeli da će iluzija uvijek biti manja kad je vjerojatnost uzročnosti manja. Nadalje, istraživanje je pokazalo da 6 mjeseci tretmana pozitivno utječe na percepciju znanja i vještina u odnosu na sreću u sportskom klađenju, pokeru i vblackjacku“, odnosno, članovi KLOK-a bolje razumiju da ishod igre značajnije ovisi o sreći. Također, rezultati govore da je tijekom 6 mjeseci tretmana došlo do smanjenja iracionalnih vjerovanja (praznovjerja i netočnog poimanja vjerojatnosti te iluzija kontrole) i stvaranja negativnijih stavova prema kockanju kod članova KLOK-a. Redukciju iracionalnih vjerovanja, nastalu tijekom tretmana u KLOK-u, možemo usporediti s učinkom koji KBT ima na kockarsku kogniciju, a prikazan je u inozemnim istraživanjima (238, 89, 166). Nadalje, uzmemo li u obzir činjenicu da što je više izraženih kockanjem izazvanih problema, to su stavovi prema kockanju negativniji (132), onda

možemo pretpostaviti da tretman patološkog kockanja u KLOK-u postepeno povećava uvid u kockanjem izazvane probleme kao posljedica grupnih identifikacija, smanjenja otpora i obrana tijekom 6-mjesečne grupne dinamike i time dolazi do razvijanja negativnijih stavova prema kockanju.

Postojanje psihički poremećenog stanja čini kockara patološkim (10), a klinička slika karakterizirana je paletom intrapsihičkih i interpsihičkih manifestacija. Istraživači stoga koriste razne metode ocjene učinkovitosti tretmana kako bi usporedili psihičko i socijalno funkcioniranje prije i poslije primijenjenog liječenja. U ovom istraživanju koristili smo skalu simptoma i ponašanja BASIS-24 radi zahvaćanja što šireg područja intrapsihičkog i interpsihičkog funkcioniranja patoloških kockara u KLOK-u. Mnogi su autori prikazali utjecaj tretmana na kockarsko ponašanje i prateće emocionalne tegobe (161, 71, 239, 166). Stinchfield, Winters i Dittel (32) prikazali su psihičko i socijalno funkcioniranje patoloških kockara prije multimodalnog tretmana, nakon tretmana, 6 i 12 mjeseci poslije tretmana, koristeći skalu BASIS-31 (starija verzija upitnika BASIS-24). Prema njihovom istraživanju najveća se razlika u smislu poboljšanja psihičkog i socijalnog funkcioniranja pokazala u drugoj točki mjerenja nakon provedenog tretmana (6 – 26 tjedana), a u kasnijim se točkama mjerenja takva promjena održavala. Prema rezultatima ovog istraživanja nije se pokazala značajna razlika u izraženosti simptoma i ponašanja po skali BASIS-24 nakon 6 mjeseci tretmana kod članova KLOK-a. Takav rezultat možemo razumjeti s obzirom na to da znamo da su članovi KLOK-a u procesu liječenja koji nije završen, te da su u tretmanu različit vremenski period i čak je 50% ispitanika u tretmanu dulje od godinu dana što potvrđuje prevagu članova koji su u kasnijim fazama liječenja koje odgovaraju manjim razlikama u psihološkom i socijalnom funkcioniranju poput ranije navedenog istraživanja. Stoga je razumljivo da ispitanici nisu imali velike iznose na pojedinim skalama i ukupnom rezultatu BASIS-24 u prvoj točki mjerenja, što je smanjilo mogućnost razlike u drugoj vremenskoj točki. Upravo smo zbog toga ekstrahirali subuzorak od 13 ispitanika koji također nisu na samom početku liječenja, ali su unutar prvih 6 mjeseci tretmana u KLOK-u. Iz rezultata subuzorka vidimo da, prema skali BASIS-24, postoji značajna razlika u psihološkom funkcioniranju u domeni depresivnosti, ali je i primjetna tendencija poboljšanja u domeni odnosa i ukupnom rezultatu psihološkog i socijalnog funkcioniranja. Takav rezultat govori u prilog činjenici da se najveće promjene psihičkog i socijalnog funkcioniranja patoloških kockara u KLOK-u događaju na samom početku tretmana, a naknadne promjene, koje bi bile statistički značajne, vjerojatno zahtijevaju duži vremenski period u KLOK-u od 6 mjeseci, što bi bilo potrebno potvrditi daljnjim istraživanjima.

5.2. Percepcija tretmana u KLOK-u patoloških kockara

Posljednja evaluacijska odrednica koju smo ispitivali u ovom istraživanju, a bitna je za procjenu efektivnosti tretmana, percepcija je ispitanika o liječenju u KLOK-u. Ispitanici su samoprocjenom iznosili ocjenu korisnosti KLOK grupa te pojedinih sastavnica tretmana. Prema rezultatima vidljivo je da ispitanici smatraju KLOK grupe prilično i jako korisnima u prvoj točki mjerenja, prosječna ocjena M=4.78 (SD=0.42) te u drugoj točki mjerenja, prosječna ocjena M=4.64 (SD=0.49). Također, visoko su ocijenili korisnost svih elemenata tretmana u obje točke mjerenja, zbog čega nije bilo značajnog varijabiliteta rezultata. Stinchfield, Winters i Dittel (32) u svom su istraživanju istaknuli da su ispitanici grupnu terapiju i podršku članova ocijenili među 3 najkorisnija elementa liječenja. Najbolje su ocijenjeni elementi u ovom istraživanju rad na osobnim problemima te razumijevanje i podrška članova grupe. Navedeni rezultati mogu govoriti da članovima KLOK-a odgovara da mogu izraziti sebe kroz svoje probleme unutar grupe, a da se zahvaljujući grupnom miljeu pritom osjećaju prihvaćenima i neosuđivanima. Takve je opservacije istaknuo Lesier (67) koji je istraživao Anonimne kockare, te pritom zaključio da grupni procesi olakšavaju članovima življenje samima sa sobom.

Sljedeći ispitani element percepcije bilo je zadovoljstvo tretmanom koje pruža KLOK. Informacija o zadovoljstvu te povezivanje zadovoljstva sa subjektivnim mjerilima poboljšanja može biti korisna terapeutima kako bi dalje razvijali program liječenja (216). Rezultati istraživanja govore da je 96.7% ispitanika uglavnom zadovoljno i jako zadovoljno tretmanom u KLOK-u te da je prosječna ocjena zadovoljstva u prvoj točki mjerenja M=4.78 (S=0.42) i u drugoj točki mjerenja M=4.75 (S=0.44). Nadalje, povezujući zadovoljstvo tretmanom s varijablama razlika psihosocijalnog funkcioniranja, pronađena je pozitivna korelacija sa stavovima o kockanju. Uzmemo li u obzir to da su članovi KLOK-a prosječno u tretmanu 17 mjeseci te da razvijanje negativnijih stavova prema kockanju povećava zadovoljstvo tretmanom, onda možemo zaključiti da su promjene stavova prema kockanju bitan fokus naprednijih faza tretmanskog procesa psihosocijalnog liječenja u KLOK-u.

S ciljem dvosmjerne komunikacije radi daljnjeg usavršavanja tretmana u KLOK-u od ispitanika smo dobili mišljenje o pojedinim aspektima tretmana, što konceptualno predstavlja participativni pristup na način da se korisnike pita povratna informacija o tretmanskoj intervenciji koju prolaze. Prema rezultatima vidimo da je članovima KLOK-a svejedno ili dobro da imaju 2 terapeuta koji se izmjenjuju u radu, smatraju da je trajanje grupe odgovarajuće, da je bolje kad sastancima prisustvuju partneri te da je dobro da sadržaj grupe nije unaprijed

definiran jer tako izađu najvažnije stvari na površinu i znaju da uvijek mogu reći što ih muči i kako im je. Prilikom interpretacije navedenih rezultata potrebno je uzeti u obzir da ispitanici nisu imali priliku sudjelovati u drugim tretmanima patološkog kockanja, bilo da je riječ o individualnim ili grupnim tretmanima različitih psihoterapijskih škola, no uzmemo li u obzir da odustajanje od tretmana odgovara postotku odustajanja u inozemnim istraživanjima, onda možemo zaključiti da su sastavnice i obilježja terapijskog procesa u KLOK-u članovima izrazito zadovoljavajuće i korisne.

6. ZAKLJUČAK

6.1. Rezultati istraživanja

S obzirom na postavljena istraživačka pitanja, prema dobivenim rezultatima možemo reći da obilježja patoloških kockara u KLOK-u odgovaraju obilježjima kockara u inozemnim istraživanjima te da su prije tretmana učestalije igrali adiktivnije igre poput sportskog klađenja, ruleta i automata, dok je razlika u psihosocijalnom funkcioniranju nakon 6 mjeseci tretmana zastupljena u domeni kockarske kognicije. Rezultati na Skali uvjerenja o kockanju, Skali stavova o kockanju te važnosti znanja/vještina nasuprot sreći za uspješan ishod u igrama na sreću govore u prilog redukciji kognitivnih distorzija, i to praznovjerja, netočnog poimanja vjerojatnosti, iluzije kontrole te razvijanju negativnijih stavova prema kockanju. Pri tome su efekti razlika glede utjecaja znanja i vještina na uspješan ishod u igrama poput sportskog klađenja, pokera i „blackjacka“ umjereni, kao i efekti razlika praznovjerja i netočnog poimanja vjerojatnosti, dok je efekt razlike glede iluzije kontrole i stavova o kockanju velik. Prilikom tumačenja navedenih promjena u psihosocijalnom funkcioniranju potrebno je uzeti u obzir heterogenost vremenske uključenosti članova u tretman i da je aritmetička sredina sudjelovanja članova KLOK-a u tretmanu 17 mjeseci. Upravo smo zbog toga promjene psihosocijalnog funkcioniranja ispitali na subuzorku ispitanika koji su u tretmanu prvih 6 mjeseci. Rezultati na subuzorku ukazuju na promjene u domeni depresivnosti/funkcioniranja s velikim efektom razlike te na tendenciju promjene u domeni odnosa i ukupnog psihičkog i socijalnog funkcioniranja s umjerenim efektom razlike. Iz navedenog možemo zaključiti da se primjetnije i sveobuhvatnije promjene psihosocijalnog funkcioniranja događaju u samom početku tretmana prilikom uspostave apstinencije. Pri tome je razvijanje negativnijih stavova prema kockanju povezano s većim zadovoljstvom tretmanom, što govori u prilog tome da su promjene stavova prema kockanju fokus naprednijih faza procesa liječenja.

Nadalje, rezultati otkrivaju opće zadovoljstvo članova tretmanom u KLOK-u te da sve sastavnice tretmana, kao i ukupan tretman, percipiraju korisnim. Visoko ocijenjen rad na osobnim problemima, podrška i razumijevanje od strane ostalih članova te činjenica da program tretmana nije unaprijed definiran govori u prilog tome da članovi KLOK-a mogu tijekom liječenja izraziti sebe, a da se pri tome osjećaju prihvaćenima i neosuđivanima.

6.2. Istraživačka ograničenja

Usprkos doprinosu koje ovaj rad ima u istraživanju obilježja, ali i procesa liječenja patoloških kockara, postoje određena ograničenja koja je potrebno uzeti u obzir prilikom interpretacije rezultata. Prvo, u istraživanju je sudjelovao uzorak ispitanika koji se liječe u Klubu ovisnika o kockanju na području Grada Zagreba, tako da se rezultati ne mogu generalizirati na razini Hrvatske, niti na patološke kockare koji se ne liječe ili se liječe u drugim tretmanskim opcijama poput psihijatrijskih ustanova, komuna i slično. Drugo, već smo ranije istaknuli obilježje tretmanskog procesa KLOK-a koji karakterizira heterogenost članova po pitanju duljine sudjelovanja u tretmanu, što se pozitivno koristi u terapijskom procesu, no svakako otežava evaluaciju istog te bi za najadekvatniju evaluaciju tretmana bilo najbolje kad bi svi ispitanici bili na samom početku liječenja, te nastavili liječenje u grupi zatvorenog tipa. U tim bi okolnostima prikupljanje uzorka i podataka bilo veoma dugotrajno, posebno radi njegovog osipanja koje je karakteristično za poremećaje iz spektra bolesti ovisnosti.

Nadalje, u istraživanju nismo uspjeli ispitati spolne razlike psihosocijalnog funkcioniranja jer je samo jedan ispitanik ženskog spola, iako navedeno ograničenje vrijedi za većinu istraživanja u području ovisnosti o kockanju, bez obzira na to radi li se o općoj populaciji ili kliničkim uzorcima. Također, nemamo podatke o prisustvovanju sastancima KLOK-a pa nije moguće usporediti postoji li razlika u psihosocijalnom funkcioniranju među članovima koji redovito pohađaju sastanke i onih koji su neredoviti. U skladu s time sljedeća istraživanja mogla bi uključiti faktor učestalosti pohađanja sastanaka.

Osim navedenog, prilikom interpretacije rezultata potrebno je uzeti u obzir da je istraživanje provedeno upitnicima samoprocjene, a znamo da je kockarska kognicija pod utjecajem različitih kognitivnim distorzija, stoga bi buduća istraživanja, uz samoprocjenu pacijenata, mogla uključivati i dijadni pristup u kojem bi ispitanike i njihov tretmanski napredak mogli procjenjivati i voditelji KLOK-a.

Naposljetku važno je istaknuti da bi idealni longitudinalni istraživački nacrt uključivao kontrolnu skupinu, no etički razlozi onemogućavaju postizanje idealnog istraživačkog nacrta s obzirom na to da bi to podrazumijevalo odgodu ulaska u terapijski proces na duže vrijeme, a time i moguće pogoršanje problematike uzrokovane kockanjem.

6.3. Znanstveni i praktični doprinosi istraživanja

Provedeno je istraživanje prvo koje ispituje učinkovitost liječenja patoloških kockara u Hrvatskoj. Također, i prvo je istraživanje koje ispituje zadovoljstvo i korisnost tretmanom na ovim prostorima. Patološko je kockanje složeni multidimenzionalni fenomen koji zahvaća mnoge sfere društvenog i individualnog funkcioniranja, a u Hrvatskoj dobiva sve veći značaj. U skladu s time ovo istraživanje predstavlja novu znanstvenu spoznaju, ali i značajan temelj za buduća istraživanja u ovom području.

Pored navedenog važan znanstveni doprinos predstavlja primjena instrumenata koji su u Republici Hrvatskoj korišteni dominantno prilikom istraživanja kockanja na populaciji adolescenata (Skala stavova o kockanju, Skala uvjerenja o kockanju, Upitnik važnosti znanja/vještina nasuprot sreći za uspješan ishod u igrama na sreću), kao i standardiziranih inozemnih instrumenata za ispitivanje psihičkog i socijalnog funkcioniranja (BASIS-24).

Daljnji je značajan doprinos ovog istraživanja u dobivenim podacima koji mogu pomoći u budućem razvijanju sustava liječenja patoloških kockara, posebice kad se zna da standardiziran terapijski program dokazane učinkovitosti još nije definiran. Pored navedenog, osim učinkovitosti tretmana, koji predstavlja evaluaciju ishoda liječenja, ovim je istraživanjem obuhvaćena i evaluacija procesa liječenja, odnosno evaluacija zadovoljstva korisnika.

7. LITERATURA:

1. Korn DA, Shaffer HJ. Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. Journal of gambling studies. 1999;15(4):289-365.

2. McGowan R. The ethics of gambling research: An agenda for mature analysis. Journal of Gambling Studies. 1997;13(4):279-89.

3. INSERM Collective Expertise Centre. INSERM Collective Expert Reports [Internet] Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2000-. Gambling: Contexts and addictions. 2008 (pristupljeno 15.05.2016). Dostupno na:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10784/

4. Meyer G, Hayer T, Griffiths M. Problem Gambling in Europe Challenges, Prevention and Interventions. New York: Springer; 2009.

5. Tse S, Dyall L, Clarke D, Abbott M, Townsend S, Kingi P. Why people gamble: A qualitative study of four New Zealand ethnic groups. International Journal of Mental Health and Addiction. 2012;10(6):849-61.

6. Reith G. Gambling: Who Wins? Who Loses? New York: Prometheus Book; 2003.

7. Derevensky J, Gupta R, Hardoon K, Dickson L, Deguire AE. Youth gambling: Some social policy issues. Gambling: Who wins. 2003;239-57.

8. Petry NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. Drug and alcohol dependence. 2001;63(1):29-38.

9. Devereux EC. Gambling. The International Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 17. New York: Macmillian; 1979.

10. Council NR. Pathological gambling: A critical review. Washington, DC. 1999. (pristupljeno 15.08.2014). Dostupno na: http://www.nap.edu/catalog/6329.html.

11. Abbott MW, Volberg RA, Bellringer M, Reith G. A review of research on aspects of problem gambling. London: Responsibility in Gambling Trust; 2004. (pristupljeno 15.08.2014). Dostupno na: https://www.gla.ac.uk/media/media_34551_en.pdf

12. Linardatou C, Parios A, Varvogli L, Chrousos G, Darviri C. An 8-week stress management program in pathological gamblers: A pilot randomized controlled trial. Journal of psychiatric research. 2014;56:137-43.

13. Ledgerwood DM, Petry NM. Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. Psychiatry Research. 2006;144(1):17-27.

14. Cavedini P, Riboldi G, Keller R, D'Annucci A, Bellodi L. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. Biological psychiatry. 2002;51(4):334-41.

15. Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. Clinical psychology review. 2004;23(8):1087-114.

16. Matošić A, Buljan D. Definicija i klasifikacija bolesti ovisnosti. Alcoholism. 2010;46(1):19-23.

17. Sakoman S. Liječenje opijatskih ovisnika. Zagreb: Alkaloid d.o.o.; 2011.

18. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. MKB-10-deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author; 2000.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: VA-American Psychiatric Publishing; 2013.

21. Walther B, Morgenstern M, Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. European addiction research. 2012;18(4):167-74.

22. Reilly C, Smith N. The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5. National center for responsible gaming. 2013;1:1-6.

23. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014

24. ZAKON.HR. Zakon o igrama na sreću. Narodne novine, br. 87/09, 35/13, 158/13, 41/14, 143/14; 2014. (pristupljeno 15.06.2017). Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/315/Zakon-o-igrama-na-sre%C4%87u

25. Zoričić Z, Torre R, Ilić S. Psihofarmakoterapija patološkog kockanja. Alcoholism. 2011; 47(1):257-264.

26. Korn DA. Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. Canadian Medical Association Journal. 2000;163(1):61-4.

27. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. Journal of gambling studies. 2007;23(3):245-57.

28. Glavak Tkalić R, Miletić GM, Sučić I. Igranje igara na sreću u hrvatskom društvu. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske; 2017.

29. Dodig D. Obilježja kockanja mladih i odrednice štetnih psihosocijalnih posljedica (Doktorska disertacija). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2013.

30. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti. (pristupljeno 02.10.2014). Dostupno na: http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/censuslogo.htm.

31. Lahti T, Halme J, Pankakoski M, Sinclair D, Alho H. Characteristics of treatment seeking Finnish pathological gamblers: baseline data from a treatment study. International journal of mental health and addiction. 2013;11(3):307-14.

32. Stinchfield R, Winters KC, Dittel C. Evaluation of state-supported pathological gambling treatment in Minnesota. University of Minnesota Medical School. Google Scholar. 2008.

33. Cunningham-Williams RM, Grucza RA, Cottler LB, Womack SB, Books SJ, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. Journal of psychiatric research. 2005;39(4):377-90.

34. Bakken IJ, Götestam KG, Gråwe RW, Wenzel HG, Øren A. Gambling behavior and gambling problems in Norway 2007. Scandinavian Journal of Psychology. 2009;50(4):333-9.

35. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell MC, Parker J. Gambling participation in the US—results from a national survey. Journal of gambling studies. 2002;18(4):313-37.

36. Torre R, Zoričić Z, Škifić B. Pojavnost i zakonodavna regulacija kockanja. Med Jad. 2010;40(1-2):27-31.

37. Erbas B, Buchner UG. Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. Deutsches Ärzteblatt International. 2012;109(10):173.

38. Buth S, Stöver H. Gambling and Gambling Problems in Germany: Results of a National Survey. Suchttherapie. 2008;9(1):3-11.

39. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, Gentil V. Brief communications: Gender differences in gambling progression. Journal of gambling studies. 2001;17(2):151-9.

40. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. Addiction. 1997;92(1):75-87.

41. Dodig D, Neven R. Obilježja kockanja zagrebačkih adolescenata. Ljetopis socijalnog rada. 2011;18,103-125

42. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction. 2002;97(5):487-99.

43. Sacco P, Cunningham-Williams RM, Ostmann E, Spitznagel Jr EL. The association between gambling pathology and personality disorders. Journal of Psychiatric Research. 2008;42(13):1122-30.

44. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The Journal of clinical psychiatry. 2005.

45. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL, Ben-Abdallah A. Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. Journal of gambling studies. 2000;16(4):347-76.

46. Templer DI, Kaiser G, Siscoe K. Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. Comprehensive Psychiatry. 1993;34(5):347-51.

47. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. The British Journal of Psychiatry. 2003;182(S44):s3-10.

48. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton 3rd WM, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. American journal of public health. 1998;88(7):1093-6.

49. Pietrzak RH, Petry NM. Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. Addiction. 2005;100(8):1183-93.

50. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. The British Journal of Psychiatry. 1993;162(3):299-313.

51. Steel Z, Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. Addiction. 1998;93(6):895-905.

52. Specker SM, Carlson GA, Edmonson KM, Johnson PE, Marcotte M. Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. Journal of Gambling Studies. 1996;12(1):67-81.

53. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. Psychiatric Services. 1998;49(11):1434-9.

54. Winters KC, Kushner MG. Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. Journal of Gambling Studies. 2003;19(3):261-77.

55. Ibáñez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Pérez de Castro I, Fernández-Piqueras J, Sáiz-Ruiz J. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. American Journal of Psychiatry. 2001;158(10):1733-5.

56. Shek DT, Chan EM, Wong RH. Associations between pathological gambling and psychiatric comorbidity among help-seeking populations in Hong Kong. The scientific world journal. 2012.

57. Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A, de Brito S, Glorius S, Jeske C, Kastirke N, Porz S, Schoen D, Westram A, Klinger D. Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. University of Greifswald, Lübeck. 2011.

58. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, Shaffer HJ. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. Psychological medicine. 2008;38(9):1351-60.

59. Lloyd J, Doll H, Hawton K, Dutton WH, Geddes JR, Goodwin GM, Rogers RD. How psychological symptoms relate to different motivations for gambling: An online study of internet gamblers. Biological psychiatry. 2010;68(8), 733-740.

60. O'Brien C. Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. Counselling Psychology Review. 2011;26(1):53-61.

61. Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. The Journal of nervous and mental disease. 2002;190(7):462.

62. Frank ML, Lester D, Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous. Journal of Gambling Studies. 1991;7(3):249-54.

63. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. The American journal of psychiatry. 1984.

64. Choi YS, Park JH, Hong GH. Psychiatric comorbidity and the clinical characteristics of pathological gamblers seeking admission treatment. European Neuropsychopharmacology. 2007;17:S561.

65. Cunha D, Inman R, Relvas AP. Gambling Disorder: Psychopathology and Family Variables in a Non-Clinical Sample. Journal of Addiction and Preventive Medicine. 2017.

66. Shaw MC, Forbush KT, Schlinder J, Rosenman E, Black DW. The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. CNS spectrums. 2007;12(8):615-22.

67. Lesieur HR. Costs and treatment of pathological gambling. The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 1998;556(1):153-71.

68. Salonen AH, Alho H, Castrén S. The extent and type of gambling harms for concerned significant others: a cross-sectional population study in Finland. Scandinavian journal of public health. 2016;44(8):799-804.

69. Petry NM. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. Addiction. 2003;98(5):645-55.

70. Baron E, Dickerson M. Alcohol consumption and self-control of gambling behaviour. Journal of Gambling Studies. 1999;15(1):3-15.

71. Sharma MG, Sharma V. Effect of psychotherapy on pathological gamblers. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health. 2012;19(1):56.

72. Cocco N, Sharpe L, Blaszczynski AP. Differences in preferred level of arousal in two sub-groups of problem gamblers: A preliminary report. Journal of Gambling Studies. 1995;11(2):221-9.

73. Lesieur HR, Blume SB. When lady luck loses: Women and compulsive gambling. Feminist perspectives on addictions (pp. 181-197). New York, NY, US: Springer Publishing Co. 1991.

74. Grant JE, Kim SW. Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. Comprehensive psychiatry. 2002;43(1):56-62.

75. Hendriks VM, Meerkerk GJ, Van Oers HA, Garretsen HF. The Dutch instant lottery: prevalence and correlates of at-risk playing. Addiction. 1997;92(3):335-46.

76. Sharpe L, Tarrier N. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. The British Journal of Psychiatry. 1993;162(3):407-12.

77. Matute H, Blanco F, Yarritu I, Díaz-Lago M, Vadillo MA, Barberia I. Illusions of causality: How they bias our everyday thinking and how they could be reduced. Frontiers in Psychology. 2015;6:888.

78. Simon, H. (1957). Models of Man: Social and Rational. New York, NY: Wiley

79. Wohl MJ, Enzle ME. Illusion of control by proxy: Placing one's fate in the hands of another. British Journal of Social Psychology. 2009;48(1):183-200.

80. Deci EL, Ryan RM. Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. Handbook of self-determination research. 2002;3-3.

81. Toneatto T, Blitz-Miller T, Calderwood K, Dragonetti R, Tsanos A. Cognitive distortions in heavy gambling. Journal of gambling studies. 1997;13(3):253-66.

82. Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. Substance use & misuse. 1999;34(11):1593-604.

83. Ladouceur R, Gaboury A. Effects of limited and unlimited stakes on gambling behavior. Journal of Gambling Behavior. 1988;4(2):119-26.

84. Walker MB. Irrational thinking among slot machine players. Journal of Gambling studies. 1992;8(3):245-61.

85. Griffiths M. Technological addictions. Clinical Psychology Forum. 1995;76, 14-19

86. Xian H, Shah KR, Phillips SM, Scherrer JF, Volberg R, Eisen SA. Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. Psychiatry research. 2008;160(3):300-7.

87. Ladouceur R. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. Addictive behaviors. 2004;29(3):555-65.

88. Ladouceur R. Gambling: The hidden addiction. The Canadian Journal of Psychiatry. 2004;49, 501–503

89. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gambling. The Journal of nervous and mental disease. 2001;189(11):774-80.

90. Langer EJ. The illusion of control. Journal of personality and social psychology. 1975;32(2):311.

91. Goodie AS. The role of perceived control and overconfidence in pathological gambling. Journal of Gambling Studies. 2005;21(4):481-502.

92. Martinez F, Le Floch V, Gaffié B, Villejoubert G. Reports of wins and risk taking: An investigation of the mediating effect of the illusion of control. Journal of Gambling Studies. 2011;27(2):271-85.

93. Myrseth H, Brunborg GS, Eidem M. Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. Journal of gambling studies. 2010;26(4):561-9.

94. Sundali J, Croson R. Biases in casino betting: The hot hand and the gambler's fallacy. Judgement and Decision Making. 2006;1(1):1.

95. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs: General and applied. 1966;80(1):1.

96. Rothbaum F, Weisz JR, Snyder SS. Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. Journal of personality and social psychology. 1982;42(1):5.

97. Delfabbro PH, Winefeld AH. Predictors of irrational thinking in regular slot machine gamblers. The Journal of psychology. 2000;134(2):117-28.

98. Orgaz C, Estévez A, Matute H. Pathological gamblers are more vulnerable to the illusion of control in a standard associative learning task. Frontiers in psychology. 2013;4:306.

99. Joukhador J, Blaszczynski A, Maccallum F. Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: Preliminary data. Journal of gambling studies. 2004 Jun 1;20(2):171-80.

100. Henslin J. Craps and magic. American Journal of Sociology. 1967;73,316–330

101. Wiseman R, Watt C. Belief in psychic ability and the misattribution hypothesis: A qualitative review. British Journal of Psychology. 2006;97(3):323-38.

102. Delfabbro P, Lahn J, Grabosky P. It's not what you know, but how you use it: Statistical knowledge and adolescent problem gambling. Journal of gambling studies. 2006;22(2):179-93.

103. Keren G, Lewis C. The two fallacies of gamblers: Type I and Type II. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1994.

104. Aasved, M. The psychodynamics and psychology of gambling. Springfield: Charles C Thomas; 2002. (pristupljeno 20.6.2016). Dostupno na: https://books.google.hr/books?id=BHRaCQAAQBAJ&pg=PA129&dq=selective+memory+gambling+Gilovich&hl=hr&sa=X&ved=0ahUKEwi9kZT-7bbNAhVFrRQKHVLRAW8Q6AEIGzAA#v=onepage&q=selective%20memory%20gambling%20Gilovich&f=false.

105. Raylu N, Oei TP. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. Addiction. 2004;99(6):757-69.

106. Wagenaar WA. Essays in cognitive psychology. Paradoxes of gambling behaviour. Hillsdale, NJ, US. 1988.

107. Miller NV, Currie SR. A Canadian population level analysis of the roles of irrational gambling cognitions and risky gambling practices as correlates of gambling intensity and pathological gambling. Journal of gambling studies. 2008;24(3):257-74.

108. Lund I. Irrational beliefs revisited: Exploring the role of gambling preferences in the development of misconceptions in gamblers. Addiction Research & Theory. 2011;19(1):40-6.

109. Nicholson R, Graves C, Ellery M, Afifi TO. The temporal relationship between faulty gambling cognitions and gambling severity in young adults. Journal of gambling studies. 2016;32(4):1215-29.

110. Martinez F, Le Floch V, Gaffié B, Villejoubert G. Reports of wins and risk taking: An investigation of the mediating effect of the illusion of control. Journal of Gambling Studies. 2011;27(2):271-85.

111. Ejova A, Navarro DJ, Delfabbro PH. Success-slope effects on the illusion of control and on remembered success-frequency. Judgment and Decision Making. 2013;8(4):498–511

112. Mitrovic DV, Brown J. Poker mania and problem gambling: A study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. Journal of Gambling Studies. 2009;25(4):489-502.

113. Sharpe L. A reformulated cognitive–behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. Clinical psychology review. 2002;22(1):1-25.

114. Po Oei T, Lin J, Raylu N. The relationship between gambling cognitions, psychological states, and gambling: A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. Journal of cross-cultural psychology. 2008;39(2):147-61.

115. Michalczuk R, Bowden-Jones H, Verdejo-Garcia A, Clark L. Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. Psychological medicine. 2011;41(12):2625-35.

116. Alloy LB, Clements CM. Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. Journal of Abnormal Psychology. 1992;101(2):234.

117. Thompson SC, Armstrong W, Thomas C. Illusions of control, underestimations, and accuracy: a control heuristic explanation. Psychological bulletin. 1998;123(2):143.

118. Walker MB. Problems in measuring the effectiveness of cognitive therapy for pathological gambling. Journal of Gambling Studies. 2005;21(1):79-90.

119. Raylu N, Oei TP. Pathological gambling: A comprehensive review. Clinical psychology review. 2002;22(7):1009-61.

120. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. Journal of consulting and clinical psychology. 1997;65(5):727.

121. Moore SM, Ohtsuka K. Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling. Psychology of addictive behaviors. 1999;13(4):339.

122. Salonen AH, Castrén S, Raisamo S, Orford J, Alho H, Lahti T. Attitudes towards gambling in Finland: a cross-sectional population study. BMC public health. 2014;14(1):982.

123. Martin F, Lichtenberg PA, Templin TN. A longitudinal study: Casino gambling attitudes, motivations, and gambling patterns among urban elders. Journal of Gambling Studies. 2011;27(2):287-97.

124. Peltzer K, Thole JM. Gambling attitudes among black South African university students. Psychological Reports. 2000;86(3):957-62.

125. Vong F. Changes in residents' gambling attitudes and perceived impacts at the fifth anniversary of Macao's gaming deregulation. Journal of Travel Research. 2009;47(3):388-97.

126. Hanss D, Mentzoni RA, Delfabbro P, Myrseth H, Pallesen S. Attitudes toward gambling among adolescents. International Gambling Studies. 2014;14(3):505-19.

127. Chiu J, Storm L. Personality, perceived luck and gambling attitudes as predictors of gambling involvement. Journal of Gambling Studies. 2010;26(2):205-27.

128. Orford J, Griffiths M, Wardle H, Sproston K, Erens B. Negative public attitudes towards gambling: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey using a new attitude scale. International Gambling Studies. 2009;9(1):39-54.

129. Donaldson P, Rockloff MJ, Browne M, Sorenson CM, Langham E, Li E. Attitudes towards gambling and gambling reform in Australia. Journal of gambling studies. 2016;32(1):243-59.

130. Moore SM, Ohtsuka K. Gambling activities of young Australians: Developing a model of behaviour. Journal of Gambling Studies. 1997;13(3):207-36.

131. Smith GJ, Schopflocher DP, el-Guebaly N, Casey DM, Hodgins DC, Williams RJ, Wood R. Community attitudes toward legalised gambling in Alberta. International Gambling Studies. 2011;11(01):57-79.

132. Salonen AH, Alho H, Castrén S. Attitudes towards gambling, gambling participation, and gambling-related harm: cross-sectional Finnish population studies in 2011 and 2015. BMC public health. 2017;17(1):122.

133. Volberg RA, Toce MT, Gerstein DR. From back room to living room: Changing attitudes toward gambling. Public Perspective. 1999;10(5):8-13.

134. Kassinove JI, Tsytsarev SV, Davidson I. Russian attitudes toward gambling. Personality and Individual Differences. 1998;24(1):41-6.

135. Taormina RJ. Social and personality correlates of gambling attitudes and behavior among Chinese residents of Macau. Journal of Social and Personal Relationships. 2009;26(8):1047-71.

136. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. Journal of personality and social psychology. 1993;65(4):757.

137. Ajzen I. Behavioral Interventions Based on the Theory of Planned Behavior. 2006. (pristupljeno 22.6.2017). Dostupno na: https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf.

138. McAllister I. Public opinion towards gambling and gambling regulation in Australia. International Gambling Studies. 2014;14(1):146-60.

139. Jones BD. Reconceiving decision-making in democratic politics: Attention, choice, and public policy. University of Chicago Press; 1994. (pristupljeno 23.6.2017). Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=en&lr=&id=PuLskkB8MScC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Jones+B.+Reconceiving+decision-making+in+democratic+politics.+Chicago,+IL:+University+of+Chicago+Press.+1994&ots=BC9QVW6Lxz&sig=0IM_9_w0YR09ncx4mYDjAp6B0rc&redir_esc=y#v=onepage&q=Jones%20B.%20Reconceiving%20decision-making%20in%20democratic%20politics.%20Chicago%2C%20IL%3A%20University%20of%20Chicago%20Press.%201994&f=false

140. Adams, P. Gambling, freedom and democracy. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2008. (pristupljeno 23.6.2017). Dostupno na: https://www.taylorfrancis.com/books/9781135907297

141. Bouju G, Hardouin JB, Boutin C, Gorwood P, Le Bourvellec JD, Feuillet F, Venisse JL, Grall-Bronnec M. A shorter and multidimensional version of the Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS-23). Journal of Gambling Studies. 2014;30(2):349-67.

142. Suurvali H, Hodgins DC, Cunningham JA. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. Journal of Gambling Studies. 2010;26(1):1-33.

143. Suurvali H, Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA. Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. Journal of Gambling Studies. 2012;28(2):273-96.

144. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J. Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. Journal of Gambling Studies. 2009;25(1):19-32.

145. Ladouceur R. Understanding gambling and problem gambling: A step in the right direction. AGA Responsible Gaming Lecture Series. 2002;1(1):1-0.

146. Raylu N, Oei TP. Factors that predict treatment outcomes in a community treatment agency for problem gamblers. International Journal of Mental Health and Addiction. 2007;5(2):165.

147. Jamieson J, Mazmanian D, Penney A, Black N, Nguyen A. When problem gambling is the primary reason for seeking addiction treatment. International Journal of Mental Health and Addiction. 2011;9(2):180-92.

148. Petry NM. Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2005;73(2):312.

149. Gómez-Peña M, Penelo E, Granero R, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, Santamaría JJ, Moragas L, Neus Aymamí M, Gunnard K, Menchón JM, Jimenez-Murcia S. Correlates of motivation to change in pathological gamblers completing cognitive-behavioral group therapy. Journal of clinical psychology. 2012;68(7):732-44.

150. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(2):318.

151. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. American Journal of Psychiatry. 2006;163(2):297-302.

152. Lobsinger C. Beckett L. Odds on the Break Even: A Practical Approach to Gambling Awareness. Relationships Australia. 1996.

153. George S, Bowden-Jones H. Treatment provision for gambling disorder in Britain: call for an integrated addictions treatment and commissioning model. BJPsych bulletin. 2016;40(3):113-5.

154. Rosenthal RJ. Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):41-50

155. Marceaux JC, Melville CL. Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. Journal of Gambling Studies. 2011;27(1):171-90.

156. Thaller V. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Naklada CSCAA. 2004.

157. Torre R, Zoričić Z. Kockanje i klađenje od zabave do ovisnosti. Zagreb: HSKLA. 2013.

158. George S, Copello A. Treatment provision for Britain's problem gamblers: present gaps and future opportunities. Advances in Psychiatric treatment. 2011;17(5):318-22.

159. Okuda M, Balán I, Petry NM, Oquendo M, Blanco C. Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: cultural considerations. American Journal of Psychiatry. 2009;166(12):1325-30.

160. A Bullock S, N Potenza M. Pathological gambling: neuropsychopharmacology and treatment. Current psychopharmacology. 2012;1(1):67-85.

161. Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R, Neus Aymami M, Gómez-Peña M, Jaurrieta N, Sans B, Rodriguez-Marti J, Vallejo J. Cognitive–behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. Psychotherapy Research. 2007;17(5):544-52.

162. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. Addiction. 2005;100(10):1412-22.

163. Fong TW. Types of psychotherapy for pathological gamblers. Psychiatry (Edgmont). 2005;2(5):32.

164. Coman GJ, Evans BJ, Burrows GD. Group counselling for problem gambling. British Journal of Guidance and Counselling. 2002;30(2):145-58.

165. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, Molina C, Steinberg K. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. Journal of consulting and clinical psychology. 2006;74(3):555.

166. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. Behaviour research and therapy. 2003;41(5):587-96.

167. Toneatto T, Dragonetti R. Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. American Journal on Addictions. 2008;17(4):298-303.

168. Schuler A, Ferentzy P, Turner NE, Skinner W, McIsaac KE, Ziegler CP, Matheson FI. Gamblers Anonymous as a recovery pathway: A scoping review. Journal of gambling studies. 2016;32(4):1261-78.

169. Humphreys K. Circles of recovery: Self-help organizations for addictions. Cambridge: Cambridge Press. 2004.

170. Gamblers Anonymous. International Service office. 2014. (pristupljeno 30.7.2014). Dostupno na: http://www.gamblersanonymous.org/ga/node/1.

171. Stewart RM, Brown RI. An outcome study of Gamblers Anonymous. The British Journal of Psychiatry. 1988;152(2):284-8.

172. Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL, Kim SW, Miller MJ, Petry NM. Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2009;195(3):266-7.

173. Jokić-Begić N. Bihevioralno-kognitivne terapije. U V. Jukić i Z. Pisk Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas (str. 63-74). Zagreb: Medicinska naklada. 2008.

174. Ladouceur R, Lachance S. Overcoming pathological gambling. Oxford University Press; 2006.

175. Ladouceur R. Controlled gambling for pathological gamblers. Journal of Gambling Studies. 2005;21(1):49-57.

176. Myrseth H, Litlerè I, Støylen IJ, Pallesen S. A controlled study of the effect of cognitive–behavioural group therapy for pathological gamblers. Nordic journal of psychiatry. 2009;63(1):22-31.

177. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. Cognitive Behaviour Therapy. 2010;39(2):92-103.

178. Rizeanu S. The efficacy of cognitive-behavioral intervention in pathological gambling treatment. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014;127:626-30.

179. Rash CJ, Petry NM. Psychological treatments for gambling disorder. Psychology research and behavior management. 2014;7:285.

180. Dowling N, Smith D, Thomas T. Treatment of female pathological gambling: The efficacy of a cognitive-behavioural approach. Journal of Gambling Studies. 2006;22(4):355-72.

181. Grant JE, Kim SW, Kuskowski M. Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. Comprehensive psychiatry. 2004;45(2):83-7.

182. Choi SW, Shin YC, Youn H, Lim SW, Ha J. Pharmacotherapy and group cognitive behavioral therapy enhance follow-up treatment duration in gambling disorder patients. Annals of general psychiatry. 2016;15(1):20.

183. Rosenthal RJ, Rugle LJ. A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence. Journal of gambling studies. 1994;10(1):21-42.

184. Walker MB. The psychology of gambling. New York: Pergamon. 1992.

185. Lee BK, Awosoga O. Congruence couple therapy for pathological gambling: A pilot randomized controlled trial. Journal of gambling studies. 2015;31(3):1047-68.

186. Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Blanchette-Martin N, Ferland F, Savard AC, Saint-Jacques M, Côté M. The Experience of Couples in the Process of Treatment of Pathological Gambling: Couple vs. Individual Therapy. Frontiers in psychology. 2018;8:2344.

187. Štalekar V. Obiteljska i bračna psihoterapija. U V. Jukić i Z. Pisk Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas (str. 232-245). Zagreb: Medicinska naklada. 2008.

188. Beck M, Friedlander ML, Escudero V. Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. Journal of Marital and Family Therapy. 2006;32(3):355-68.

189. Tepperman L, Korn D, Reynolds J. Partner influence on gambling: An exploratory study. Retrieved November. 2006;29:2011.

190. Perkins A, Zimmerman L, Mooss A, Zorland J. Pathological Gambling Treatment Literature Review (Second Edition). Atlanta: Department of Psychology Georgia State University. 2007. (pristupljeno 2.2.2018). Dostupno na: http://www2.gsu.edu/~psyjge/Rsrc/PG_Treatment_%20Literature_Review.pdf

191. Mladenović I, Lažetić G, Lešić-Toševski D, Dimitrijević I. Treatment of pathological gambling-integrative systemic model. Psychiatria Danubina. 2015;27(1):0-111.

192. Griffiths MD, Macdonald HF. Counselling in the treatment of pathological gambling: An overview. British Journal of Guidance and Counselling. 1999;27(2):179-90.

193. Russo AM, McCormick RA, Ramirez LF, Taber JI. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. Psychiatric Services. 1984;35(8):823-7.

194. McCormick RA, Taber JI. Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. Journal of Gambling Studies. 1991;7(2):99-108.

195. Stinchfield R, Winters K. Evaluation of State-Supported Pathological Gambling Treatment in Minnesota. Journal of Gambling Studies. 2001;17, No. 3

196. Toneatto T. A perspective on problem gambling treatment: Issues and challenges. Journal of Gambling Studies. 2005;21,75-80

197. Ro E. Conceptualization of psychosocial functioning: understanding structure and relations with personality and psychopathology. PhD Thesis. University of Iowa. 2010.

198. Weissman MM. The assessment of social adjustment: a review of techniques. Archives of General Psychiatry. 1975;32(3):357-65.

199. Villella C, Pascucci M, De Waure C, Bellomo A, Conte G. Validation of the Gambling Disorder Screening Questionnaire, a self-administered diagnostic questionnaire for gambling disorder based on the DSM-5 criteria. Rivista di psichiatria. 2016;51(5):206-11.

200. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Gambling disorder, DSM-5 criteria and symptom severity. Comprehensive psychiatry. 2017;75:1-5.

201. Galetti AM, Tavares H. Development and validation of the Gambling Follow-up Scale, Self-Report version: an outcome measure in the treatment of pathological gambling. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2017;39(1):36-44.

202. Ricijaš N, Dodig D, Huić A, Kranželić V. Navike i obilježja kockanja adolescenata u urbanim sredinama–izvještaj o rezultatima istraživanja. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2011.

203. Ricijaš N, Dodig Hundrić D, Huić A, Kranželić V. Kockanje mladih u Hrvatskoj-učestalost igranja i zastupljenost problematičnog kockanja. Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju. 2016;24(2):24-47.

204. McLean Hospital. Behavior And Simptom Identification Scale (BASIS-24) - Instruction Guide. Belmont: McLean Hospital Department of Mental Health. 2006.

205. McLean Hospital. BASIS-24 Comparison Group Report. Belmont: McLean Hospital. 2005.

206. Jelić M, Huić A, Dinić T. Stav o kockanju i aktivnosti kockanja studenata. U: Sušanj Z, Miletić I, Kalebić Maglica B, Lopižić J. (ur.). 21. godišnja konferencija hrvatskih psihologa Suvremeni izazovi psihologije rada i organizacijske psihologije Knjiga sažetaka. Zagreb: Hrvatsko psihološko društvo. 2013.

207. Soberay A, Faragher JM, Barbash M, Brookover A, Grimsley P. Pathological gambling, co-occurring disorders, clinical presentation, and treatment outcomes at a university-based counseling clinic. Journal of Gambling studies. 2014;30(1):61-9.

208. Prochaska JO, Norcross JC. Stages of change. Psychotherapy: theory, research, practice, training. 2001;38(4):443.

209. Ricijaš N, Milun T. Matematika kockanja i obilježja igara na sreću. Ricijaš N, Kranželić V, Dodig-Hundrić D. Tko zapravo pobjeđuje? Priručnik za provođenje programa prevencije

kockanja mladih. Zagreb: Edukacijsko-rehabiltacijsmki fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2016. 9-59

210. Bodor D. Usporedba psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju. Doktorska dizertacija. Zagreb: Stomatološki fakultet Zagreb. 2018.

211. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. Journal of clinical psychology. 2011;67(2):143-54.

212. Cameron IM, Cunningham L, Crawford JR, Eagles JM, Eisen SV, Lawton K, Naji SA, Hamilton RJ. Psychometric properties of the BASIS-24©(Behaviour and Symptom Identification Scale–Revised) mental health outcome measure. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2007;11(1):36-43.

213. Goodhew M, Salmon AM, Marel C, Mills KL, Jauncey M. Mental health among clients of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC). Harm reduction journal. 2016;13(1):29.

214. Eisen SV, Ranganathan G, Seal P, Spiro A. Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. The journal of behavioral health services & research. 2007;34(3):272-89.

215. Gibbons JD. Nonparametric statistics: An Introduction, New York: Sage Publications. 1993.

216. Monnat SM, Bernhard B, Abarbanel BL, John SS, Kalina A. Exploring the relationship between treatment satisfaction, perceived improvements in functioning and well-being and gambling harm reduction among clients of pathological gambling treatment programs. Community mental health journal. 2014;50(6):688-96.

217. Lambert W, Salzer MS, Bickman L. Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998;66(2):270.

218. Granero R, Penelo E, Martínez-Giménez R, Álvarez-Moya E, Gómez-Peña M, Aymamí MN, Bueno B, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. Comprehensive psychiatry. 2009;50(2):173-80.

219. Leinert Novosel S. Društveni položaj žena u Republici Hrvatskoj: žena i obitelj (1999.–2016.). Politička misao: časopis za politologiju. 2018;55(1):53-72.

220. Okuda M, Liu W, Cisewski JA, Segura L, Storr CL, Martins SS. Gambling disorder and minority populations: Prevalence and risk factors. Current addiction reports. 2016;3(3):280-92.

221. Ronzitti S, Lutri V, Smith N, Clerici M, Bowden-Jones H. Gender differences in treatment-seeking British pathological gamblers. Journal of behavioral addictions. 2016;5(2):231-8.

222. Gavriel-Fried B, Rabayov T. Similarities and Differences between Individuals Seeking Treatment for Gambling Problems vs. Alcohol and Substance Use Problems in Relation to the Progressive Model of Self-stigma. Frontiers in psychology. 2017;8:957.

223. Bischof A, Meyer C, Bischof G, Guertler D, Kastirke N, John U, Rumpf HJ. Association of sociodemographic, psychopathological and gambling-related factors with treatment utilization for pathological gambling. European addiction research. 2014;20(4):167-73.

224. Yazdi K, Katzian C. Addictive potential of online-gambling. a prevalence study from austria. Psychiatria Danubina. 2017;29(3):367-78.

225. Jiménez-Murcia S, Alvarez-Moya EM, Stinchfield R, Fernández-Aranda F, Granero R, Aymamí N, Gómez-Pena M, Jaurrieta N, Bove F, Menchón JM. Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. Journal of Gambling Studies. 2010;26(2):235-48.

226. Zhang M, Yang Y, Guo S, Cheok C, Wong KE, Kandasami G. Online Gambling among Treatment-Seeking Patients in Singapore: A Cross-Sectional Study. International journal of environmental research and public health. 2018;15(4):832.

227. Breen RB, Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. Journal of gambling studies. 2002;18(1):31-43.

228. Echeburúa E, González-Ortega I, De Corral P, Polo-López R. Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. Journal of Gambling Studies. 2011;27(2):215-27.

229. Teo P, Mythily S, Anantha S, Winslow M. Demographic and clinical features of 150 pathological gamblers referred to a community addictions programme. Annals Academy of Medicine Singapore. 2007;36(3):165.

230. Parhami I, Mojtabai R, Rosenthal RJ, Afifi TO, Fong TW. Gambling and the onset of comorbid mental disorders: a longitudinal study evaluating severity and specific symptoms. Journal of Psychiatric Practice®. 2014;20(3):207-19.

231. Castrén S, Basnet S, Salonen AH, Pankakoski M, Ronkainen JE, Alho H, Lahti T. Factors associated with disordered gambling in Finland. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2013;8(1):24.

232. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction. 2011;106(3):490-8.

233. Rogers P. The cognitive psychology of lottery gambling: A theoretical review. Journal of gambling studies. 1998;14(2):111-34.

234. Ladouceur R, Sylvain C, Letarte H, Giroux I, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gamblers. Behav Res Ther. 1998;36(12):1111-9

235. Cantinotti M, Ladouceur R, Jacques C. Sports betting: Can gamblers beat randomness?. Psychology of addictive behaviors. 2004;18(2):143.

236. Boutin C. Le jeu: Chance ou stratégie? Choisir librement la place du jeu dans votre vie [Game: Luck or strategy? Freely choose the place of the game in your life]. Montréal, Québec: Editions de l'Homme. 2010.

237. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Psychological treatment dropout among pathological gamblers. Clinical psychology review. 2007;27(8):944-58.

238. Oei TP, Raylu N, Lai WW. Effectiveness of a Self Help Cognitive Behavioural Treatment Program for Problem Gamblers: A Randomised Controlled Trial. Journal of gambling studies. 2018;34(2):581-95.

239. Champine RB, Petry NM. Pathological Gamblers Respond Equally Well to Cognitive-Behavioral Therapy Regardless of Other Mental Health Treatment Status. The American journal on addictions. 2010;19(6):550-6.

8. PRILOZI

OBAVIJEST SUDIONICIMA ISTRAŽIVANJA POD NAZIVOM
„Obilježja ovisnika i percepcija učinka psihosocijalnog tretmana
u klubu liječenih ovisnika o kocki“

Mjesto provođenja istraživanja: Klub ovisnika o kockanju (KLOK)
Glavni istraživač: dr.med. Donald Stojnić, specijalist psihijatrije
Materijalni troškovi: istraživanje je financirano iz osobnih sredstava

POZIV ZA SUDJELOVANJEM U ISTRAŽIVANJU

Poštovana/poštovani,
ovim putem Vas pozivamo da sudjelujete u znanstvenom istraživanju koje će se baviti obilježjima korisnika u klubovima liječenih ovisnika o kocki te njihovom percepcijom tretmana. Ova obavijest će Vam pružiti podatke, koji će Vam pomoći odlučiti želite li sudjelovati u istraživanju.
Želimo da donesete informiranu odluku, pa Vas molimo da pažljivo pročitate ovu obavijest. Ukoliko u ovom tekstu ne razumijete neke riječi ili imate pitanja, molimo Vas da se za objašnjenje obratite glavnom istraživaču usmeno prije ili tijekom ispunjavanja upitnika, ili telefonom na 01/3787-734, odnosno ili e-mailom na stoj1@net.hr.

Temeljni cilj ovog istraživanja je istražiti način razmišljanja i ponašanja osoba koje imaju ili su imale u prošlosti probleme vezane uz kockanje, te dobiti uvid u njihovu percepciju liječenja u kojeg su uključene. Kako u Hrvatskoj do sada nikada nisu provođena ovakva istraživanja, Vaše sudjelovanje nam je od izuzetne važnosti i koristi.

Temeljna obilježja ovog istraživanja i Vašeg sudjelovanja su:

- U istraživanju sudjelujete tako da **ispunite jedan anketni upitnik**.
- Očekivano vrijeme ispunjavanja upitnika je **oko 30 minuta**.
- Planirano je da u istraživanju sudjeluje **oko 80 osoba** koje su u Zagrebu uključene u klubove liječenih ovisnika o kocki.
- Rezultati će se obrađivati **elektronički i skupno**, te se neće iznositi pojedinačno.
- Istraživanje će se provesti u **dvije vremenske točke**, u razmaku od 6 mjeseci. To znači da ćete upitnik ispunjavati danas i još jedanput za 6 mjeseci.
- Vaše sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti **dobrovoljno**. Svaka osoba samostalno daje pristanak na sudjelovanje, a **imate pravo odustati** od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku, bez ikakvih obrazloženja ili posljedica. Sudjelovanje ne donosi nikakvu izravnu materijalu korist.

- Istraživanje je u potpunosti **anonimno**. To znači da nigdje na anketni upitnik nećete trebati napisati svoje ime i prezime.

- Anketni upitnik će se **šifrirati**, a Vi ćete sami prema uputama istraživača sastaviti šifru prema kojoj se neće moći saznati Vaš identitet.

- Sudjelovanje u istraživanju u potpunosti je sigurno i **ne nosi sa sobom nikakve rizike**. Međutim, ukoliko ćete nakon ispunjavanja upitnika htjeti razgovarati s nekim o određenim pitanjima, slobodno se možete obratiti glavnom istraživaču ili voditelju Kluba.

- Dobiveni rezultati koristit će se isključivo u **znanstvene svrhe**.

Ukoliko ste spremni sudjelovati u ovom istraživanju, molimo Vas da svojim potpisom date pisani pristanak.

Plan ovog istraživanja **pregledalo je Etičko povjerenstvo Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu**, na kojem glavni istraživač izrađuje **doktorski rad** i koje je nakon uvida u dokumentaciju odobrilo istraživanje. Istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući *Osnove dobre kliničke prakse i Helsinšku deklaraciju*.

Hvala Vam što ste pročitali ovu obavijest i razmotrili sudjelovanje u ovom znanstvenom istraživanju.

S poštovanjem,

dr.med. Donald Stojnić, specijalist psihijatrije

Ova obavijest je sastavljena u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 121/03) i Zakonom o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04).

PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

„Obilježja ovisnika i percepcija učinka psihosocijalnog tretmana u klubu liječenih ovisnika o kocki“

Glavni istraživač: dr.med. Donald Stojnić, specijalist psihijatrije

Ja, _____ (ime i prezime) svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao obavijest za sudjelovanjem u istraživanju te da mi je jasan postupak provođenja istraživanja, njegova svrha i glavni cilj.

Glavni istraživač mi je objasnio na koji način će biti zaštićen moj identitet te da je sudjelovanje u istraživanju anonimno, a anketni upitnici šifrirani.

Također mi je jasno da imam pravo odustati od sudjelovanja i ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku.

Potpis sudionika: _____

Datum: _____

UPITNIK ZA ČLANOVE KLUBA OVISNIKA O KOCKANJU - KLOK

T1

DATUM ISPUNJAVANJA UPITNIKA: _____ godine.

Poštovani,

još jednom Vam zahvaljujemo što ste pristali sudjelovati u ovom istraživanju!

Temeljni cilj nam je istražiti neka Vaša životna iskustva i način razmišljanja vezano uz kockanje i klub ovisnika o kockanju u koji ste uključeni.

Stoga u upitniku **nema točnih i netočnih odgovora**, jer nas zanima samo Vaše mišljenje i iskustvo!

Očekivano trajanje ispunjavanja upitnika je **oko 30 minuta.**

Vaše sudjelovanje je u potpunosti **anonimno** - nigdje ne trebate na upitnik upisati svoje ime i prezime.

Molimo Vas samo da u polje niže napišete **ŠIFRU** koju ste prethodno sastavili.

Hvala Vam!

S poštovanjem,

dr.med. Donald Stojnić

ŠIFRA UPITNIKA:

OPĆA PITANJA

1. Vaš spol (molim Vas označite): ☐ Muški ☐ Ženski

2. Koliko imate godina? _____ godina

3. Koji je Vaš trenutni bračni/partnerski status?

1. Samac/nikad u braku
2. U braku/izvanbračna zajednica
3. Udovac/ica
4. Razdvojen/a ili razveden/a
5. U vezi, ali ne živimo zajedno

4. Imate li djece? ☐ Ne ☐ Da

5. S kim živite u istom kućanstvu? (označite sve što se odnosi na Vas):

☐ Sam

☐ Sa supružnikom/icom ili partnerom/icom
☐ S djecom/djecom iz prethodnog braka
☐ S roditeljima
☐ S cimerom/cimericom
☐ Ostalo (Navedite): _____

6. Označite Vaš radni odnos <u>tijekom većine prošle godine</u>?

1. Redovito zaposlen/a, puno radno vrijeme
2. Povremeni/sezonski posao
3. Studentski posao
4. Nezaposlen/a
5. Domaćica / roditelj kod kuće
6. Radno nesposoban/a
7. Umirovljen/a

8. Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?

1. Nezavršena osnovna škola
2. Završena osnovna škola
3. Završena srednja škola
4. Završen fakultet ili viša škola
5. Završen magisterij ili doktorat znanosti

9. Molim Vas označite s ☒ <u>ukupna mjesečna novčana</u> primanja Vašeg kućanstva (uključuje zbroj prihoda SVIH članova kućanstva):

☐ manje od 3.000 kn	☐ 3.000 kn	☐ 4.000 kn	☐ 5.000 kn	☐ 6.000 kn	☐ 7.000 kn	☐ 8.000 kn
☐ 9.000 kn	☐ 10.000 kn	☐ 11.000 kn	☐ 12.000 kn	☐ 13.000 kn	☐ 14.000 kn	☐ 15.000 kn
☐ 16.000 kn	☐ 17.000 kn	☐ 18.000 kn	☐ 19.000 kn	☐ 20.000 kn	☐ 21.000 kn	☐ 22.000 kn i više

10. Broj članova Vašeg kućanstva (koliko Vas živi zajedno u stanu/kući?): _____ osoba

11. Kako biste opisali životni standard i kvalitetu života Vašeg kućanstva:

1. ispodprosječno - lošije od većine drugih
2. prosječno - niti bolje niti lošije od većine drugih
3. iznadprosječno - bolje od većine drugih

POVIJEST PRIJE KLOK-a

12. Koji je bio *glavni razlog* dolaska na liječenje u KLOK?

1. Pravne poteškoće ili liječenje po odluci suda
2. Ohrabren/pritisnut na liječenje od strane supružnika, obitelji ili prijatelja
3. Radne poteškoće ili liječenje predloženo od strane poslodavca
4. Moja odluka
5. Financijske poteškoće
6. Depresija, suicidalne misli ili pokušaj suicida
7. Razvod ili razdvajanje od partnera/ice
8. Nešto drugo (molim Vas navedite): _____

13. Prije uključivanja u KLOK, koliko puta u životu ste se susreli sa stručnjakom (npr. savjetnikom, psihologom, psihijatrom) *zbog problema s kockanjem* u individualnom razgovoru ili pregledu?

1. Nikada
2. Jedanput
3. Dvaput
4. Tri puta
5. Četiri puta
6. Pet i više puta

14. Koliko ste puta u svom životu (prije uključivanja u KLOK) sudjelovali u tretmanu ili programu liječenja *zbog problema s kockanjem?*

1. Nikada
2. Jedanput
3. Dvaput
4. Tri puta
5. Četiri puta
6. Pet i više puta

15. Jeste li ikad posjetili stručnjaka (kao što je savjetnik, psiholog ili psihijatar) za liječenje zbog sljedećih problema (zaokružite Ne ili Da):

1. Ovisnost o cigaretama / pušenje	Ne	Da
2. Konzumiranje alkohola	Ne	Da
3. Konzumiranje droga	Ne	Da
4. Neke druge ovisnosti (npr. pretjerano kupovanje, ovisnost o seksu i slično)	Ne	Da
5. Neki drugi problemi mentalnog zdravlja	Ne	Da

16. Koliko dugo ste uključeni u liječenje pri Klubu ovisnika o kockanju (KLOK)? Slobodno sami navedite koliko godina ili mjeseci, ali važno je navesti točno trajanje.

_____

DSM-V PRIJE KLOKA

17. Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života <u>PRIJE UKLJUČIVANJA U KLUB</u> OVISNIKA O KOCKANJU (KLOK). Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva prije uključivanja u KLOK.

Tvrdnja		
10. Jeste li imali potrebu za kockanjem **sa sve većim iznosima** novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	NE	DA
11. Jeste li **osjećali nemir ili razdražljivost** pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	NE	DA
12. Jeste li imali ponovljena **neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka** kockanja?	NE	DA
13. Jeste li često bili **zaokupljeni kockanjem** (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	NE	DA
14. Jeste li ste često **kockali kada ste se osjećali loše** (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)	NE	DA
15. Nakon što ste na kocki **izgubili novac**, jeste li se često **vraćali drugi dan** da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	NE	DA
16. Jeste li **lagali** kako biste prikrili veličinu upletenosti u kocku?	NE	DA
17. Jeste li **ugrozili ili izgubili** važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	NE	DA
18. Jeste li se **oslanjali na druge** kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	NE	DA

KOCKANJE PRIJE KLOK-a

18. Slijede pitanja o aktivnostima i učestalosti kockanja. Pitanje se odnosi na razdoblje <u>PRIJE UKLJUČIVANJA U KLOK</u>, odnosno na razdoblje dok ste aktivno bili uključeni u igre na sreću.

Molim Vas da označite sa „X“ koliko često se PRIJE KLOK-a igrali sljedeće igre:

	NIKADA	Jednom godišnje ili manje o toga	Nekoliko puta godišnje	Otprilike 1-2x mjesečno	Otprilike 1x tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svako-dnevno
1. Kartanje za novac s prijateljima							
2. Kartaške igre u casinu							
3. Sportsko klađenje							
4. Lutrijske igre (npr. loto, EuroJackpot i sl.)							
5. TV Bingo							
6. Jednokratne srećke (strugalica, srećke na otvaranje)							
7. Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i slično)							
8. Rulet							
9. Klađenje na virtualne utrke							

19. Molim Vas, označite koju od sljedećih igara ste igrali preko interneta (web-a) ili mobilnih aplikacija? (označite sve što se odnosi na Vas):

- ☐ nikada nisam igrao/la preko weba ili aplikacija
- ☐ sportsko klađenje
- ☐ lutrijske igre (loto i slično)
- ☐ automati
- ☐ rulet
- ☐ kartaške igre

20. Od niže navedenih kockarskih igara, navedite <u>JEDNU</u> koja Vam je bila <u>NAJATRAKTIVNIJA</u>, odnosno najdraža:

1. Kartanje za novac
2. Lutrijske igre (loto, bingo i slično)
3. Jednokratne srećke / strugalice
4. Sportsko klađenje
5. Igre na automatima
6. Rulet
7. Igre s kockicama
8. Nešto drugo (molim Vas upišite):_____

21. Imate li <u>TRENUTNO</u> financijske dugove uzrokovane kockanjem?

1. ne
2. da

22. Ako da, koliki su vaši <u>TRENUTNI</u> ukupni dugovi? _____ kuna

23. S koliko godina ste se prvi puta počeli kockati/kladiti? _____ godina

24. S koliko godina ste počeli redovito kockati/kladiti? (na tjednoj bazi ili češće) _____ godina

25. S koliko godine ste prvi puta shvatili da imate problem s kockanjem? _____ godina

26. Koji je najveći iznos novca kojeg ste ikad izgubili u jednom kockanju? _____ kuna

27. Koji je najveći iznos novca kojeg ste osvojili kockanjem u jednom danu? _____ kuna

28. S koliko godina ste prvi puta potražili stručnu pomoć zbog kockanja? _____ godina

29. Koliko puta ste kockanjem / klađenjem osvojili veliki iznos novca?

1	2	3	4
Nikada	**jednom**	**nekoliko puta**	**puno puta**

30. Jeste li kockali ili kockate li pretežito sami ili u društvu?

1. pretežito sam
2. pretežito u društvu

31. Jeste li sebe ikada smatrali profesionalnim kockarom?

1. ne
2. da

PROCJENA KOCKANJA DRUGIH

32. Od prijatelja s kojima ste provodili najviše vremena u posljednjih godinu dana, KOLIKO NJIH KOCKA?

1	2	3	4	5
Niti jedan	Manje od pola	Oko pola	Preko pola	Svi

33. Od prijatelja s kojima ste provodili najviše vremena u posljednjih godinu dana, KOLIKO NJIH, prema Vašem mišljenju, IMA PROBLEMA S KOCKANJEM?

1	2	3	4	5
Niti jedan	Manje od pola	Oko pola	Preko pola	Svi

34. Što mislite koliko posto ljudi u Hrvatskoj REDOVITO (jedanput tjedno ili češće) igra sljedeće igre na sreću. Radi se o Vašoj procjeni, te ovdje nema točnih i netočnih odgovora.

Sportske kladionice	Automat klubovi	Rulet u kasinu	Lutrijske igre
= _____ %	= _____ %	= _____ %	= _____ %

35. Među ljudima s kojima živite (u Vašem kućanstvu), koji od njih trenutno kockaju?

☐ živim sam

☐ nitko u kućanstvu ne kocka

☐ suprug/a kocka
☐ moji roditelji kockaju
☐ djeca kockaju
☐ netko drugi:
_____

36. Koji od navedenih članova Vaše obitelji (bez obzira živite li s njima ili ne) su imali ili trenutno imaju problem kockanja? (zaokružite sve točne odgovore)

☐ nitko nije imao problema s kockanjem

☐ suprug/supruga
☐ dijete/djeca
☐ roditelji (otac ili majka)
☐ neki rođaci (bratići, sestrične i slično)
☐ netko drugi: _____

MISLI POVEZANE S KOCKANJEM

37. Slijede pitanja o kockanju gdje *svatko može imati svoje mišljenje*. Zaokruživanjem odgovora od 1 do 5 interesira nas VAŠE MIŠLJENJE o ovim tvrdnjama. Brojevi imaju sljedeće značenje:

1 – uopće se ne slažem
2 – uglavnom se ne slažem
3 – niti se ne slažem, niti se slažem
4 – uglavnom se slažem
5 – u potpunosti se slažem

1	Ishode kockanja moguće je predvidjeti.	1	2	3	4	5
2	Neke aktivnosti (npr. rituali i sl.) povećavaju vjerojatnost dobitka pri kockanju.	1	2	3	4	5
3	Dugoročno gledajući, kockanjem se više dobiva nego gubi.	1	2	3	4	5
4	Ukoliko netko ima uspjeha u kockanju to je dokaz da posjeduje znanja i vještine potrebne za kockanje.	1	2	3	4	5
5	Tko nema sreće u ljubavi, imat će u kocki.	1	2	3	4	5
6	Ukoliko osoba u kockanju ima seriju dobitaka, vrlo je vjerojatno da će se dobici i nastaviti.	1	2	3	4	5
7	Osoba može osjetiti kada će imati sreće u kockanju.	1	2	3	4	5
8	Sretni predmeti (npr. nošenje određenog komada odjeće, privjeska i sl.) povećavaju vjerojatnost dobitka pri kockanju.	1	2	3	4	5
9	Šanse za osvojiti veliku količinu novca kockanjem su poprilično velike.	1	2	3	4	5
10	O kockanju se ne može postati ovisan.	1	2	3	4	5
11	Vještine određuju koliko će kockar biti uspješan.	1	2	3	4	5
12	Ako osoba duže vrijeme gubi u kockanju, veća je vjerojatnost da će uskoro početi dobivati.	1	2	3	4	5
13	Veća je vjerojatnost da će osoba pobijediti u kockanju ako koristi svoje sretne brojeve.	1	2	3	4	5
14	Usmjeravanje misli na dobitak povećava njegovu vjerojatnost.	1	2	3	4	5
15	Istovremeno kockanje u više igara povećava vjerojatnost da će osoba barem u jednoj od njih dobiti.	1	2	3	4	5
16	Za zaraditi novac kockanjem potrebno je imati dobar sistem igre.	1	2	3	4	5
17	Dobitak u kockanju ne ovisi samo o sreći.	1	2	3	4	5
18	Iako osoba u kockanju ima seriju gubitaka, osvojit će nazad svoj novac ako dovoljno dugo igra.	1	2	3	4	5

38. Niže su navedene neke igre na sreću. Molim Vas označite u kojoj mjeri smatrate da je za uspjeh u takvim igrama potrebno imati SREĆU, a u kojoj mjeri je važno ZNANJE ILI VJEŠTINA.

	Ishod ovisi ISKLJUČIVO O ZNANJU/ VJEŠTINI		PODJEDNAKO znanja/vještine i sreća		Ishod ovisi isključivo o SREĆI
1. Sportsko klađenje	☐	☐	☐	☐	☐
2. Igre na automatima	☐	☐	☐	☐	☐
3. Loto	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jednokratne srećke	☐	☐	☐	☐	☐
5. Rulet	☐	☐	☐	☐	☐
6. Igre s kockicama	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kartanje – poker	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kartanje – blackjack	☐	☐	☐	☐	☐

AKTIVNOSTI KOCKANJA UNAZAD MJESEC DANA

39. Jeste li se kockali U POSLJEDNJIH MJESEC DANA? ☐ NE ☐ DA

AKO NISTE, MOŽETE PRESKOČITI NA SLJEDEĆU STRANICU. Slijede neka pitanja o aktivnostima i učestalosti kockanja. Pitanje se odnosi na razdoblje UNAZAD MJESEC DANA.

40. Molim Vas da prvo označite sa „X" jeste li UNAZAD MJESECA DANA igrali navedenu igru na sreću, te ako DA, procijenite koliko često.

	NIKADA	Jednom godišnje ili manje o toga	Nekoliko puta godišnje	Otprilike 1-2x mjesečno	Otprilike 1x tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svako-dnevno
1. Kartanje za novac s prijateljima							
2. Kartaške igre u casinu							
3. Sportsko klađenje							
4. Lutrijske igre (npr. loto, EuroJackpot i sl.)							
5. TV Bingo							
6. Jednokratne srećke (strugalica, srećke na otvaranje)							
7. Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i slično)							
8. Rulet							
9. Klađenje na virtualne utrke							

DSM-V U POSLJEDNJIH MJESECA DANA

41. Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života U POSLJEDNJIH MJESEC DANA. Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva u ovom razdoblju.

Tvrdnja		
1. Jeste li imali potrebu za kockanjem **sa sve većim iznosima** novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	NE	DA
2. Jeste li **osjećali nemir ili razdražljivost** pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	NE	DA
3. Jeste li imali ponovljena **neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka** kockanja?	NE	DA
4. Jeste li često bili **zaokupljeni kockanjem** (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	NE	DA
5. Jeste li ste često **kockali kada ste se osjećali loše** (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)	NE	DA
6. Nakon što ste na kocki **izgubili novac**, jeste li se često **vraćali drugi dan** da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	NE	DA
7. Jeste li **lagali** kako biste prikrili veličinu upletenosti u kocku?	NE	DA
8. Jeste li **ugrozili ili izgubili** važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	NE	DA
9. Jeste li se **oslanjali na druge** kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	NE	DA

FINANCIJSKI PROBLEMI U POSLJEDNJIH GODINU DANA

42. U POSLJEDNJIH GODINU DANA, jeste li radili nešto od navedenog kako biste kockali, ili zbog kockarskih problema ili kako bi isplatili dugove uzrokovane kockanjem:

1. Prodali zlato ili neke druge vrijednosti	Ne	Da
2. Prestali plaćati stambeni kredit	Ne	Da
3. Prestali plaćati kredit za auto ili neki drugi kredit (osim stambenog)	Ne	Da
4. Prestali plaćati račune za režije i tekuće mjesečne obveze	Ne	Da
5. Digli kredit u banci	Ne	Da
6. Digli kredit u štednoj zadruzi	Ne	Da
7. Posudili novac od prijatelja	Ne	Da
8. Posudili novca od kamatara	Ne	Da

KAKO SE SADA OSJEĆAM

43. Koja od niže navedenih tvrdnji Vas trenutno najbolje opisuje?

1. **Nemam namjere** mijenjati svoje kockanje.
2. **Ozbiljno razmišljam** smanjiti ili prekinuti s kockanjem u narednih 6 mjeseci.
3. **Planiram** smanjiti ili prekinuti kockanje u narednih mjesec dana.
4. **Već sam počeo** smanjivati učestalost kockanja **unazad** 6 mjeseci.
5. **Već sam počeo** smanjivati učestalost kockanje **pred više od** 6 mjesec.
6. **U potpunosti** sam prestao kockati **unazad** 6 mjeseci
7. **U potpunosti** sam prestao kockati **pred više od** 6 mjeseci.

KONZUMACIJA

44. U POSLJEDNJIH GODINU DANA, jeste li konzumirali nešto od sljedećeg, i ako da, koliko često?

	Ne u posljednji godinu dana	Manje od jednom mjesečno	1-3 dana mjesečno	1-2 dana tjedno	3-6 dana tjedno	Svakodnevno
Pušenje cigareta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konzumiranje alkohola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pušenje marihuane ili hašiša	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konzumiranje neke druge droge	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OSJEĆAJI I MISLI

45. Jeste li tijekom života, ili unazad 30 dana, imali značajan period u kojem ste se osjećali na sljedeći način, a da nije bilo povezano s eventualnom konzumacijom alkohola ili droga?

TIJEKOM ŽIVOTA			U POSLJEDNJIH 30 DANA		
1. Osjećaj depresivnosti	Ne	Da	1. Osjećaj depresivnosti	Ne	Da
2. Osjećaj tjeskobe	Ne	Da	2. Osjećaj tjeskobe	Ne	Da
3. Halucinacije	Ne	Da	3. Halucinacije	Ne	Da
4. Problemi s koncentracijom	Ne	Da	4. Problemi s koncentracijom	Ne	Da
5. Problemi s pamćenjem	Ne	Da	5. Problemi s pamćenjem	Ne	Da
6. Problemi s prejedanjem	Ne	Da	6. Problemi s prejedanjem	Ne	Da
7. Pretjerani seksualni porivi	Ne	Da	7. Pretjerani seksualni porivi	Ne	Da
8. Problemi s kontrolom nasilnog ponašanja	Ne	Da	8. Problemi s kontrolom nasilnog ponašanja	Ne	Da
9. Suicidalne ideje	Ne	Da	9. Suicidalne ideje	Ne	Da
10. Pokušaj suicida	Ne	Da	10. Pokušaj suicida	Ne	Da

46. Koliko Vam je bilo teško i koliko je bilo problematično nositi se sa psihičkim ili emocionalnim problemima unazad 30 dana?

1. uopće nije bilo problem
2. lagani problem
3. umjereni problem
4. značajni problem
5. ekstremni problem

47. Koliko Vam je sada važan tretman u KLOK-u za te psihološke probleme?

1. uopće nije važan
2. malo važan
3. umjereno važan
4. prilično važan
5. izuzetno važan

BASIS -24

48. Slijede tvrdnje koje opisuju neke osjećaje i ponašanja koje su karakteristične za sve ljude. Molimo Vas da sa znakom „X" u kućicu označite koliko često ste se osjećali ili ponašali na određeni način tijekom PROŠLOG TJEDNA. Molimo Vas da detaljno pročitate uputu.

Tijekom PROŠLOG TJEDNA, koliko teško i zahtjevno Vam je bilo....

	Uopće nije bilo teško	Malo je bilo teško	Umjereno je bilo teško	Prilično je bilo teško	Jako je bilo teško
1. ...nositi se sa svakodnevnim životom?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...nositi se s problemima u životu?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...koncentrirati se?	☐	☐	☐	☐	☐

Tijekom PROŠLOG TJEDNA, koliko vremena ste se...

	Nimalo vremena / Uopće nisam	Malo vremena	Polovicu vremena	Većinu vremena	Sve vrijeme / Uvijek
4. ...dobro slagali s članovima vaše obitelji?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...dobro slagali s ljudima izvan obitelji?	☐	☐	☐	☐	☐

6. ...imali dobre odnose u društvenim situacijama?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...osjećali blisko s drugom osobom?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...osjećali da se imate kome obratiti ako vam je potrebna pomoć?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...osjećali sigurno u sebe?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...osjećali tužno ili depresivno?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...mislili okončati svoj život?	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...osjećali nervozno?	☐	☐	☐	☐	☐

Tijekom PROŠLOG TJEDNA, koliko često ste...

	Nikada	**Rijeko**	**Ponekad**	**Često**	**Uvijek**
13. ...imali misli koje su same jurile kroz vašu glavu?	☐	☐	☐	☐	☐
14. ...mislili da imate posebne moći?	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...čuli glasove ili vidjeli stvari?	☐	☐	☐	☐	☐
16. ...mislili da vas ljudi gledaju?	☐	☐	☐	☐	☐
17. ...mislili da su drugi ljudi protiv vas?	☐	☐	☐	☐	☐
18. ...imali promjene raspoloženja?	☐	☐	☐	☐	☐
19. ...osjećali razdražljivo i da ćete lako planuti?	☐	☐	☐	☐	☐
20. ...mislili o tome da se ozlijedite?	☐	☐	☐	☐	☐
21. ...imali potrebu piti alkohol ili uzeti drogu?	☐	☐	☐	☐	☐
22. ...je netko razgovarao s vama o vašem pijenju ili konzumiranju droge?	☐	☐	☐	☐	☐
23. ...pokušali sakriti svoje pijenje ili konzumiranje droga?	☐	☐	☐	☐	☐
24. ...ste imali problema zbog pijenja ili konzumiranja droga?	☐	☐	☐	☐	☐

KOLIKO SE SLAŽETE SA SLJEDEĆIM TVRDNJAMA?

49. Pred Vama se nalazi niz tvrdnji o kockanju. Molimo Vas da za svaku tvrdnju označite u kojem se stupnju s njom slažete. To učinite tako da zaokružite odgovarajući broj na desnoj strani. Brojevi znače sljedeće:

1 – uopće se ne slažem
2 – donekle se ne slažem
3 – niti se slažem niti se ne slažem
4 – donekle se slažem
5 – u potpunosti se slažem

1.	Večer u kockarnici primjer je dobrog večernjeg izlaska.	1	2	3	4	5
2.	Kockanje je ovisnost.	1	2	3	4	5
3.	Kockanje je zabavan način zarađivanja.	1	2	3	4	5
4.	Kockanje je štetna aktivnost.	1	2	3	4	5
5.	Kockari znaju uživati u životu.	1	2	3	4	5
6.	Kockanje treba zabraniti.	1	2	3	4	5
7.	Veoma me privlači kockanje.	1	2	3	4	5
8.	Kockanje je porok koji često dovodi do velikih dugova.	1	2	3	4	5
9.	Kockanje uči krivim vrijednostima.	1	2	3	4	5
10.	Odlazak u kockarnicu je čisti gubitak vremena.	1	2	3	4	5
11.	Kockanje se isplati.	1	2	3	4	5
12.	U kockanje se upuštaju ljudi slabog karaktera.	1	2	3	4	5
13.	Kockanje je bezazlena avantura.	1	2	3	4	5
14.	Kockanje je bacanje novca.	1	2	3	4	5
15.	Odlazak u kladionicu jedan je od najboljih načina provođenja slobodnog vremena.	1	2	3	4	5
16.	Kockanje je jedna od najtežih ovisnosti koja uništava i samog kockara i njegovu obitelj.	1	2	3	4	5
17.	Kockanje je najzabavnija aktivnost na svijetu.	1	2	3	4	5
18.	Klađenje odvodi u propast.	1	2	3	4	5
19.	Kockanje je lak i brz izvor velike zarade.	1	2	3	4	5
20.	Kockanje vodi bavljenju kriminalom.	1	2	3	4	5
21.	Kockanje pruža vrhunski užitak.	1	2	3	4	5
22.	Kockanjem se uglavnom „upada“ u probleme.	1	2	3	4	5
23.	Kockanje nije velik rizik.	1	2	3	4	5

PITANJA O KLOK-u

50. Koliko Vam je korisno pohađati KLOK grupe za Vaše probleme s kockanjem?

1	2	3	4	5
potpuno mi je beskorisno	jako malo mi je korisno	niti korisno, niti nekorisno	prilično korisno	jako korisno

51. Koliko su Vam korisni sljedeći elementi tretmana u KLOK-u?

	potpuno mi je beskorisno	jako malo mi je korisno	niti korisno, niti nekorisno	prilično korisno	jako korisno
1. Edukacija o patološkom kockanju	1	2	3	4	5
2. Rad na osobnim problemima	1	2	3	4	5
3. Rad na partnerskim problemima	1	2	3	4	5
4. Rad na obiteljskim problemima	1	2	3	4	5
5. Razumijevanje i podrška članova grupe	1	2	3	4	5

52. Koliko ste zadovoljni tretmanom/liječenjem koji Vam pruža KLOK?

1	2	3	4	5
uopće NISAM zadovoljan	uglavnom NISAM zadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	uglavnom SAM ZADOVOLJAN	jako SAM ZADOVOLJAN

53. Kakvo je Vaše mišljenje o tome da imate dva terapeuta koji se izmjenjuju u radu?

1. mislim da je to loše - to me smeta
2. mislim da je svejedno - važno je da su terapeuti dobri
3. mislim da je to dobro - više ljudi više zna i može pomoći
4. nešto drugo: _____

54. Kakav je Vaš stav oko činjenice da neki članovi grupe dolaze s suprugom/supružnikom, a neki ne?

1. mislim da je to loše - to me smeta - svi bi trebali dolaziti sami
2. mislim da je to loše - to me smeta - svi bi trebali dolaziti s nekim
3. mislim da je nevažno - svejedno mi je - svatko zna za sebe što je najbolje
4. mislim da je to dobro - sviđa mi se to - svatko ima svoju priču
5. nešto drugo: _____

55. Grupe KLOK-a traju oko 1.5 do 2 sata. Što mislite o takvom trajanju?

1. mislim da je to predugo - trebale bi biti kraće
2. mislim da je to taman kako treba
3. mislim da je to prekratko - trebale bi biti duže
4. nešto drugo: _____

56. Što mislite o činjenici da sadržaj rada u grupi svaki tjedan nije strogo definiran i strukturiran?

1. ne sviđa mi se to - mislim da bi se terapeuti trebali pripremiti s temama
2. ne sviđa mi se to - jer tada drugi članovi preuzmu sadržaj na sebe
3. sviđa mi se to - tako izađu najvažnije stvari na površinu
4. sviđa mi se to - tako znam da uvijek mogu reći što me muči i kako mi je

PONDERI ZA BASIS-24

Weights – Overall BASIS-24® Score

Weights for Computing score for BASIS-24®

Question # Weight

Q1 0.069588

Q2 0.106112

Q3 0.070040

Q4 0.025082

Q5 0.027949

Q6 0.029729

Q7 0.026978

Q8 0.024052

Q9 0.056511

Q10 0.094193

Q11 0.048262

Q12 0.058638

Q13 0.038422

Q14 0.016425

Q15 0.022986

Q16 0.024274

Q17 0.030429

Q18 0.064966

Q19 0.058904

Q20 0.052358

Q21 0.017836

Q22 0.013450

Q23 0.010047

Q24 0.012771

Weights –BASIS-24® Subscale Scores

Weights for Computing Score for Depression/Functioning

Question # Weight

Q1 0.186047

Q2 0.261202

Q3 0.176253

Q9 0.088215

Q10 0.167868

Q12 0.120415

Weights for Computing Score for Relationships

Question # Weight

Q4 0.158330

Q5 0.329864

Q6 0.275442

Q7 0.136163

Q8 0.100201

Weights for Computing Score for Self Harm

Question # Weight

Q11 0.417504

Q20 0.582496

Weights for Computing Score for Emotional Lability

Question # Weight

Q13 0.110234

Q18 0.613185

Q19 0.276580

Weights for Computing Score for Psychosis

Question # Weight

Q14 0.104877

Q15 0.136001

Q16 0.463629

Q17 0.295493

Weights for Computing Score for Substance Abuse

Question # Weight

Q21 0.340031

Q22 0.234002

Q23 0.155565

Q24 0.270402

9. ŽIVOTOPIS

Donald Stojnić rođen je 13. siječnja 1978.g. u Puli, Republika Hrvatska. Osnovnu školu i potom opću gimnaziju je završio 1996.g. u Poreču. Medicinski fakultet u Rijeci je upisao iste godine, a diplomirao je 2003.g. Pripravnički staž je odradio za Dom zdravlja Rovinj i potom se zaposlio u Domu zdravlja Poreč gdje je gotovo 2 godine radio kao liječnik u hitnoj medicini. Krajem 2007.g. se zaposlio kao liječnik sekundarac na odjelu za bolesti ovisnosti Klinike za psihijatriju u KBC „Sestre milosrdnice“ gdje je radio gotovo 6 mjeseci. Nakon toga je godinu dana radio na odjelu psihijatrije OB Pula. 2009.g. je započeo specijalizaciju iz psihijatrije na Klinici za psihijatriju KBC „Sestre milosrdnice“, a specijalistički ispit je položio 2013.g. Nakon specijalizacije je radio u dnevnoj bolnici ovisnosti o drogama pa u općoj psihijatrijskoj ambulanti poliklinike i potom na odjelu za alkoholizam. U prosincu 2010.g. je upisao poslijediplomski doktorski studij na Stomatološkom fakultetu u Zagrebu.

Popis radova:

1. Buljan D, Stojnić D, Kostanjšak L. Sedativi – Hipnotici. Alkoholizam. 2011;47(1)1-300

2. Buljan D, Kostanjšak L, Stojnić D. Duhan – ovisnost o nikotinu. Alkoholizam. 2011;47(l)1-300

3. Stojnić D, Ricijaš N, Zoričić Z. Cognitive distortions of patients in the gambling addicts' club – differences with regard to age and length of treatment. Psychiatria Danubina. (u tisku)