

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

OVISNOST O IGRAMA NA SREĆU

Završni magistarski rad

Studentica:

Tea Martinović

Mentor:

Doc.dr. Amela Dautbegović

Sarajevo, 2019.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Teorije i modeli razvoja ovisnosti o kockanju.....	5
2.1. Model ovisnosti.....	5
2.2. Psihodinamski model	7
2.3. Psihobiološki model.....	8
2.4. Bihevioralni model.....	9
2.5. Kognitivni model	10
2.6. Integrativni modeli.....	11
2.6.1. Model puteva.....	11
2.6.1.1. Bihevioralno uvjetovani problematični kockari	11
2.6.1.2. Emocionalno ranjivi problematični kockari	12
2.6.1.3. Antisocijalni impulzivni problematični kockari	13
2.6.2. Biopsihosocijalni model.....	14
3. Rizični i zaštitni faktori u razvoju ovisnosti o kockanju	16
4. Posljedice kockanja na kvalitetu života.....	23
4.1. Posljedice kockanja na obiteljsko funkcionisanje.....	23
4.2. Posljedice kockanja na radno funkcionisanje	25
4.3. Komorbiditet	26
5. Tretmani u liječenju ovisnosti o kockanju.....	29
5.1. Kognitivno-bihevioralna terapija	29
5.2. Anonimni kockari	34
5.3. Multimodalni pristup	36
6. Zaključak	39
7. Literatura	41

Ovisnost o igrama na sreću

Tea Martinović

Sažetak

Cilj ovog rada jeste bolje razumijevanje procesa koji leže u osnovi ovisnosti o igrama na sreću. Shodno tome, kako bi se omogućilo razumijevanje kompleksne etiologije ove vrste ovisnosti, kroz rad su prvenstveno prikazane sljedeće teorije i modeli razvoja problematičnog kockanja: model ovisnosti, psihodinamski, psihobiološki, bihevioralni i kognitivni model, te integrativni modeli. U nastojanju lakšeg prepoznavanja pojedinaca sa povećanim rizikom za razvoj ovisnosti o kockanju, te samim time i ukazivanja na važnost adekvatne i pravovremene prevencije, prikazani su i rizični faktori poput dostupnosti i pristupačnosti prilika u kojima se priređuju igre na sreću, kognitivnih distorzija, individualnih obilježja ličnosti, motivacije, stavova prema kockanju, te uticaja obitelji, vršnjaka i medija. Narušena kvaliteta života nije iznimka, a naglasak je stavljen na otežano obiteljsko i radno funkcionisanje, kao i moguće komorbiditete. Na obiteljskom planu karakteristični su narušeni odnosi, izmijenjena obiteljska dinamika, zanemarivanje, zlostavljanje i finansijske teškoće, dok negativne posljedice kockanja na radno funkcionisanje uključuju smanjenu radnu učinkovitost, apsentizam, fluktuaciju, te ilegalne aktivnosti poput krađa i pronevjera. Učestali su i komorbiditeti sa mentalnim poremećajima poput zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, depresivnih i anksioznih poremećaja, poremećaja ličnosti, te komorbiditeti sa drugim medicinskim dijagnozama. S obzirom na prikazani rizik, ali i negativne posljedice kockanja na psihološko, psihosocijalno, te općenito zdravstveno stanje, radom je obuhvaćeno i nekoliko efikasnih tretmana liječenja kao što su: kognitivno-bihevioralna terapija, Anonimni kockari, te multimodalni pristup.

Ključne riječi: ovisnost o igrama na sreću, teorije i modeli, rizični i zaštitni faktori, kvaliteta života, tretmani liječenja

1. Uvod

Ovisnost o kockanju ili drugim riječima ovisnost o igrama na sreću spada u ovisnosti 21. stoljeća. Naravno, ona je postojala i ranije, no prije 21. stoljeća prevalencija ovisnika o kockanju je bila znatno niža. Legalizacija igara na sreću i njihova sve veća dostupnost doveli su do porasta prevalencije i incidencije ovisnika o kocki. S legalizacijom su nastale i promjene u društvenim stavovima, pa se shodno tome kockanje percipira kao društveno prihvatljiva aktivnost.

„Kockanje podrazumijeva ulaganje novca ili nečega što ima materijalnu vrijednost u događaj neizvjesnog ishoda, s ciljem uvećanja uložene svote ili dobara“ (Torre i Zoričić, 2013, str.15). Često se vrši podjela na: igre na sreću u kojima faktor slučaja determinira ishod i igre vještine u kojima određena znanja mogu biti korisna (Torre, 2017).

Igre na sreću kriju veliki adiktivni potencijal kojeg ne smijemo podcijeniti, no s druge strane one pružaju i oblik razonode. Kao takve, one omogućavaju zabavu, opuštanje od stresa, te je sasvim razumno da ih mnogi koriste u tu svrhu. Shodno tome, mnogi ljudi igraju igre na sreću i ne razviju ovisnost, dok se drugi ulove u krug ovisnosti, te posljedično zakažu na mnogim aspektima svog života. O zdravom i odgovornom kockanju možemo govoriti u slučajevima kada takva vrsta zabave nije česta, kada se kocka u društvu prijatelja (koji odgovorno kockaju), te kada se u potpunosti kontroliše količina novca i vremena koji će biti utrošeni u igre na sreću. No, nažalost ne zadržavaju se svi na toj granici.

Osim sve veće dostupnosti kladionica i kockarnica koje doprinose ovisnosti o kockanju iz razloga što povećavaju potražnju za kockanjem, legalizacija je rezultirala i velikim brojem promidžbenih reklama kojima je teže odoljeti s obzirom da se u njih ulaže veliki novac. Kao takve, one privlače i potiču osobe da se okušaju u kockanju. Međutim, iako je legalizacija dovela do percepcije kockanja kao društveno prihvatljivog oblika razonode, i dalje se ovisnost o kockanju promatra sa stajališta morala, te kroz prizmu poroka, a ne bolesti. Odnosno, društveni stavovi koji podržavaju kockanje i klađenje nisu popraćeni adekvatnim informacijama, što rezultira time da s jedne strane društvo ne prepoznaje razliku između socijalno odgovornog, problemskog i krajnje patološkog kockanja, te s druge strane percipira ovisnost o kockanju kao porok, a ne kao hroničnu, recidivirajuću bolest. Kako društvo nije senzibilizirano da prepozna problem na vrijeme,

tako ni ovisnik neće priznati svoju ovisnost sve do onog trenutka kada izgubi sve. Kockanje i klađenje pružaju uzbuđenje, osjećaj svemoći, te često pružaju i utjehu i bijeg od stvarnog života. Stoga, igre na sreću imaju još veći adiktivni potencijal kod osoba koje su nezrele i emocionalno nestabilne. Odnosno, veća vjerojatnoća razvoja ovisnosti karakteristična je za osobe koje se u igre na sreću unose emocionalno, te koje kockanje percipiraju prvenstveno kao način zarade, a ne zabave (Torre, 2017).

Kod ovisnika o kockanju pozitivne strane kockanja godinama nadvladavaju negativne, te je sukladno tome kvaliteta života u trenutku priznanja kockanja kao problema ozbiljno narušena. Patološki kockari uvijek očekuju dobitak, te ne prihvataju sistem prema kojem je dobitak iznimka a gubitak pravilo, smatrajući da oni igru poznaju više i bolje od drugih. Prema Milton (2006), kod ovisnika o kockanju postoje 3 vrste kognitivnih distorzija: 1) iluzija kontrole što podrazumijeva vjerovanje da se može uticati na ishod kockanja, 2) pristrasnost u procjenjivanju ishoda kockanja na način da se dobici pripisuju vlastitim sposobnostima, a gubici lošoj sreći i 3) pogrešno razumijevanje prirode slučajnosti što se odražava u njihovom vjerovanju da su objektivno nezavisni događaji međusobno povezani.

Lesieur i Custer (1984) govore o 3 faze kockanja: 1) faza pobjeđivanja, 2) faza gubljenja i 3) faza očaja. U prvoj fazi kockanje je zanimljivo, uzbuđljivo i česti su dobici koji su percipirani kao produkti vlastitih sposobnosti. Gubici se pripisuju vanjskim faktorima poput loše sreće, a novcem dobivenim kockanjem osoba se razbacuje ili troši na daljnje kockanje. Čak i u ovoj fazi se često posuđuje novac u svrhu nadoknade gubitaka i smanjenog samopoštovanja. U drugoj fazi kako bi se nadoknadili gubici, adekvatnom strategijom se percipira „lov na gubitke“, i sve više vremena je utrošeno na kockanje. Dugovi su sve veći, dižu se krediti, posuđuje se novac od kamatara, a nisu rijetke ni prevare i krivotvorenja. Posao je smetnja, učinkovitost opada, a učestali apsentizam rezultira i otkazom. S obzirom na velike dugove koji se skrivaju od obitelji, nakon saznanja o istima, u ovoj fazi su česti i bračni i obiteljski konflikti. U trećoj fazi patološki kockar je opčinjen vraćanjem dugova i kockanje predstavlja napor. Obiteljski odnosi su pogoršani, supružnici često traže pomoć, te na vidjelo izlaze laži i obmane. Od većine obitelji je već posuđivan novac, te u ovoj fazi u svrhu finansiranja kockanja značajno dominiraju ilegalne aktivnosti poput pronevjera. Nastaje panika koja

često rezultira još većim preuzimanjem rizika i iracionalnim kockanjem, no vremenom optimizam u pobjedu opada. Javljaju se nemir, razdražljivost, preosjetljivost, teškoće u spavanju i hranjenju, te vremenom osjećaj bespomoćnosti i beznada, a s obzirom da je kvaliteta života ozbiljno narušena (razvodi, otuđenost, mogućnost služenja zatvorske kazne i sl.) česte su depresija i suicidalne misli.

Torre (2013) navodi kako je u Republici Hrvatskoj prema rezultatima istraživanja provedenog 2011. godine prevalencija problemskog kockanja veća kod muškaraca nego kod žena, te da postoje dvije dominirajuće dobne skupine: između 15 i 24 godine, te između 35 i 44 godine. Važni faktori koji povećavaju vjerovatnoću nastanka problemskog i patološkog kockanja, te samim time problema izazvanih ovisnošću o kockanju su dob početka kockanja i učestalost kockanja.

Zakon o igrama na sreću u BiH izričito zabranjuje učestvovanje maloljetnih osoba u kockarskim aktivnostima, te u suprotnom podrazumijeva kaznu od 3.000 do 5.000 KM (Skoko, Topić - Stipić i Primorac, 2015). Međutim, očigledno je da se u praksi taj zakon ne poštuje, s obzirom da upravo maloljetne osobe čine dobar udio populacije koja aktivno učestvuje u kockarskim aktivnostima. U prilog tome govori istraživanje koje su proveli Ricijaš, Dodig-Hundrić, Huić i Kranželić (2016) na prigodnom uzorku od 2.702 srednjoškolca svih srednjoškolskih usmjerenja i razreda iz 7 hrvatskih gradova. Rezultati su pokazali da je 72,9% srednjoškolaca barem jednom iskusilo igre na sreću, među kojima dominira sportsko klađenje (40% učesnika). Što se tiče psihosocijalnih posljedica, rezultati su pokazali da 17% učesnika ima umjerene, a 12% visoko razvijene probleme vezane za kockanje.

U drugom istraživanju koje su na uzorku od 1.330 mladića srednjoškolaca (svih razreda i škola u 7 hrvatskih gradova) proveli Ricijaš, Dodig-Hundrić i Kranželić (2015), sportsko klađenje se ponovno pokazalo kao najučestaliji oblik klađenja. Međutim rezultati su pokazali i da je učestalo klađenje povezano i sa učestalim igranjem drugih igara s većim adiktivnim potencijalom, kao što su igre na automatima i klađenje na virtualne utrke. Važno je spomenuti i kako je istraživanje ukazalo i na povezanost učestalosti kockanja s drugim rizičnim ponašanjima, od kojih su se najznačajnijima pokazala ponašanja vezana za školu (markiranje, varanje na testovima i upućivanje na razgovor) i konzumiranje sredstava ovisnosti (alkohol, cigarete, marihuana i ljepilo).

S rastom hronološke dobi često se smanjuje učestalost kockanja. Veliki postotak ovisnika o kocki čine funkcionalni kockari koji zadovoljavaju medicinske kriterije ovisnosti, ali čije funkcionisanje u važnim aspektima života nije narušeno. Za razliku od njih, disfunkcionalni kockari takvo funkcionisanje nisu uspjeli održati, te su sukladno tome zakazali na socijalnom, obiteljskom, radnom i finansijskom nivou. Iako pozitivni efekti kockanja preovladavaju veoma dugo (čak i kad je ono vidno nanijelo mnogo štete), onog trenutka kada prevladaju negativni efekti osoba doživljava krah. Česte su velike depresivne epizode, te suicidi. Prema podacima oko 80% ovisnika o kockanju pomišlja na suicid, a određeni postotak to sprovede u djelo (15%) (Torre i Zoričić, 2013).

Sukladno tome, rad na prevenciji ovisnosti o kockanju i kockanjem izazvanih problema ima primarnu važnost. Potrebno je podići svijest o adiktivnim potencijalima igara na sreću, edukovati društvo kako bi se prepoznalo problemsko kockanje i djelovalo prije nastanka patološkog kockanja, te omogućiti informacije vezane za socijalno odgovorno kockanje.

Cilj ovog rada jeste bolje upoznavanje i razumijevanje problematike ovisnosti o kockanju, te će se stoga u sklopu ovog rada nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. U okviru kojih teorija i modela se može objasniti ovisnost o kockanju?
2. Koji su rizični i zaštitni faktori u razvoju ovisnosti o kockanju?
3. Kakve su posljedice kockanja na kvalitetu života ovisnika o kockanju?
4. Koji tretmani se mogu primjenjivati u liječenju ovisnosti o kockanju?

2. Teorije i modeli razvoja ovisnosti o kockanju

Blaszczynski i Nower (2002) navode nekoliko aktuelnih modela koji nastoje objasniti razvoj patološkog kockanja: 1) model ovisnosti, 2) psihodinamski, 3) psihobiološki, 4) bihevioralni, 5) kognitivni i 6) sociološki model. Svaki od modela naglašava različitu etiologiju u razvoju ovisnosti o kockanju, no s obzirom na važnost bioloških, psiholoških i ekoloških varijabli, kao i njihove interakcije, u nastavku će biti objašnjeni i integrativni modeli koji u objašnjenju razvoja ovisnosti o kockanju nastoje povezati više različitih varijabli.

2.1. Model ovisnosti

Ovisnost o kockanju ili igrama na sreću prvi put je identifikovana kao jedinstven poremećaj od strane psihijatrijske struke 1980. godine, kada je smještena u podskupinu „poremećaja kontrole poriva“. Međutim, 2014. godine u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5), ovisnost o kockanju biva premještena u „poremećaje ovisnosti“, i to „poremećaje koji nisu vezani uz psihoaktivne tvari“ na taj način naglasivši da je riječ o bihevioralnoj ovisnosti (Torre, 2017).

Dijagnostički kriteriji prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014, str. 585):

A. Perzistentno i povratno problematično kockanje koje vodi do klinički značajnog oštećenja ili patnje, te se iskazuje tako da pojedinac očituje četiri (ili više) od sljedećeg 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. Nakon što na kocki izgubi novac, često se drugi dan vraća da ga nadoknadi („lovi“ vlastite dugove).
7. Laže kako bi prikrio veličinu upletenosti u kocku.
8. Ugrozio je ili izgubio važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja.
9. Oslanja se na druge kako bi nabavio novac kojim bi olakšao očajnu finansijsku situaciju uzrokovanu kockanjem.

B. Kockanje se ne može bolje objasniti maničnom epizodom.

Također, ovisno o broju zadovoljenih kriterija, moguće je odrediti težinu ovisnosti.

Blaga ovisnost: zadovoljeno 4-5 kriterija

Umjerena ovisnost: zadovoljeno 6-7 kriterija

Teška ovisnost: zadovoljeno 8-9 kriterija

Kod osoba s ovisnošću o kockanju često su prisutne distorzije u mišljenju. Također, ovisno o individualnim razlikama, osobe ovisne o kockanju mogu biti impulzivne, visokog raspoloženja, uključene u socijalne interakcije uz prisutan strah o dojmovima koje o njima imaju druge osobe, ili veoma depresivne i socijalno izolirane. Stopa životne prevalencije za ovisnost o kockanju je veća za muškarce (0,6%) u odnosu na žene (0,2%), te je veća za Afroamerikance (0,9%), u odnosu na bijelce (0,4%) i Hispance (0,3%). Ovisnost o kockanju se može razviti u periodu od adolescencije do kasnije odrasle dobi, no učestalost ove vrste ovisnosti je veća za period mlađe i srednje životne dobi. Razlika u spolovima nije karakteristična samo za stopu prevalencije, već i za dob u kojoj se po prvi put započinje s kockarskim aktivnostima, vremenu potrebnom za razvoj ovisnosti i vremenu potrebnom za traženje pomoći. Odnosno, u odnosu na muškarce koji ranije započinju sa kockarskim aktivnostima i stoga u mlađoj dobi razvijaju ovisnost o igrama na sreću, žene s kockarskim aktivnostima započinju kasnije u životu, imaju kasniju dob početka ovisnosti, brže zatraže pomoć i liječenje, no razvijaju ovisnost o kockanju u kraćem vremenskom periodu. Također, muškarci se više klade na sportske rezultate, konjske utrke ili učestvuju u kartanju, za razliku od žena za koje su karakterističniji bingo i automati. Ranije započinjanje s kockarskim aktivnostima povezano je sa većom vjerovatnoćom razvoja ovisnosti o kockanju, a na čiji razvoj djeluju i genetski i okolinski faktori. Općenito, ovisnost o kockanju rezultira

poteškoćama u psihosocijalnom i psihološkom funkcionisanju, te zdravstvenom stanju (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

2.2. Psihodinamski model

Freud je već 1920. godine govorio o moralnom mazohizmu kroz koji je objašnjavao kockanje, odnosno ovisnost o igrama na sreću. On je smatrao da ovisnici o igrama na sreću nesvjesno žele izgubiti, te da takva želja zapravo ima svoje korijene u ambivalentnim osjećajima koje mladi muškarac ima prema svom ocu. Odnosno, javljaju se osjećaji i ljubavi ali i suparništva prema ocu što dovodi do krivnje koja se reducira kroz gubljenje, a koje omogućava iskupljenje zbog takvih osjećaja. Nakon teorije o moralnom mazohizmu, Freud govori i o femininom mazohizmu koji predstavlja obrnuti Edipov kompleks, te prema kojem gubljenje proizilazi iz želje muškarca da bude prihvaćen i voljen od strane oca (Rosenthal, 2015).

S obzirom na opetovano kockanje koje rezultira gubicima, Bergler govori o neurotičnoj strukturi ličnosti ovisnika o igrama na sreću. Poput Freuda i Bergler kockanje karakterizira kao mazohizam, te govori o nesvjesnoj želji za gubljenjem, no postoje razlike u tumačenju. Bergler smatra da ovisnici o igrama na sreću nisu razriješili dječja uvjerenja o svemoći, te se javlja protest naspram roditelja i načela realnosti što rezultira krivnjom i samokažnjavanjem. Njihovi protivnici za vrijeme kockanja su zapravo nesvjesno identificirani sa odbijajućom majkom ili ocem (Bergler, 1936, 1943, 1958; prema Rosenthal, 2015).

Psihodinamski model naglašava važnost interpersonalnih odnosa (osobito odnosa dijete–roditelj) i intrapersonalnih konflikata, a prema modernim psihodinamskim teorijama postoje tri međusobno povezana faktora koja dovode do razvoja ovisnosti: 1) nerazvijene ego funkcije i odbrambeni mehanizmi, 2) neuspjeh u simbolizaciji umirujuće kvalitete internalnih objekata i 3) devijantno pozicioniranje prema zadovoljstvu (Alvarez-Monjaras, Mayes, Potenza i Rutheford, 2018).

2.3. Psihobiološki model

U nastojanju da se otkriju razlike u mozgovnim funkcijama, psihobiološki pristup je usmjeren na usporedbu grupa sačinjenih od ovisnika o igrama na sreću sa grupama sačinjenih od osoba kod kojih to nije slučaj. Shodno tome, za ovaj pristup su karakteristične sljedeće studije: 1) neurohemijske studije, 2) neuropsihološke studije i 3) studije koje koriste uređaje za slikovni i funkcionalni prikaz mozga (Clark, 2010).

Roy i sur. (1988) su proveli istraživanje u kojem su uspoređivali patološke kockare i kontrolnu grupu putem mjerenja razine norepinefrina, metabolita monoamina i peptida u cerebrospinalnoj tekućini, plazmi i urinu. Rezultati su ukazali na mogućnost postojanja funkcionalno poremećenog noradrenergičkog sistema (povećani markeri funkcije noradrenalina, odnosno 3-metoksi-4-hidroksi-fenil-glikol), za kojeg se pretpostavlja da je povezan sa povećanim traženjem uzbuđenja koje je karakteristično za ovisnike o igrama na sreću. U istraživanju koje su proveli Meyer i sur. (2004) ovisnici o igrama na sreću i zdravi učesnici su uspoređivani u situacijama: 1) kockanja za stvarni novac u kasinu i 2) kockanja u laboratoriju u kojem su dobivali bodove. Rezultati su pokazali da je kod ovisnika o igrama na sreću razina dopamina i norepinefrina značajno povećana u situaciji kada igraju za stvarni novac u odnosu na situaciju kada to nije slučaj.

Linnet, Peterson, Doudet, Gjedde i Møller (2010) su proveli istraživanje u kojem su koristili pozitronsku emisijsku tomografiju (PET) kako bi pratili oslobađanje dopamina u ventralnom striatumu u situacijama: 1) dobivanja i 2) gubljenja novca. Rezultati su pokazali da kod ovisnika o igrama na sreću u situaciji gubljenja dolazi do povećanja razine dopamina u lijevom ventralnom striatumu, što može objasniti „lov na gubitke“ i ulogu gubljenja u motivaciji kod ove vrste ovisnika.

Što se tiče serotonina, istraživanja ukazuju i na smanjenu razinu 5-hidroksiindolactone kiseline (5-HIAA) (Nordin i Eklundh, 1999), i na povećanu razinu 5-HIAA uz smanjenu razinu 5-hidroksitriptamina (5-Th) i triptofana (Nordin i Sjödin, 2006), te čak i na nepromijenjenu razinu 5-HIAA (Roy i sur., 1988). Kada govorimo o izvršnim funkcijama kod ovisnika o igrama na sreću, rezultati istraživanja kojeg su

proveli Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs i van den Brink (2006) ukazuju na smanjenu izvedbu na zadacima inhibicije, procjene vremena, kognitivne fleksibilnosti i planiranja.

S obzirom da je psihobiološki pristup usmjeren i na istraživanje uloge genetike odnosno heritabilnosti u razvoju ovisnosti o igrama na sreću, važno je spomenuti studije blizanaca čiji rezultati ukazuju da heritabilnost za ovisnost o kockanju iznosi 50-60% (Lobo i Kennedy, 2009), te čak i 70% (Beaver i sur., 2010). Ulogu genetike su istraživali i Comings i sur. (1996), a rezultati su ukazali da gen DRD2 koji je povezan sa drugim ovisnostima, igra ulogu i u razvoju ovisnosti o igrama na sreću.

2.4. Bihevioralni model

Unutar bihevioralnog pristupa, u objašnjavanju razvoja ovisnosti o igrama na sreću dominantne su teorije učenja i teorija razložne akcije.

Prema teorijama učenja, u osnovi razvoja i održanja ovisnosti o igrama na sreću nalaze se pozitivna i negativna potkrepljenja. Pobjednički novac kao pozitivno potkrepljenje i bijeg od averzivnih afektivnih stanja kao negativno potkrepljenje doprinose povećanju vjerovatnoće razvoja ovisnosti o igrama na sreću, kao i upornosti za vrijeme igranja takvih igara (Rickwood, Blaszczynski, Delfabbro, Dowling i Heading, 2010). Pobjeđivanje također može djelovati i kao uvjetovanje drugog reda u kojem opetovana asocijacija uvjetnih (npr. okolinski podržaji) i bezuvjetnih podražaja (uzbuđenje izazvano kockanjem) rezultira time da je izlaganje različitim okolinskim podražajima dovoljno da izazove uzbuđenje i nagon za kockanjem (Rickwood i sur., 2010).

Bandurina teorija socijalnog učenja objašnjava razvoj ovisnosti o igrama na sreću kao proces koji se odvija putem imitiranja važnih osoba u životu pojedinca. Prema ovoj teoriji ovisnost o igrama na sreću može biti smanjena, pa čak i odučena s obzirom da se radi o naučenom ponašanju (Lesieur i Rosenthal, 1991; prema Thrasher, Andrew i Mahony, 2007), no nedostatak teorije proizilazi iz prenaplašavanja vanjskih socijalnih faktora, te istovremenog podcjenjivanja unutarnjih faktora poput emocija i motivacije koji zasigurno imaju važnu ulogu u razvoju ove vrste ovisnosti (Brown, 1987; prema Thrasher i sur., 2007).

Prema teoriji razložne akcije postoje tri odrednice ljudskog ponašanja: biheviornalne namjere i njeni antecedenti, stavovi i subjektivne norme (Trasher i sur., 2007). Biheviornalna namjera neposredno prethodi ponašanju i određena je s dva faktora, odnosno determinante: stav pojedinca prema ponašanju i njegove subjektivne norme. Na stavove utiču pojedinčeva uvjerenja i znanja o ponašanju, te pozitivna i negativna percepcija ponašanja, odnosno koristi i negativne posljedice koje mogu proizaći iz takvog ponašanja, dok su subjektivne norme determinirane socijalnim pritiscima i uvjerenjima osoba relevantnih za tog pojedinca, kao i njegovom motivacijom da djeluje u skladu s tim normama i pritiscima (Moore i Ohtsuka, 1999).

Moore i Ohtsuka (1999) su testirali ovaj model, pretpostavljajući da bi u slučaju ovisnosti o igrama na sreću namjera predstavljala funkciju stavova pojedinca o kockanju i njegovih subjektivnih normi, te bi trebala predvidjeti stvarnu učestalost kockanja. Rezultati su pokazali da što su stavovi prema kockanju pozitivniji kao i socijalne norme, to je veća i namjera kockanja u budućnosti. Međutim, objašnjeno je samo 12% varijance što ukazuje da namjerama kockanja doprinose i drugi faktori poput ličnosti i motivacije. Također, ponašanje je značajno predviđeno namjerom, te je 30% varijance objašnjeno kombinacijom namjere i subjektivnih normi. Namjere i spol su predvidjele stvarno ponašanje kockanja, kao i učestalost i priznavanje problema, s tim da muškarci češće kockaju nego žene. Što se tiče stavova osoba relevantnih za pojedinca, pokazano je da oni nemaju nikakav uticaj nakon što igranje igara na sreću izmakne kontroli (Moore i Ohtsuka, 1999).

2.5. Kognitivni model

U tumačenju kontinuirane istrajnosti u igrama na sreću koja je karakteristična za ovisnike o istima, kognitivni model naglašava iskrivljena vjerovanja koja dovode do precjenjivanja vjerovatnoće pobjede. Najčešća kognitivna distorzija jeste iluzija kontrole koja podrazumijeva precjenjivanje vlastitih vještina i podcjenjivanje uticaja prirode slučajnosti na ishod igre. Primjerice, u igrama vještine pravdanje kontinuiranog igranja postiže se upravo kroz precjenjivanje važnosti pojedine vještine (Ladouceur i Walker, 1996; prema Clark, 2010).

Kognitivna teorija ovisnosti o igrama na sreću zapravo objašnjava na koji način iskrivljena vjerovanja koja uključuju ideju da se ishod igre može kontrolisati i predvidjeti, dovode do svih negativnih posljedica koje narušavaju kvalitetu života (Ladouceur, 2004a). Razlika između patoloških ovisnika o igrama na sreću i nepatoloških kockara ne odražava se primarno u količini verbalizacija percepcija vezanih za kockanje, već u vjerovanju u njihovu valjanost. Iako su pogrešne percepcije tijekom kockanja zastupljene i kod patoloških i nepatoloških kockara (ne postoji značajna razlika), patološki ovisnici o igrama na sreću ne evaluiraju svoju percepciju na temelju dokaza, već procesiraju informacije na način da se poveća snaga njihovih uvjerenja (Ladouceur, 2004b).

2.6. Integrativni modeli

2.6.1. Model puteva

Blaszczynski i Nower (2002) su predložili model puteva kojim se u objašnjenju etiologije ovisnosti o igrama na sreću nastoje integrirati biološke, razvojne, kognitivne i teorije učenja, te obilježja ličnosti i ekološke determinante. Prema modelu puteva, unatoč sličnoj fenomenologiji kod svih kockara, nastojanje da se jedan teorijski model primijeni jednako na sve ovisnike o igrama na sreću je pogrešno. Kao što postoje kvalitativne razlike između patoloških i nepatoloških kockara, tako su i patološki kockari heterogena populacija. Shodno tome, model predstavlja tri glavna puta koja mogu dovesti do razvoja ovisnosti o igrama na sreću, te s njima povezane specifične faktore vulnerabilnosti, demografske faktore i etiološke procese. Glavni preduslov zajednički za razvoj sva tri puta jeste dostupnost i pristupačnost igara na sreću.

Stoga, u skladu s ovim modelom Blaszczynski i Nower (2002) predstavljaju tri grupe problematičnih kockara:

2.6.1.1. Bihevioralno uvjetovani problematični kockari

Fluktuiranje između normalnog, rizičnog i prekomjernog kockanja, te samim time povremeno zadovoljavanje kriterija za patološko kockanje uz odsustvo premorbidne psihopatologije karakterizira ovu vrstu ovisnika o igrama na sreću.

S obzirom na adekvatno premorbidno funkcionisanje, njihovo fluktuiranje se može pripisati uvjetovanju, iskrivljenim kognicijama, te lošim prosudbama, ali ne i narušenoj kontroli (Blaszczynski i Nower, 2002).

Ne postoji određena dob karakteristična za ulazak u ovu grupu ovisnika, no faktori koji mogu ubrzati ozbiljnost kockanja, te samim tim ulazak u ovu skupinu jesu izloženost kockanju kroz slučaj, članove obitelji ili vršnjačke grupe (Blaszczynski i Nower, 2002). Motivi kod mladih za ulazak u ovu grupu kockara se razlikuju s obzirom na ličnost, te shodno tome sramežljive osobe počinju kockati kako bi olakšale društvene interakcije, dok društvene i avanturistične osobe počinju kockati zbog generiranja uzbuđenja i demonstracije vještina, s obzirom da su skloni dosadi i traženju uzbuđenja. Kako kod ove grupe kockara ne postoji premorbidna psihopatologija, mladi su sposobni prikriti negativne efekte kockanja sve do onog trenutka kada u potpunosti zakažu na školskom i drugim aspektima funkcionisanja (Nower i Blaszczynski, 2004).

Osim prekomjernog kockanja, kod ove grupe kockara je često prisutan i „lov na gubitke“, zloupotreba alkohola, te depresija i anksioznost. Međutim, manifestaciju ovih simptoma model ne interpretira kao uzrok, već kao posljedicu prekomjernog kockanja koje je izazvalo značajno finansijsko opterećenje. S obzirom na malu razinu rizičnosti, ova grupa kockara je motivirana za liječenje, te joj najviše pogoduju savjetovanja i programi minimalne intervencije (Blaszczynski i Nower, 2002).

2.6.1.2. Emocionalno ranjivi problematični kockari

Za razliku od prve grupe kockara, kod emocionalno problematičnih kockara postoji premorbidna psihopatologija izražena kroz anksioznost, depresiju, slabe vještine suočavanja i rješavanja problema, te negativna obiteljska iskustva. Kumulativan efekat ovih faktora rezultira motivacijom različitom od prve grupe kockara. Odnosno, za razliku od bihevioralno uvjetovanih kockara koji kockaju zbog zabave i socijalizacije, emocionalno ranjivim kockarima kockanje omogućava bijeg od averzivnih afektivnih stanja. Stoga motivacija i izmijenjeno premorbidno funkcionisanje odražavaju primarnu razliku između prve i druge grupe ovisnika o igrama na sreću (Blaszczynski i Nower, 2002).

Iako su i za ovu grupu kockara kao i za bihevioralno uvjetovane problematične kockare karakteristične iste ekološke odrednice, procesi uvjetovanja i kognitivne sheme, važno je spomenuti da je kod emocionalno ranjivih problematičnih kockara emocionalna osjetljivost uvjetovana ne samo psihološkim, već i biološkim faktorima. Samim time, zadržavanje kontrole nad kockanjem je otežano, te je izražena veća otpornost na promjene i tretman (Blaszczynski i Nower, 2002).

Adolescenti iz ove grupe kockara nastoje izbjeći osjećaje niskog samopoštovanja i samoeфикаsnosti s obzirom da njihova ranjivost proizilazi iz fizičke deprivacije i zanemarivanja u djetinjstvu, te napuštanja i gubitka. U školskom kontekstu ih je mnogo lakše prepoznati, no odsustvo roditelja ili manjak njihove motivacije da učestvuju sa školskim osobljem u rješavanju problema otežava njihov napredak. Deficit u obiteljskoj podršci je često praćen i deficitom u vršnjačkoj podršci, te su stoga skloni antisocijalnom ponašanju. Međutim, važno je naglasiti da takvo ponašanje nije rezultat njihove impulzivnosti i antisocijalne orijentacije, već rezultat traženja pažnje (Nower i Blaszczynski, 2004).

2.6.1.3. Antisocijalni impulzivni problematični kockari

Poput emocionalno ranjivih problematičnih kockara i ova grupa ovisnika o igrama na sreću posjeduje i psihosocijalnu i biološku ranjivost. Međutim, za njih su karakteristične i veoma izražene crte impulzivnosti, antisocijalni poremećaj ličnosti i deficit pažnje. Potječu iz disfunkcionalnih obitelji u kojima su prisutni problemi vezani za zlouporabu alkohola i antisocijalne strukture ličnosti (Blaszczynski i Nower, 2002).

Upuštanje u kockarske aktivnosti započinje u ranijoj dobi, što rezultira učestalijim kockanjem i ranijim stupanjem u kriminalne aktivnosti vezane za kockanje. S obzirom na izraženu impulzivnost, antisocijalni impulzivni problematični kockari imaju historiju antisocijalnog ponašanja i prije razvoja ovisnosti o kockanju kao što je niska tolerancija dosade, zlouporaba supstanci i suicidalnost. Shodno tome, njihovo psihosocijalno funkcionisanje je značajno narušeno, slabo reagiraju na intervencije, te općenito nisu motivirani za liječenje (Blaszczynski i Nower, 2002).

Mladi antisocijalni impulzivni problematični kockari se veoma lako identificiraju u školskom okruženju, a njihova ponašanja često rezultiraju ukorima, suspenzijama, pa čak i izbacivanjem. Preferiraju sportove koji izazivaju stimulaciju i smanjuju dosadu, te sportove koji omogućavaju oslobađanje agresije i frustracije. Nemogućnost održavanja zdravih odnosa se ispoljava i van školskog okruženja, a emocionalni stresovi rezultiraju ispoljavanjem agresije prema van (Nower i Blaszczyński, 2004).

2.6.2. Biopsihosocijalni model

Biopsihosocijalni model kojeg je predložio Sharpe (2002) pretpostavlja postojanje predispozicije za razvoj ovisnosti o igrama na sreću. Predispozicija može biti biološka (npr. promjene u neurotransmitterskim sistemima) i psihološka (npr. impulzivnost i stavovi prema kockanju). Postojanje predispozicije uz odgovarajuće okolinske faktore zasigurno povećava vjerojatnoću razvoja ovisnosti o igrama na sreću (Sharpe, 2002).

Psihološkoj predispoziciji doprinose i rana iskustva, pa se primjerice impulzivnost može razviti kao rezultat biološke predispozicije, ali i neovisno o njoj. Osim impulzivnosti psihološkoj predispoziciji doprinose i loše vještine rješavanja problema, te stavovi obitelji prema kockanju koji zasigurno oblikuju i pojedinčev stav o istom. Važno je naglasiti da se biološka i psihološka predispozicija mogu međusobno povezati, što rezultira osobitom ranjivošću pojedinca. Primjerice, najveća predispozicija za razvoj ovisnosti o kockanju će biti kod pojedinaca koji manifestiraju osobine impulzivnosti koje se mogu pripisati genetik, te pozitivne stavove prema kockanju kao rezultat psihološke predispozicije (Sharpe, 2002).

Rana iskustva kockanja također povećavaju vjerojatnoću razvoja ovisnosti, te kockanjem izazvanih problema. Ona djeluju na način da dovode do uzbuđenja, kognitivnih distorzija i iracionalnih vjerovanja. Takvi obrasci se vremenom automatiziraju i dovode do gubitka kontrole nad kockanjem. Prema ovom modelu okidači za gubitak kontrole su životne okolnosti, s naglaskom da su za različite igre na sreću i okidači različiti. Unutarnja stanja i vanjski okidači mogu aktivirati uzbuđenje i

kognicije vezane za kockanje, što rezultira stvaranjem nagona. Način na koji će pojedinci reagirati na nagone ovisi o njihovim strategijama suočavanja. Važno je naglasiti da i negativne posljedice kockanja potiču na daljnje kockanje. Prvenstveno izazivaju negativno raspoloženje i visoku razinu autonomnog uzbuđenja, a bijeg od istih je često motivator za upuštanje u kockarske aktivnosti, nakon čega slijede oslabljene strategije suočavanja što dodatno dovodi do učvršćivanja kockarskih navika (Sharpe, 2002).

S obzirom da se u zapadnim društvima automati za kockanje sve češće mogu pronaći i u kafićima, prema modelu pripadnost određenim kulturama također može povećati vjerojatnoću razvoja ovisnosti o igrama na sreću (Sharpe, 2002).

3. Rizični i zaštitni faktori u razvoju ovisnosti o kockanju

Veliki postotak osoba koje igraju igre na sreću neće razviti ovisnost o kockanju, dok kod drugih to neće biti slučaj. Primjerice, ovisnost će se razviti kod otprilike 10% osoba koje umjereno kockaju (Torre i Zoričić, 2013). Međutim, tih 10% osoba će razviti ozbiljne probleme izazvane kockanjem koji će narušiti kvalitetu života. Istraživanje rizičnih faktora zasigurno ima ključnu ulogu u ranom prepoznavanju osoba koje su pod rizikom za razvoj ovisnosti, kao i u adekvatnim i pravovremenim programima prevencije.

Dostupnost i pristupačnost igara na sreću su situacijske karakteristike koje zasigurno povećavaju rizik razvoja ovisnosti. U zemljama u kojima je kockanje legalizirano prije deset godina otprilike 0,5% stanovništva je razvilo ovisnost o igrama na sreću, dok u zemljama u kojima je kockanje legalizirano prije dvadesetak godina taj postotak iznosi 1,5 (Torre i Zoričić, 2013). Pristupačnost možemo podijeliti na geografsku, vremensku i socijalnu (Marshall, 2005; prema St-Pierre, Walker, Derevensky i Gupta, 2014).

Geografska distribucija kockarnica i kladionica unutar određenog geografskog prostora, kao i objektivne mjere broja kockarskih prilika po glavi stanovnika, te udaljenost od takvih prilika i mogućnosti od kuće, posla i slično čine geografsku pristupačnost. Vremenska pristupačnost se odnosi na radno vrijeme mjesta (kockarnica, kladionica, lutrija i sl.) u kojima je kockanje omogućeno, dok se socijalna pristupačnost odnosi na stepen u kojem se mjesto kockanja kao i igra percipiraju sigurnim i privlačnim. Ova vrsta pristupačnosti obuhvata subjektivne prosudbe uvjeta ulaska poput pravila oblačenja i uvjeta članstva, zatim jednostavnost korištenja poput vještina potrebnih za određenu igru, te sigurnost poput pouzdanosti i ugleda (Marshall, 2005; prema St-Pierre i sur., 2014).

U nastojanju da istraže povezanost između dostupnosti igara na sreću i prevalencije ovisnika o istima, Ladouceur, Jacques, Ferland i Giroux (1999) su proveli dva istraživanja u razmaku od sedam godina kada se povećao broj mjesta za priređivanje igara na sreću. Rezultati su pokazali da se nakon sedam godina broj patoloških kockara povećao za 75%.

Rezultati istraživanja koje su proveli Rush, Veldhuizen i Adlaf (2007) također ukazuju da je problemsko kockanje statistički značajno povezano sa blizinom mjesta u kojima se priređuju igre na sreću. Pozitivnu povezanost između geografske dostupnosti i problematičnog kockanja prikazuje i istraživanje koje su proveli Adams, Sullivan, Horton, Menna i Guilmette (2007), a čiji su rezultati pokazali da 80% studenata koji pohađaju sveučilišta u blizini kasina izvještavaju o ozbiljnim problemima vezanim za kockanje, u odnosu na studente koji pohađaju sveučilišta smještena na većoj udaljenosti od kasina (20%).

Kognitivne distorzije imaju značajnu funkciju u razvoju i održavanju ovisnosti o igrama na sreću. Ladouceur (2004a) govori o 3 vrste kognitivnih distorzija karakterističnih za ovisnike o kockanju: 1) neprepoznavanje nezavisnosti ishoda igre (primjerice kockarska pogreška), 2) iluzija kontrole za koju je karakteristično vjerovanje da se vlastitim znanjem može kontrolisati ishod, te 3) sujevjernost ili praznovjerje (primjerice kockari često imaju svoje „sretne“ predmete koji im donose dobitak).

Mnoge kognitivne distorzije zastupljene kod patoloških kockara proizilaze iz heuristika dostupnosti i reprezentativnosti (Goodie i Fortune, 2013). Dostupnost se odnosi na prosuđivanje određenog događaja vjerovatnijim ukoliko se slični događaji mogu lakše dozvati iz pamćenja. Reprezentativnost omogućava klasifikovanje nečega s obzirom na to koliko je slično tipičnom slučaju, odnosno ljudi očekuju od slučajnih događaja da izgledaju slučajnima i budu reprezentativni za njihovu koncepciju slučajnosti. U dostupnosti su ukorijenjene distorzije poput iluzornih korelacija, inherentne pristranosti pamćenja i dostupnosti tuđih pobjeda, dok su u reprezentativnosti ukorijenjene kockarska pogreška, pretjerano samopouzdanje i trendovi u odabiru brojeva (Goodie i Fortune, 2013).

Iluzorne korelacije podrazumijevaju pogrešnu percepciju povezanosti događaja koji zapravo nisu međusobno povezani, a kod kockara se najčešće prepoznaju kroz prenaplašavanje važnosti uticaja osobne sreće na ishod kockanja (Petry, 2004; prema Goodie i Fortune, 2013). Pristranost pamćenja se u kontekstu ovisnosti o igrama na sreću odnosi na značajnu dostupnost pobjeda u pamćenju, te će shodno tome slučajna poklapanja praznovjernih uvjerenja i pobjeda biti prije dozvana u pamćenje (Wagenaar, 1988; prema Goodie i Fortune, 2013).

Također, slušanje ili gledanje učinaka pobjede na obližnjim automatima (dostupnost tuđih pobjeda) može povećati procjenu vjerovatnoće vlastite pobjede (Griffiths, 1994; prema Goodie i Fortune, 2013).

Kockarska pogreška se odnosi na vjerovanje da nakon velikog broja gubitaka slijedi dobitak (i suprotno), odnosno kada su događaji uzrokovani slučajem odstupili od prosjeka (npr. loptica ruleta pala na crveno polje 4 puta uzastopno), osobe pogrešno vjeruju da suprotno odstupanje (crno polje) postaje vjerovatnije (Tversky i Kahneman, 1971; prema Fortune i Goodie, 2012). Nerealno vjerovanje u vlastite vještine, sposobnosti i znanja, a koja pritom nisu objektivno potvrđena predstavlja fenomen prekomjernog samopouzdanja (Koriat, Lichtenstein i Fischhoff, 1980; prema Fortune i Goodie, 2012), dok su trendovi u odabiru brojeva često zastupljeni kod igrača lutrije, te se ogledaju u izbjegavanju duplih ili susjednih brojeva (Roger i Webley, 2001; Haigh, 1997; Holtgraves i Skeel, 1992; prema Fortune i Goodie, 2012).

Osim prikazanih distorzija, postoje još 4 distorzije koje nisu vezane za heuristike: iluzija kontrole, „near-miss“ efekat, pristranosti u vlastitu korist i koncept smanjene kontrole. „Near-miss“ efekat odražava situaciju u kojoj pojedinac gubi, s tim da je ishod veoma sličan dobitnoj kombinaciji (npr. lutrijski broj se razlikuje od dobitnog neznatno), pristranost u vlastitu korist se odnosi na sklonost pripisivanja pobjeda vlastitim vještinama, a gubitaka vanjskim uzrocima, dok uvjerenje kockara da nije u mogućnosti da kontrolira svoje prekomjerno kockanje predstavlja oslabljenu kontrolu (Goodie i Fortune, 2013).

U istraživanju uloge kognicije veoma često se koristi paradigma „misli na glas“ u kojoj se od osobe traži da verbalizira sve misli za vrijeme kockanja u prirodnom okruženju, poput kasina (Clark, 2010). Zadatak eksperimentatora jeste da snima verbalizirane misli i da ih kategorizira u „racionalnu“ ili „iracionalnu“ skupinu. Rezultati ukazuju da je 70 do 80% misli kod umjerenih kockara zapravo iracionalno (Gaboury i Ladouceur, 1989; Walker, 1992; prema Clark, 2010). Visok postotak iracionalnih misli je zastupljen i kod igrača koji su svjesni da je ishod igre determiniran slučajem (Clark, 2010).

Individualna obilježja ličnosti također zasigurno mogu doprinijeti objašnjenju razvoja umjerenog kockanja u patološko. S ciljem istraživanja razlika u crtama ličnosti zastupljenim u Big Five modelu, provedeno je istraživanje na uzorku od 292 učesnika koristeći NEO PI-R. Rezultati su ukazali na povezanost patološkog kockanja i viših rezultata na neuroticizmu, te nižih rezultata na savjesnosti. S obzirom da je procjenjivano 30 faceta, prema rezultatima postoje 3 facete na kojima se problemski kockari značajno razlikuju od neproblemskih: impulzivnost (visoki rezultati), samodisciplina (niski rezultati) i promišljanje (niski rezultati). Također, rezultati su pokazali da visoki rezultati na traženju uzbuđenja nisu povezani izričito sa patološkim kockanjem, već kockarskim ponašanjem općenito, te da je za patološke kockare karakteristična visoka impulzivnost kombinirana sa emocionalnom ranjivošću (Bagby i sur., 2007).

O povezanosti problemskog kockanja sa višim rezultatima na neuroticizmu i nižim na savjesnosti izvještavaju i Brunborg, Hanss, Mentzoni, Molde i Pallesen (2016). Mishra i sur. (2010a; prema Mishra, Lalumiere i Williams, 2016) su ukazali na povezanost između problemskog kockanja i impulzivnosti, traženja uzbuđenja, te niske samokontrole. Rezultati su također ukazali na povezanost problemskog kockanja i sklonosti preuzimanja rizika u različitim domenama poput investicija, zdravlja, sigurnosti i slično. Ispitivana je i povezanost između kockanja i antisocijalnog ponašanja, a rezultati su ukazali na značajnu povezanost (Mishra i sur. 2011a; prema Mishra i sur., 2016).

Važno je spomenuti i istraživanje koje su proveli Steel i Blaszczynski (1996) usmjeravajući se na Eysenckov trofaktorski model, a čiji rezultati ukazuju da u osnovi patološkog kockanja leže 4 faktora koja objašnjavaju 62% varijance kockarskog ponašanja: psihološki distres, traženje uzbuđenja, živost i sklonost kriminalitetu, te impulzivnost-antisocijalnost.

Motivacija također predstavlja važan faktor rizika. Lee, Chae, Lee i Kim (2007) su predložili model motivacije za kockanje koji naglašava 5 faktora: 1) socijalizacija, 2) zabava, 3) izbjegavanje, 4) uzbuđenje i 5) finansijski motivi. U jednom od mnogih istraživanja vezanih za motivaciju, od patoloških kockara se tražilo da po relevantnosti navedu razloge zbog kojih kockaju, a kao 3 primarna motiva su se pokazali stimulacija,

relaksacija i bijeg od emocionalnih tenzija. Nakon njih su uslijedili motivi koji se također mogu definirati kao bijeg od negativnih emocija i stanja, a to su bijeg od bolne realnosti, nesretnog posla, kuće, te bijeg od dosadnog života. Kao 3 glavna razloga za održavanje kontinuiranog kockanja, učesnici su naveli uzbuđenje vezano za akciju, nastojanje da se zaradi mnogo novca u kratkom periodu, te nemogućnost prestanka (Jacobs, 1987; prema Lee i sur., 2007).

Stavovi prema kockanju su važan domen istraživanja, s obzirom da imaju važnu ulogu u objašnjavanju i predviđanju ponašanja (Chiu i Storm, 2009). U tu svrhu, Kerber (2005) je koristila skalu stavova prema kockanju (Gambling Attitude Scale), a rezultati su pokazali da studenti koji su pod rizikom za razvoj patološkog kockanja imaju pozitivne stavove prema kockanju. O umjerenoj povezanosti stavova prema kockanju i kockarskog ponašanja izvještavaju i Derevensky, Dickson i Gupta (2008), no važnost ovih rezultata ogleda se i u nalazu da je kod mladih osoba koje izvještavaju o više pozitivnim stavovima prema kockanju prisutna i veća razina zablude vezano za ulogu vještina u kockanju.

Chiu i Storm (2009) su također ispitali razliku u stavovima prema kockanju između problemskih kockara, neproblemskih kockara, te kockara sa niskim i umjerenim rizikom za razvoj problemskog kockanja. Očekivano, rezultati su pokazali da u odnosu na druge skupine, problemski kockari i oni pod većim rizikom imaju pozitivnije stavove prema kockanju.

U razvoju ovisnosti o igrama na sreću ne smijemo zanemariti *uticaj obitelji i vršnjaka*. U istraživanju koje su proveli Gupta i Derevensky (1997) učestvovalo je 477 djece između 9 i 14 godina koji su ispunjavali upitnik vezan za kockarske aktivnosti. Rezultati su pokazali da 86% djece kocka sa svojim roditeljima, a 75% djece kocka i u društvu prijatelja. Osim kockanja u društvu roditelja, prema istraživanju koje su proveli Felsher, Derevensky i Gupta (2003), a u kojem su učestvovali učesnici između 10 i 18 godina, 77% učesnika je izjavilo da su im lutrijske strugalice kupili upravo roditelji. Stoga roditelji mogu poslužiti kao model za kockanje, ili njihovi pozitivni stavovi prema kockanju mogu potaknuti dječje kockanje.

Važno je spomenuti i rezultate istraživanja koje su proveli Gambino, Fitzgerald, Shaffer, Renner i Courtnage (1993), a prema kojima osobe čiji su roditelji problematski kockari imaju 3 puta veću vjerovatnoću da i sami postanu problematski kockari. Također, ta vjerovatnoća se povećava na 12 ukoliko su oba roditelja, kao i njihovi roditelji problematski kockari. Prethodno navedeno istraživanje koje su proveli Gupta i Derevensky (1997) pokazalo je i kako je samo 10% učenika osmog razreda strahovalo da će biti uhvaćeni u kockanju od strane roditelja, što sugerira da je među adolescentima kockanje socijalno prihvatljivo ponašanje. Istraživanje koje su proveli Delfabbro, Lahn i Grabosky (2006) ukazuje na važnost kvalitete vršnjačkih odnosa kao prediktora problematskog kockanja. Rezultati su pokazali da problematski kockari postižu niže rezultate na psihosocijalnim mjerama, te da su više otuđeni i nepopularni među svojim školskim kolegama.

Kao važan faktor rizika treba spomenuti i *medije i marketing*. Mediji zasigurno utiču na ponašanje i stavove ljudi, a cilj reklama jeste privlačenje pažnje potrošača, te formiranje pozitivnih stavova prema proizvodu (Monaghan, Derevensky i Sklar, 2008). Derevensky i sur. (2009; prema Derevensky, Sklar, Gupta i Messerlian, 2010) su proveli kvalitativnu studiju i pronašli opšti doživljaj reklama kao kanala putem kojih se promoviraju pozitivne strane kockanja poput zabave, uzbuđenja, te jednostavnog i efikasnog načina za zaradu novca. Učesnici u istraživanju (n=143) su imali između 12 i 19 godina, a kao glavne karakteristike komercijalnih oglasa vezanih za kockanje naveli su humor, svijetle i blještave boje, upotrebu poznatih ličnosti i provokativnih žena. Također, osim što pružaju informacije o dostupnim mjestima za kockanje, reklame i normaliziraju kockanje, te isto prikazuju kao prihvatljiv i bezopasan način zabave (Shead i sur., 2010).

Derevensky i sur. (2010) su proveli istraživanje u kojem je učestvovalo 1.147 mladih u dobi od 12 do 19 godina. Cilj istraživanja je bilo ispitivanje adolescentske svijesti o reklamama vezanim za kockanje, te njihovom uticaju na ponašanje. Prema rezultatima, 61% mladih je izjavilo kako je primilo reklame vezane za kockanje putem maila, a 96% je vidjelo reklame na televiziji. Primarne poruke prožete kroz reklame, a percipirane od strane učesnika jesu naglašavanje visoke vjerovatnoće pobjede i kockanja kao efikasnog načina za priskrbljivanje velike količine novca. Rezultati su

također pokazali da je 47% muških i 38% ženskih adolescenata izjavilo kako ih reklame potiču na kockanje, s tim da su muškarci značajno više prijavljivali pozitivne reakcije na reklame za kockanje (uzbuđenje i želja da se kocka nakon gledanja reklame), u odnosu na žene koje su više izvještavale o negativnim reakcijama poput dosade i nezainteresiranosti. Istraživanje je ukazalo i kako reklame održavaju već utvrđene navike kockanja, te da su kao takve posebno problematične za mlade s problemom kockanja (Derevensky i sur., 2010).

Što se tiče zaštitnih faktora, njih možemo promatrati kao suprotni kraj iste dimenzije na čijem su drugom kraju smješteni rizični faktori (Shead, Derevensky i Gupta, 2010). S obzirom da muškarci kockaju više nego žene (Stinchfield, 2000), te da ranije uključivanje u kockarske aktivnosti povećava rizik za razvoj ovisnosti o igrama na sreću, kao prve zaštitne faktore možemo označiti ženski spol i dob uključivanja u kockarske aktivnosti. Smanjena dostupnost i pristupačnost, te smanjena izloženost medijima i oglašavanju kockanja kao uzbudljivog, bezopasnog i laganog načina zarade su također faktori koji umanjuju vjerovatnoću razvoja ovisnosti o igrama na sreću. Prethodno prikazani modeli ukazuju na značaj razumijevanja nasumičnosti, te adekvatnih strategija suočavanja i rješavanja problema koje u suprotnom mogu predstavljati važan motivator kockarskog ponašanja. Što se tiče osobina ličnosti, niža impulzivnost, viša savjesnost, manje preuzimanje rizika, niži rezultati na traženju uzbuđenja, te veća samokontrola također bi mogli biti zaštitni faktori, s obzirom da istraživanja ukazuju na njihove oponente kao rizične faktore (Bagby i sur., 2007; Mishra i sur., 2010a; prema Mishra i sur., 2016; Steel i Blaszczynski, 1996).

U razvoju ovisnosti o igrama na sreću značajnu ulogu imaju roditelji i vršnjaci koji predstavljaju važne modele. Vršnjaci najveći uticaj imaju u periodu adolescencije, no pored vršnjačkog pritiska kao mogućeg faktora rizika, mogli smo uvidjeti važnost adekvatnih socijalnih odnosa kao zaštitnog faktora. Roditeljsko ponašanje i njihovi stavovi utiču i oblikuju dječje ponašanje i stavove, pa možemo pretpostaviti da negativni roditeljski stavovi prema kockanju, usklađeni s njihovim ponašanjem mogu smanjiti vjerovatnoću razvoja ovisnosti. Osim roditeljskih stavova, važni zaštitni faktori su i obiteljska kohezija (Shead i sur., 2010), visok socioekonomski status i roditeljski nadzor (Dowling i sur., 2017).

4. Posljedice kockanja na kvalitetu života

Ovisnost o kockanju rezultira ozbiljnim poteškoćama poput obiteljskih, emocionalnih, finansijskih i radnih, a česti su i problemi sa zakonom. S obzirom da na kvalitetu života i ozbiljnost problema izazvanih kockanjem utiče i istovremeno prisustvo drugih mentalnih poremećaja, u nastavku će se govoriti i o mogućim komorbiditetima, te njihovim posljedicama.

4.1. Posljedice kockanja na obiteljsko funkcionisanje

Prema Lesieur i Custer (1984) kockarske aktivnosti jednog problemskog kockara utiču na živote 10 do 15 drugih osoba u njegovom okruženju, poput supružnika, djece, roditelja, radnih kolega i slično. Najčešće posljedice na obitelj osobe koja je razvila ovisnost o igrama na sreću jesu narušeni obiteljski odnosi, emocionalni problemi, te finansijske poteškoće (Dowling, 2014). Obitelji kockara funkcionišu slabije u odnosu na opštu populaciju u domenama rješavanja problema, komunikacije, obiteljskih uloga i odgovornosti, aktivnog sudjelovanja, te opšteg funkcionisanja (Epstein, 1992; prema Lesieur, 1998).

Black, Shaw, McCormick i Allen (2012) su u svom istraživanju pokazali da patološki kockari u odnosu na kontrolnu grupu imaju veću vjerovatnoću da imaju već jedan razrušen brak, da žive sami, te da su bili zlostavljani u djetinjstvu. Nacionalna studija o posljedicama kockanja (NORC, 1999; prema Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman i Black, 2007) ukazala je na visoku stopu razvoda kod problemskih i patoloških kockara. Odnosno, učestalost razvoda za problemske kockare iznosila je 39,5%, za patološke 53,5%, dok je kod osoba koje ne kockaju ta učestalost iznosila 18,2%. Što se tiče stanja u Bosni i Hercegovini, Skoko i sur. (2015) navode podatak Centra za socijalni rad u Mostaru prema kojem se u Mostaru svaki osmi par razvede zbog ovisnosti o igrama na sreću.

Visoka stopa razvoda nije začuđujuća s obzirom da osim interpersonalnih problema, kockanje rezultira i finansijskim problemima koji dodatno otežavaju obiteljsko funkcionisanje. Lorenz i Yaffee (1988; prema Lesieur, 1998) navode da su supružnici patoloških kockara zlostavljani od strane kamatara, da doživljavaju nesanicu,

glavobolje, depresiju, te da u odnosu na opštu populaciju imaju i do 3 puta veću stopu pokušaja suicida. Također, zbog ozbiljnih finansijskih gubitaka, u ekstremnim slučajevima su moguća isključenja komunalija, prodaja kućanskog namještaja, te iseljenja iz stana/kuće (Lesieur, 1998).

Istraživanja ukazuju i na postojanje obiteljskog zlostavljanja, osobito prema suprugama. Muelleman, DenOtter, Wadman, Tran i Anderson (2002) su intervjuisali 286 žena koje su primljene u hitnu pomoć, te otkrili da je 14 žena od sveukupno 61 koje su prijavile nasilje od strane partnera imalo za partnera problemskog kockara. Rezultati su također pokazali da žene čiji su partneri problemski kockari imaju 10,5 puta veću vjerovatnoću da budu žrtve partnerskog nasilja, te da ukoliko partner osim problema s kockanjem ima problem i s alkoholom, ta vjerovatnoća raste na 50,4.

Dowling i sur. (2014) su proveli meta analizu 14 istraživanja od kojih je 8 bilo vezano za viktimizaciju, 4 za počinjenje nasilja, te 2 za viktimizaciju i počinjenje nasilja. Rezultati su pokazali da je više od jedne trećine problemskih kockara izjavilo kako su bili žrtve fizičkog intimnog partnerskog nasilja (38,1%), ili počinitelji istog (36,5%). Također, rezultati su ukazali na prevalenciju problemskog kockanja u intimnom partnerskom zlostavljanju koja iznosi 11,3%, te da na povezanost problemskog kockanja i intimnog partnerskog nasilja utiču sljedeći faktori: mlađa dob, zaposlenje koje ne uključuje punu radnu normu, problemi s bijesom, impulzivnost, te zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Iako istraživanja ukazuju na povezanost problemskog kockanja i obiteljskog zlostavljanja, priroda te povezanosti još uvijek nije u potpunosti razjašnjena (Dowling i sur., 2014).

Suomi i sur. (2013) su u svom istraživanju pokazali da problemi s kockanjem prethode viktimizaciji i počinjenju obiteljskog nasilja. Rezultati također upućuju da počinjenju nasilja prethode akumulirana ljutnja i nepovjerenje, dok neposredni gubici kockanja praćeni akumuliranom frustracijom izazivaju bijes koji rezultira viktimizacijom. Međutim, važno je napomenuti da različiti stresori koji proizilaze iz problemskog kockanja poput finansijskih teškoća, nepovjerenja i slično mogu rezultirati otežanim porodičnim psihološkim funkcionisanjem i suočavanjem sa stresom, što nadalje može dovesti do počinjenja nasilja nad osobom sa problemom kockanja.

Shodno tome, mnogim kockarima kockanje služi kao mehanizam za suočavanje sa činjenicom da su žrtva obiteljskog nasilja (Dowling, 2014).

Ovisnost o igrama na sreću utiče i na djecu koja odrastaju u obiteljima s ovom ovisnošću. Primjerice, Lesieur (1989; prema Shaw i sur., 2007) je otkrio da je 87% problemskih kockara vrijeđalo, ismijavalo, te omalovažavalo svoje supružnike pred djecom. Jacobs i sur. (1989) su u svom istraživanju pronašli da djeca roditelja patoloških kockara imaju veći rizik za razvoj ponašanja koja negativno djeluju na zdravlje (poput upotrebe psihoaktivnih supstanci), zatim za razvoj psihosocijalnih problema (primjerice, nesretno djetinjstvo), poteškoća u obrazovanju, te emocionalnih poremećaja uključujući disforiju i suicidalno ponašanje. Ovi rezultati ukazuju i na to da će djeca roditelja koji prekomjerno kockaju, bez rane i adekvatne intervencije biti ugroženi prilikom rješavanja sadašnjih i budućih životnih problema, te da će samim time biti pod visokim rizikom za razvoj disfunkcionalnog prilagođavanja, uključujući i obrasce ovisničkih ponašanja (Jacobs i sur., 1989).

Darbyshire, Oster i Carrig (2001) su proveli kvalitativnu studiju s ciljem istraživanja dječjeg doživljaja života sa roditeljem s problemom kockanja. Rezultati su ukazali na osjećaj pervazivnog gubitka, odnosno gubitka koji uključuje i fizičke i egzistencijalne aspekte njihovog života, gubitak odnosa s roditeljem koji kocka, gubitak povjerenja, sigurnosti, te materijalnih dobara.

4.2. Posljedice kockanja na radno funkcionisanje

S obzirom da kockanje ostavlja negativne posljedice u različitim domenama života, jedan od njih jeste upravo radno funkcionisanje. Na radnom mjestu kockanje rezultira nizom problema poput smanjenog radnog učinka, apsentizma, nedostatka inicijative, te izbjegavanja odgovornosti. Iako se negativni učinci kockanja prvenstveno očituju u obiteljskim odnosima, vremenom se razvijaju konflikti i sa radnim kolegama, te poslodavcima. Kako ovisnost napreduje u dublje faze, sposobnost kockara da se nosi sa zahtjevima radnog mjesta značajno se smanjuje, što rezultira time da kockari dvostruko više mijenjaju radna mjesta (Torre, 2017).

Osim toga, patološko kockanje često rezultira i upuštanjem u ilegalne aktivnosti. Lesieur (1984; prema Zorland, Mooss i Perkins, 2008) je pronašao da kompulzivni kockari imaju tendenciju korištenja legalnih metoda za priskrbljivanje novca sve do onog trenutka kada takvi izvori kao rezultat opetovanog posuđivanja novca postanu nedostupni, odnosno iscrpljeni. Međutim kako se ozbiljnost kockanja povećava, tako i kockari s ciljem finansiranja vlastitog kockanja izlaz pronalaze u ilegalnim aktivnostima.

Ledgerwood, Weinstock, Morasco i Petry (2007) su uspoređivali grupu patoloških kockara koji su učestvovali u ilegalnim aktivnostima (n=63) i grupu patoloških kockara koji nisu učestvovali u ilegalnim aktivnostima (n=168), a rezultati su pokazali da grupa koja je učestvovala u ilegalnim aktivnostima ima značajno ozbiljnije probleme, te značajno više dugova vezanih za kockanje. Blaszczyński, McConaghy i Frankova (1989) su utvrdili da je 54,1% problemskih kockara koji traže pomoć počinilo prekršaje vezane za kockanje, dok su Schwer, Thompson i Nakamuro (2003; prema Zorland i sur., 2008) pronašli da je 63% članova Anonimnih kockara priznalo pisanje neispravnih čekova, te 30,1% krađu na radnom mjestu.

4.3. Komorbiditet

Prema DSM-5 (2014) ovisnost o kockanju može biti u komorbiditetu sa drugim psihičkim poremećajima poput ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, depresivnih poremećaja, anksioznih poremećaja, te poremećaja ličnosti. Takvi poremećaji mogu prethoditi ovisnosti o kockanju, te biti prisutni ili odsutni tijekom iste, no također je moguće da ovisnost o kockanju prethodi drugim poremećajima, osobitno anksioznim i poremećajima uzimanja psihoaktivnih tvari. S obzirom da je zdravlje kod ovisnika o kockanju općenito narušeno, u odnosu na opštu populaciju kod ovisnika o kockanju su češće zastupljene i druge medicinske dijagnoze poput tahikardije i angine (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Koristeći NSC-R („*National Comorbidity Survey Replication*“) podatke, Kessler i sur. (2008) su pronašli da 96,3% ispitanika sa cjeloživotnim patološkim kockanjem ispunjava kriterije za barem još jedan psihijatrijski poremećaj, od kojih se kao

najučestaliji pokazao veliki depresivni poremećaj. Rezultati su također pokazali da se poremećaji s kojima ovisnost o kockanju može biti u komorbiditetu javljaju prije patološkog kockanja u 74,3% slučajeva.

Kako bi istražili vezu između depresivnih simptoma i ozbiljnosti kockanja kod patoloških kockara, Rømer Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach i Møller (2009) su proveli laboratorijsko istraživanje u kojem su ispitanici imali zadatak da igraju slot automate za kockanje. Rezultati su pokazali da se patološki kockari s visokom razinom depresivnih simptoma značajno razlikuju u odnosu na patološke kockare sa nižom razinom depresivnih simptoma s obzirom na poriv za kockanjem, uzbuđenje, broj odigranih igara i trajanje kockanja. Također, rezultati su pokazali da depresivni simptomi predviđaju poriv (procenjen putem skale samoprocjene) i trajanje kockanja (mjera vremena utrošenog na pojedinoj mašini), dok simptomi kockanja predviđaju stopu odigranih igara koja predstavlja mjeru brzine, odnosno igara odigranih po minuti (Rømer Thomsen i sur. 2009).

Istražujući razlike između kockara sa depresijom u komorbiditetu i kockara bez komorbiditeta, Quigley i sur. (2014) su pronašli da problemski kockari sa supostojećom depresijom izvještavaju o značajno nižoj obiteljskoj koheziji, te učestalijim konfliktima. Također su izvještavali o značajno više trauma iz djetinjstva poput emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja, kao i fizičkog zanemarivanja, te su u odnosu na problemske kockare bez supostojeće depresije postigli značajno veće rezultate na neuroticizmu, te niže na ekstraverziji. Vršena je i usporedba problemskih kockara sa depresijom u komorbiditetu i rekreativnih kockara sa depresijom, a rezultati su pokazali da problemski kockari sa supostojećom depresijom izvještavaju o značajno više obiteljskih konflikata, većoj razini emocionalnog zlostavljanja i fizičkog zanemarivanja, dok su u pogledu crta ličnosti postigli značajno veće rezultate na neuroticizmu, te niže na savjesnosti. Važno je spomenuti još jedan nalaz ovog istraživanja, a prema kojem je prevalencija velike depresije na uzorku od 105 problemskih kockara iznosila 32,4% (Quigley i sur., 2014).

Karlsson i Håkansson (2018) su proveli istraživanje u Švedskoj koristeći nacionalne registre 2.099 (1.625 muškaraca i 474 žene) osoba koje su u periodu između 2005. i 2016. godine imale dijagnozu ovisnosti o kockanju. Cilj istraživanja je bio

usporediti ovisnike o kockanju i opštu populaciju s obzirom na stopu mortaliteta i suicida, te istražiti faktore rizika povezane sa mortalitetom. Rezultati su pokazali da je u tom periodu umrlo 67 osoba, od kojih je 21 (18 muškaraca i 3 žene) počinilo suicid, a vodeći uzroci smrti su bili suicid (31%), neoplazma (16%), te bolesti cirkulatornog sistema (12%). Također, u odnosu na opštu populaciju, za osobe sa ovisnošću o kockanju u dobi između 20 i 74 godine rezultati su ukazali na povećan mortalitet od 1,8, te suicid od 15,1. Osobito važan nalaz jeste da je za mlađe dobne kategorije (20-49 godina) mortalitet povećan za 6,2 (4,6 za muškarce i 10,5 za žene) puta u odnosu na opštu populaciju. Što se tiče drugih mentalnih poremećaja, ovisnost o kockanju je najčešće bila u komorbiditetu sa depresijom (51%), anksioznim poremećajima (60%), te poremećajima uzimanja psihoaktivnih tvari (41%), a rezultati su također pokazali da su suicidi značajno predviđeni dijagnozom depresije (Karlsson i Håkansson, 2018).

Rezultati drugog istraživanja provedenog na uzorku od 2.099 ovisnika o kockanju su ukazali na prevalenciju psihijatrijskog komorbiditeta od 73%. S obzirom da su istraživane i spolne razlike, rezultati su također pokazali da su kod žena češće registrovani afektivni i anksiozni poremećaji, te da je komorbiditet općenito značajno češći kod žena nego kod muškaraca. Što se tiče poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari i ovisnosti o kockanju, komorbiditet je bio zastupljen kod 25% sudionika, a značajna spolna razlika je pronađena u korištenju kanabisa o čemu su češće izvještavali muškarci (Håkansson, Karlsson i Widinghoff, 2018).

Istraživanje koje su proveli Afifi, Cox, Martens, Sareen i Enns (2010) na nacionalno reprezentativnom uzorku kanadskih žena (n=10056) pokazalo je kako je problemsko kockanje povezano sa znatno većom vjerovatnoćom slabije samoprocjene opšteg zdravlja, suicidalnih misli i pokušaja, mentalnih poremećaja poput depresije, manije, paničnih napada, socijalne fobije i agorafobije, te medicinskih dijagnoza poput kroničnog bronhitisa, fibromijalgije i migrena.

5. Tretmani u liječenju ovisnosti o kockanju

5.1. Kognitivno-bihevioralna terapija

Prema *bihevioralnim teorijama* kockanje je naučeno ponašanje, te stoga bihevioralne metode liječenja nastoje modifikovati ponašanje problemskog kockanja i naučene odgovore, odnosno smanjiti uzbuđenje i druge nagrađujuće osjećaje vezane za kockanje putem principa klasičnog i operantnog uvjetovanja (National Research Council, 1999; Fong, 2005). U procesu učenja takvog ponašanja krucijalnu ulogu imaju potkrepljenja, a neki od identifikovanih potkrepljivača su finansijski dobici (Custer, 1982; Moran, 1970; prema Raylu, Loo i Oei, 2013), uzbuđenje (Brown, 1986; prema Raylu, Loo i Oei, 2013) i izbjegavanje negativnih psiholoških stanja (Blaszczynski, Wilson i McConaghy, 1986; McConaghy, Armstrong, Blaszczynski i Allcock, 1988; prema Raylu, Loo i Oei, 2013).

Najčešće korištene bihevioralne tehnike liječenja su: averzivne tehnike, pozitivno potkrepljenje, tehnike kontrole stimulusa, sistematska desenzitizacija i imaginarna desenzitizacija (Rickwood i sur., 2010; Fong, 2005). Primjena averzivne tehnike za cilj ima smanjiti frekvenciju ponašanja i to putem udruživanja kockanja sa neugodnim podražajima kao što je električni šok. Imaginarna desenzitizacija se sastoji od dva koraka, od kojih se u prvom koraku nastoji postići opuštanje klijenta, dok se u drugom koraku u svrhu izazivanja fizičkih i emocionalnih reakcija od njega traži da zamisli niz scena vezanih za kockanje. Na taj način uz pomoć terapeuta klijent uči kako reducirati uzbuđenje na razinu kojom će moći upravljati, kako bi u stvarnoj situaciji mogao spriječiti prepuštanje svojim žudnjama (National Research Council, 1999; Fong, 2005). In vivo izlaganje podrazumijeva primjenu tehnika relaksacije u stvarnoj situaciji kockanja (s tim da kockanje nije dozvoljeno), te zapravo predstavlja proširenje imaginarne desenzitizacije (National Research Council, 1999).

McConaghy, Blaszczynski i Frankova (1991) su u svom istraživanju po slučaju raspodijelili 120 patoloških kockara u 4 bihevioralna postupka: imaginarnu desenzitizaciju (n=60), imaginarnu relaksaciju (n=20), averzivnu terapiju (n=20), kratko in vivo izlaganje (n=10) i prolongirano in vivo izlaganje (n=10). Svi postupci osim prolongiranog in vivo izlaganja primjenjivani su u periodu od 5 dana i vremenskom

trajanju od 20 minuta. Učesnici na kojima je primjenjivana imaginarna desenzitizacija imali su zadatak da opišu 4 scenarija u kojima su bili potaknuti na kockanje, ali nisu kockali. Također su podučavani tehnikama relaksacije, te su nakon što bi postigli stanje relaksacije zamoljeni da započnu sa prvim od prethodno 4 pripremljena scenarija. Nakon što bi se uspjeli relaksirati u prvom scenariju, prešli bi na drugi i istim slijedom sve dok ne bi završili sva 4 scenarija. Averzivna terapija se sastojala od zadavanja neugodnog, ali bezbolnog električnog šoka u prst učesnika nakon što bi pročitali izvještaje koje opisuju njihovo kockanje, te izostanka šoka nakon finalne izvještaja koja se odnosi na alternativnu aktivnost poput povratka kući. Unutar svake od 14 seansi, učesnici su zadobili 36 električnih šokova. Postupak imaginarnu relaksacije je isti kao kod imaginarnu desenzitizacije, s tim da su učesnici zamišljali scene koje ih opuštaju. Kratko in vivo izlaganje se sastojalo od izlaganja uobičajenoj situaciji kockanja uz prisustvo terapeuta. Naravno, učesnici su samo posmatrali, kockanje nije bilo dozvoljeno, a prolongirano in vivo izlaganje je primjenjivano svaki dan u periodu od sat vremena. Važno je spomenuti da je od početnih 120 učesnika, njih 63 kontaktirano nakon 2 do 9 godina, a rezultati su pokazali da je 26 od 33 učesnika koji su prošli postupak imaginarnu desenzitizacije izvjestilo o smanjenju ili apstinenciji od kockanja u odnosu na 16 od 30 učesnika koji su prošli druge bihevioralne pristupe. Ova razlika se pokazala statistički značajnom, s tim da kada je riječ samo o apstinenciji, imaginarna desenzitizacija se nije pokazala značajno efikasnijom u odnosu na druge primijenjene postupke (McConaghy i sur., 1991).

Kognitivne teorije u tumačenju motivacije, razvoja i održavanja ovisnosti o kockanju naglašavaju iracionalna vjerovanja vezana za slučajnost, mogućnost kontrole i predviđanje ishoda. Shodno tome, kognitivna terapija za cilj ima redukciju kognitivnih grešaka, kako bi se posljedično samim time smanjila i motivacija za kockanjem (George i Murali, 2005).

Kako bi ispitao efikasnost kognitivne terapije, Ladouceur i sur. (2001) su proveli istraživanje u kojem su 64 patološka kockara randomizirano raspoređena na kognitivnu terapiju (n=35) ili listu čekanja (n=29). Terapija se sastojala od kognitivne korekcije kojom su se nastojale ispraviti zablude vezane za koncept slučajnosti i prevencije relapsa putem koje su učesnici identifikovali prethodne relapse, visokorizične situacije i

iskrivljene misli, kako bi uticaj istih u budućnosti mogli spriječiti. Kognitivnom korekcijom se nastojalo obuhvatiti: 1) razumijevanje koncepta slučajnosti kroz objašnjenje da je svako bacanje kockica nezavisno i da je nemoguće kontrolisati igru i ishod, 2) razumijevanje pogrešnih uvjerenja što se uglavnom odnosilo na teškoće primjene principa nezavisnosti slučajnih događaja, s naglaskom na doprinos iluzije kontrole u održavanju navika kockanja, 3) svjesnost o pogrešnim percepcijama, shodno čemu su učesnici informirani o dominantnosti pogrešnih percepcija, te načinima njihova prepoznavanja, i 4) kognitivna korekcija pogrešnih percepcija, te je shodno tome terapeut korigovao neadekvatne verbalizacije i iskrivljena uvjerenja. Rezultati su pokazali da je nakon tretmana 86% kockara iz eksperimentalne grupe prestalo zadovoljavati kriterije za ovisnost o kockanju. Također, učesnici u eksperimentalnoj grupi su izvijestili o manjoj želji za kockanjem, većoj percepciji kontrole nad kockanjem, većoj samoeфикаsnosti, te su rjeđe kockali i trošili manje novca. Ove promjene su se održale i u periodu 6 i 12-mjesečnog praćenja (Ladouceur i sur., 2001).

Ladouceur i sur. (2003) su također istražili efikasnost grupne kognitivne terapije u liječenju ovisnosti o kockanju. Patološki kockari su po slučaju raspoređeni na terapiju (n=34) ili listu čekanja (n=25). Kao i u prethodnoj studiji, kognitivna terapija se sastojala od kognitivne korekcije i prevencije relapsa, a posttest rezultati su pokazali da 88% patoloških kockara koji su prošli kognitivni tretman više nije zadovoljavalo DSM-4 kriterije za ovisnost o kockanju, u odnosu na 20% kockara iz kontrolne grupe. Također, ove promjene su se održale i nakon 6, 12 i 24-mjesečnog praćenja.

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) nastoji promijeniti misli i ponašanja koje leže u osnovi ovisnosti o kockanju, te je stoga njen glavni cilj identifikovati i izmijeniti kognitivne distorzije koje dovode do prekomjernog kockanja i problema uzrokovanih istim. Neke od osnovnih KBT tehnika su: kognitivno restrukturiranje, trening rješavanja problema (problem solving), trening socijalnih vještina i vještina suočavanja. U slučaju ovisnosti o igrama na sreću, kognitivno restrukturiranje omogućava ispravljanje kognitivnih distorzija, poput onih vezanih za sistem klađenja, praznovjerje, selektivno pamćenje, te atribuciju i uzročnost. Strategije rješavanja problema mogu povećati kontrolu nad kockanjem, te su stoga uglavnom usmjerene na postavljanje krajnje granice vezane za vrijeme i novac koji će se utrošiti u kockanje, ali i

na posljedice kockanja kao što su obiteljski problemi, finansijske poteškoće i dugovi, te načine njihovog razrješenja (Korn i Shaffer, 2004).

Podučavanje različitim vještinama poput vještina komunikacije, asertivnosti, odbijanja, opuštanja, te suočavanja sa stresom uveliko može doprinijeti kockarima u oporavku. U tu svrhu se veoma često koriste dodatne tehnike kao što su: 1) igranje uloga kroz koje klijent može isprobati i posljedično uvježbati komunikacijske vještine i vještine asertivnosti, 2) zamišljanje koje omogućava uvježbavanje adekvatnijih mehanizama suočavanja, te samim time i promjenu ishoda određenih događaja, 3) postavljanje ciljeva, poput limita vezanog za utrošeni novac ili vrijeme kako bi se postigla kontrola nad kockanjem, 4) psihoedukacija kroz koju kockari mogu naučiti prepoznati simptome problemskog kockanja, te preventivno djelovati, 5) upravljanje impulsima (nagonima) za kockanjem i 6) self-monitoring koji omogućava održavanje kontrole nad kockanjem putem praćenja prethodno postavljenih ciljeva vezanih za utrošeni novac i vrijeme (Korn i Shaffer, 2004).

Dowling, Smith i Thomas (2006) su ispitivali efikasnost KBT u liječenju ovisnosti o kockanju kod žena (n=19). Terapija se sastojala od 12 seansi u trajanju od sat i pol. U prve dvije seanse se nastojala uspostaviti kontrola protoka novca putem podešavanja finansijskog limita (primjerice, smanjen pristup kreditnim karticama, stvaranje planova otplate i slično). Treća seansa se sastojala od učešća u alternativnim i socijalno poželjnim, a pritom jeftinim aktivnostima s ciljem zamjene kockarskog ponašanja. Od četvrte do šeste seanse vršena je kognitivna korekcija zabluda vezanih za kockanje (npr. kockarska pogreška, lovljenje gubitaka, precjenjivanje vještina), dok je u sedmoj seansi vršena opšta kognitivna korekcija, što je podrazumijevalo obučavanje učesnika u tehnikama iste s ciljem stabilizacije raspoloženja i razvoja adekvatnijih vještina suočavanja. U osmoj seansi je vršen trening rješavanja problema, deveta i deseta seansa su bile usmjerene na trening komunikacije (asertivnost, odbijanje zahtjeva, odgovaranje na kritike) s ciljem smanjenja interpersonalnih konflikata, dok su posljednje dvije seanse uključivale prevenciju relapsa. Na kraju prvih šest seansi primjenjivana je imaginarna desenzitizacija u trajanju od 20 minuta. Rezultati su pokazali da je program doveo do poboljšanja ne samo u kockarskom ponašanju (učestalost, trajanje i utrošeni novac), već i u psihološkom funkcionisanju (depresija,

anksioznost i samopoštovanje). Također, nakon 6-mjesečnog praćenja, 89% učesnika više nije zadovoljavalo dijagnostičke kriterije za patološko kockanje (Dowling i sur., 2006).

Dowling, Smith i Thomas (2007) su također usporedili individualnu i grupnu KBT. U istraživanju je učestvovalo 56 žena koje su razvile ovisnost o kockanju, a koje su po slučaju raspoređene na listu čekanja (n=25), individualnu terapiju (n=14) ili grupnu terapiju (n=17). Terapija se sastojala od 12 seansi koje su opisane u prethodno prikazanom istraživanju. Individualna terapija je trajala sat i pol, te unatoč nastojanju da se održi jednom sedmično, prosječni period potreban da učesnici prođu kroz individualnu terapiju iznosio je 16,8 tjedana, dok je grupna terapija trajala 2 sata i realizirana je u periodu od 12 tjedana. Također, grupu je činilo 4 do 6 žena. Rezultati su pokazali da nakon završetka tretmana 92% učesnica raspoređenih na individualnu terapiju u odnosu na 65% učesnica raspoređenih na grupnu terapiju nije zadovoljavalo kriterije za patološko kockanje. Nakon 6-mjesečnog praćenja taj postotak za učesnice koje su prošle kroz grupnu terapiju opao je na 60%. Također, rezultati su pokazali da grupna terapija u odnosu na listu čekanja nije dovela do poboljšanja u samopoštovanju i anksioznosti (Dowling i sur., 2007).

Efektivnost grupne KBT istražili su i Jiménez-Murcia i sur. (2007) na uzorku od 290 patoloških kockara. Terapija se sastojala od 16 sedmičnih seansi koje su trajale 90 minuta, a grupu je činilo 10 do 14 klijenata. Također, terapija je uključivala psihoedukaciju, kontrolu stimulusa (kontrola novca, rizičnih situacija itd.), prevenciju odgovora (alternativno i kompenzacijsko ponašanje), kognitivno restrukturiranje usmjereno osobito na iluziju kontrole, trening socijalnih vještina i prevenciju relapsa. Rezultati su ukazali na uspješnost grupne KBT sa stopom apstinencije od 76,1 do kraja tretmana i 81,5 nakon 6 mjeseci praćenja. Međutim, istraživanje je bilo usmjereno i na prediktore relapsa i osipanja, a takvima su se pokazali psihopatološki distres i opsesivno kompulzivni simptomi. Kao zaštitni faktor se pokazala upornost, te prema autorima osobine ličnosti poput samoodrživosti, ambicioznosti i upornosti bi mogle doprinijeti uspješnijem liječenju (Jiménez-Murcia i sur., 2007).

U drugom istraživanju, Jiménez-Murcia i sur. (2015) su istraživali prediktore ishoda na uzorku od 440 ovisnika o kockanju koji su prošli kroz grupnu KBT u trajanju

od 16 sedmica. Prema rezultatima visoka samotranscedentnost i sudjelovanje supružnika ili partnera u terapiji predviđjeli su veći rizik relapsa, dok su mlađa dob i niži nivo obrazovanja predviđjeli odustajanje i slabo prisustvovanje terapiji. Što se tiče učinkovitosti terapije, ona je rezultirala značajnim poboljšanjem na nivou psihopatologije i ozbiljnosti kockarskog ponašanja.

S obzirom na učestala odustajanja i relapse, Wulfert, Blanchard, Freidenberg i Martell (2006) su ispitali efikasnost kognitivno-motivacione bihevioralne terapije (KMBT) u liječenju 9 patoloških kockara (uglavnom ovisnika o konjskim trkama), regrutiranih iz terapijskih zajednica. Tretman se sastojao od 3 faze i 16 seansi. U prve 3 seanse nastojalo se povećati motivaciju učesnika s ciljem smanjenja njihovog otpora i jačanja spremnosti na promjenu. Druga faza je uključivala kognitivno restrukturiranje i učenje vještina rješavanja problema, s tim da se i dalje radilo na unapređenju motivacije, dok je treća faza uključivala prevenciju relapsa. Učesnici su podučavani visokorizičnim situacijama, strategijama suočavanja, te dostupnim izvorima pomoći i načinima djelovanja u slučaju takvih situacija. Osim eksperimentalne grupe, postojala je i kontrolna grupa koju je sačinjavalo 12 kockara koji su primali uobičajenu terapiju, a rezultati su pokazali da je KMBT dovela do značajnog poboljšanja u kockarskom ponašanju, psihološkim simptomima poput depresivnih i anksioznih, te životnom stilu. Također, u odnosu na kontrolnu grupu u kojoj su od liječenja odustala 4 učesnika, u eksperimentalnoj grupi niti jedan učesnik nije odustao od tretmana (Wulfert i sur., 2006).

5.2. Anonimni kockari

Anonimni kockari (AK) su grupe samopomoći osnovane 1957. godine u Los Angelesu, a koje djeluju u najmanje 55 zemalja širom svijeta (Hodgins, Stea i Grant, 2011). Grupe su formirane na osnovu modela Anonimnih alkoholičara, te se sastoje od 12 koraka/stepenica samopomoći. Prve tri stepenice su stepenice predaje u kojima ovisnik prestaje poricati svoju ovisnost, četvrta i peta su stepenice unutarnjeg inventara u kojima ovisnik nastoji razriješiti grižnju savjest i depresiju koja proizilazi iz učinjenih pogrešaka i neiskorištenih prilika, dok su šesta i sedma stepenice karakternih promjena gdje se osvještavaju mane i formiraju nastojanja njihovih promjena. Osmi i deveti su

stepenice odnosa u kojima se ispravljaju narušeni odnosi, deseta i jedanaesta su stepenice održavanja usklađenosti sa samim sobom, svijetom i duhovnošću, a posljednja stepenica je stepenica služenja drugim ovisnicima u njihovom procesu oporavka, kao i svjedočenja mogućnosti oporavka (Torre, Zoričić, Katinić i Škifić, 2010). Osim AK, postoji i grupa Gam-Anon koja omogućava podršku obitelji i prijateljima ovisnika o kockanju (Fong, 2005).

Stewart i Brown (1988) su pratili 232 člana AK, a rezultati su pokazali da je 8% članova apstiniralo jednu godinu i 7% dvije godine. Johnson i Nora (1992) su uspoređivali ovisnike o kockanju čiji su supružnici prisustvovali sastancima AK (n=44) i ovisnike čiji supružnici nisu prisustvovali istima (n=46). Rezultati su pokazali da je 20 ovisnika o kockanju koji su kroz sastanke prolazili u prisustvu supružnika apstiniralo 4 i više godina, dok ih je 24 apstiniralo 3 ili manje godina. Što se tiče ovisnika o kockanju čiji supružnici nisu prisustvovali sastancima, 13 ih je apstiniralo 4 i više godina, te 33 ih je apstiniralo 3 i manje godina. Iako se razlika nije pokazala statistički značajnom, možemo pretpostaviti da bi učešće supružnika moglo doprinijeti boljem oporavku.

Petry (2003) je u svom istraživanju ispitivala kockanje i psihosocijalne probleme patoloških kockara (n=342) koji su prošli kroz tretman liječenja, s naglaskom na usporedbu onih koji su prisustvovali grupama AK i onih koji nisu. Pokazalo se da su učesnici koji su prisustvovali grupama AK (n=184) bili stariji, zatim češće oženjeni ili razvedeni, te da su imali veće dohotke. Također, u odnosu na učesnike koji nikada nisu prisustvovali istima, imali su više problema vezanih za kockanje, duže trajanje problema i veći kockarski dug, te su bili više zainteresirani za učešće u profesionalnom tretmanu liječenja. Rezultati su pokazali i da su imali manje problema s drogom, ali ozbiljnije obiteljske i socijalne probleme, te da ih isti više smetaju. Također, imali su manje problema s alkoholom i zakonom, ali veće psihijatrijske probleme. Osim toga, učesnici sa prethodnom historijom učestvovanja u grupama AK su bili skloniji aktivnom uključivanju u profesionalnu terapiju, te su imali veću stopu apstinencije 2 mjeseca nakon početka KBT profesionalnog tretmana (Petry, 2003).

U drugom istraživanju, Petry i sur. (2006) su po slučaju raspodijelili patološke kockare (n=231) na: 1) prisustvovanje sastancima AK, 2) prisustvovanje sastancima AK i korištenje kognitivno-bihevioralne radne knjige, i 3) prisustvovanje sastancima AK i individualnoj KBT od 8 seansi. Rezultati su pokazali da je KBT smanjila kockanje i dovela do značajnijih poboljšanja u odnosu na samo prisustvovanje sastancima AK, no i da je broj prisustvovanja sastancima AK pozitivno povezan sa apstinencijom od kockanja nakon tretmana i 12-mjesečnog praćenja.

Oei i Gordon (2008) su na uzorku od 75 članova AK pokazali da vjerovanje u Boga i višu moć značajno predviđaju članstvo grupi, te da prisustvovanje i učestvovanje na sastancima, pridržavanje 12 koraka programa oporavka, vjera u Boga, vjera u višu moć, te socijalna podrška pozitivno utiču na kockarsku apstinenciju. Kao najvažniji prediktori apstinencije pokazali su se prisustvo i učešće, te podrška obitelji i prijatelja, dok su povećani nagoni za kockanjem i iskrivljene kognicije povećale šansu za relaps.

Cooper (2004) je regrutirao 50 pojedinaca sa web stranice „GAweb“, a kao prednosti iste su se pokazali novi odnosi, podrška, nada u kriznim vremenima i održavanje apstinencije kako ne bi razočarali grupu. Također, kao glavni razlozi izbjegavanja AK ili drugih oblika liječenja pokazali su se: stigma, zabrinutost zbog mišljenja drugih ljudi, zabrinutost zbog povjerljivosti, neugodnost zbog ličnog otkrivanja, te nedostatak želje za obvezivanjem. Kao važne prednosti prisustvovanja grupama AK, potrebno je spomenuti i usađivanje nade, socijalno učenje i altruizam (Straus, 2006).

5.3. Multimodalni pristup

Kao što je prethodno prikazano, ovisnost o kockanju rezultira nizom negativnih posljedica, te se shodno tome multimodalnim pristupom nastoje obuhvatiti svi problemi izazvani kockanjem (Emshoff, Perkins, Zimmerman, Mooss i Zorland, 2007). Stoga, ovaj tretman liječenja često uključuje kombinaciju više različitih tretmana kao što su: KBT, bračna i porodična terapija, AK, finansijsko savjetovanje i slično (Raylu i sur., 2013).

U istraživanju koje su proveli Russo, McCormick, Ramirez i Taber (1984) učestvovalo je 60 ovisnika o kockanju koji su prošli kroz bolnički multimodalni pristup liječenju zajedno sa ovisnicima o alkoholu. Program je trajao 30 dana i sastojao se od grupne terapije, edukacije, grupe AK i plana otpusta. Također, kroz program su se nastojala postići 3 glavna cilja: smanjenje poriva za kockanjem, apstinencija i postizanje najviše moguće razine socijalnog funkcionisanja. Rezultati su pokazali da je 55% učesnika u potpunosti apstiniralo od kockanja barem jednu godinu nakon otpusta, 60,7% je izvijestilo o poboljšanom finansijskom statusu, 71,9% je izvijestilo o manjoj razini depresije, te 69% o boljim interpersonalnim odnosima (Russo i sur., 1984).

Hudak, Varghese i Politzer (1989) su proveli retrospektivnu studiju patoloških kockara (n=99) liječenih u Centru za patološko kockanje „John Hopkins“ u periodu između 1971. i 1983. godine. Tretman se sastojao od edukacije, grupne, obiteljske i individualne terapije, treninga vještina komunikacije, finansijskog savjetovanja i prisustvovanja grupama AK. Rezultati su pokazali da je 31% učesnika u potpunosti apstiniralo, no nedostatak istraživanja se ogleda u nemogućnosti kontaktiranja svih 99 učesnika. Kontaktirano je 26 učesnika, od kojih je 8 apstiniralo, 2 su izjavila kako su kockali 1-4 puta nakon otpusta, 2 učesnika su kockala 5-10 puta nakon otpusta i 6 više od 20 puta nakon otpusta (Hudak i sur., 1989).

Stinchfield i Winters (2001) su se u svom istraživanju usmjerili na mjerenje ishoda 4 državna programa za kockanje u Minesoti. Programi su kreirani za liječenje patoloških kockara i uključivali su individualnu, grupnu, edukacijsku i obiteljsku terapiju, te finansijsko savjetovanje i 12 koraka AK. Uzorak je činilo 348 muškaraca i 220 žena liječenih u periodu između 1992. i 1995. godine. Rezultati su pokazali da je nakon 6-mjesečnog praćenja 28% učesnika izjavilo da u potpunosti apstiniraju od kockanja, a 20% da su kockali manje od jednom mjesečno. Također, 48% učesnika je pokazalo značajno poboljšanje u učestalosti kockanja, količini novca utrošenog u kockanje, psihosocijalnim problemima, finansijskim problemima, te broju prijatelja koji kockaju (Stinchfield i Winters, 2001).

Važno je spomenuti da se ovaj pristup može provoditi u bolničkom, ali i izvanbolničkom okruženju kao što su klubovi ovisnika o kockanju (KLOK). „Klub ovisnika o kocki je zapravo višeobiteljska zajednica ovisnika o kocki i članova njihovih

obitelji ustrojena po načelima terapijske zajednice“ (Torre, 2017, str. 130). Takva socijalna okolina podrazumijeva međusobno pomaganje, podržavanje, preuzimanje određenih odgovornosti, obaveza, te predstavlja socioterapijsku, a tek onda psihoterapijsku grupu. „Liječenje bolesti ovisnosti o kockanju je liječenje odnosom, i to u prvom redu odnosom između kockara koji se liječe, zatim odnosom između kockara i njegove obitelji i prijatelja, a tek onda odnosom između kockara i njegova terapeuta“ (Torre, 2017, str. 129).

6. Zaključak

S obzirom da ovisnost o igrama na sreću predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem čija je etiologija veoma kompleksna, kroz rad su prvenstveno prikazani sljedeći modeli razvoja patološkog kockanja: model ovisnosti, psihodinamski, psihobiološki, biheviornalni i kognitivni model, te integrativni modeli unutar kojih možemo svrstati biopsihosocijalni model i model puteva. Prema psihodinamskom modelu, motivacija za kockanjem je smještena u nesvjesnom dijelu ličnosti, dok je psihobiološki model usmjeren na promjene u mozgovnim funkcijama i neurotransmiterskim sistemima. Biheviornalni model obuhvata teorije učenja i teoriju razložne akcije, a kognitivni model u razvoju, motivaciji, te samim time održavanju ovisnosti o igrama na sreću naglašava ulogu kognitivnih distorzija. Za razliku od prethodno pomenutih modela, integrativni modeli u tumačenju etiologije nastoje integrirati veći broj faktora, te shodno tome onemogućiti klasifikovanje ovisnika o igrama na sreću kao homogenu skupinu.

Kako bi se postiglo dublje razumijevanje ovog fenomena, kroz rad su prikazani i rizični faktori poput: dostupnosti i pristupačnosti kockarnica i kladionica, kognitivnih distorzija, individualnih obilježja ličnosti, motivacije, stavova prema kockanju, te uticaja obitelji, vršnjaka i medija. Dostupnost i pristupačnost prilika u kojima se priređuju igre za sreću povećavaju vjerovatnoću razvoja ovisnosti o igrama na sreću, te s obzirom na sve veću legalizaciju istih, zasigurno predstavljaju važan faktor rizika. Održavanju ove vrste ovisnosti, te posljedično manifestaciji problema koje ona uzrokuje doprinose i sljedeće kognitivne distorzije: iluzorne korelacije, pristranost pamćenja, dostupnost tuđih pobjeda, kockarska pogreška, pretjerano samopouzdanje, trendovi u odabiru brojeva, iluzija kontrole i „near-miss“ efekat. Motivi poput zarade i bijega od negativnih emocionalnih stanja također povećavaju rizik razvoja ove vrste ovisnosti, a prikazana su i individualna obilježja ličnosti putem kojih je dodatno moguće identifikovati pojedince s povećanim rizikom. Što se tiče stavova prema kockanju kao rizičnih faktora, pozitivniji stavovi često rezultiraju većom spremnošću na učestvovanje u kockarskim aktivnostima, kao i prenaplašavanjem uticaja vještine na ishod igre. Roditelji i vršnjaci predstavljaju važne modele, dok mediji predstavljaju kockanje kao uzbudljivu i bezopasnu aktivnost kroz koju je osim zabave zagarantovana i materijalna dobit. Osim faktora rizika prikazani su i njihovi oponenti, odnosno zaštitni faktori.

Problemi izazvani kockanjem negativno djeluju na kvalitetu života, te su shodno tome prikazane posljedice kockanja na obiteljsko i radno funkcionisanje, kao i mogući komorbiditeti. Obitelj kockara doživljava višestruke poteškoće kao što su: učestali konflikti, slaba komunikacija, preuzimanje drugih obiteljskih uloga i odgovornosti, zanemarivanje obitelji, laži i zlostavljanje, te značajne finansijske poteškoće (Kalischuk i sur., 2006; prema Dowling, 2014). Zaokupljenost kockanjem na radnom mjestu rezultira slabijim učinkom, apsentizmom, fluktuacijom, a s obzirom na nerijetko upuštanje u ilegalne aktivnosti, česti su i problemi sa zakonom. Kvalitetu života narušava i postojanje komorbiditeta s drugim mentalnim poremećajima kao što su anksiozni, depresivni, premećaji ličnosti, poremećaji uzimanja psihoaktivnih tvari, te drugim medicinskim dijagnozama.

U okviru rada je prikazano i nekoliko uspješnih tretmana liječenja kao što su: KBT, AK i multimodalni pristup, od kojih Torre (2017) naglašava važnost grupa samopomoći kao što su AK ili KLOK. Takve grupe su sačinjene od kockara koji apstiniraju i pružaju rehabilitaciju bez koje sama uspostava apstinencije nema mnogo koristi. Također, liječenje kockara individualnom psihoterapijom ili u grupi nekockara je „slabih učinaka, stručno pogrešno, besmisleno traćenje vremena, novaca, života i živaca jadnog kocara, naivno punog nade u oporavak“ (Torre, 2017, str. 127). Da bi se uspostavila apstinencija, potrebna je iznimna motivacija, a da bi se održala apstinencija neophodno je vremenom kockaru pružiti uvid u ovisnost o igrama na sreću što se postiže kroz konfrontiranje kocara sa svim negativnim posljedicama koje su proizašle iz kockanja i koje kockar doživljava svakodnevno u svim aspektima njegovog života. „Što dublji uvid, to su veći izgledi za oporavak, a manji za recidiv bolesti“ (Torre, 2017, str 136).

7. Literatura

- Adams, G.R., Sullivan, A.M., Horton, K.D., Menna, R., i Guilmette, A.M. (2007). A study of differences in Canadian university students gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues*, 19, 9-17.
- Afifi, T.O., Cox, B.J., Martens, P.J., Sareen, J., i Enns, M.W. (2010). The Relationship Between Problem Gambling and Mental and Physical Health Correlates among a Nationally Representative Sample of Canadian Women. *Canadian Journal of public health*, 101(2), 171-175.
- Alvarez-Monjaras, M., Mayes, L.C., Potenza, M.N., i Rutheford, H.J.V. (2018). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 1-22.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bagby, R.M., Vachon, D.D, Bulmash, E.L., Toneatto, T., Quilty, L.C., i Costa, P.T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 873-880.
- Beaver, K.M., Hoffman, T., Shields, R.T., Vaughn, M.G., DeLisi, M., i Wright, J.P. (2010). Gender differences in genetic and environmental influences on gambling: results from a sample of twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*, 105(3), 536-542.
- Black, D.W., Shaw, M.C., McCormick, B.A., i Allen, J. (2012). Marital Status, Childhood Maltreatment, and Family Dysfunction: A Controlled Study of Pathological Gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(10), 1293-1297.
- Blaszczynski, A., i Nower, L. (2002). A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., i Frankova, A. (1989). Crime, antisocial personality and pathological gambling. *Journal of gambling behavior*, 5(2), 137-152.

- Brunborg, G.S., Hanss, D., Mentzoni, R.A., Molde, H., i Pallesen, S. (2016). Problem gambling and the five-factor model of personality: a large population-based study. *Addiction*, *111*(8), 1428-1435.
- Chiu, J., i Storm, L. (2009). Personality, Perceived Luck and Gambling Attitudes as Predictors of Gambling Involvement. *Journal of Gambling Studies*, *26*(2), 205-227.
- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philosophical Transaction of the Royal Society B: Biological Sciences*, *365*(1538), 319-330.
- Comings, D.E., Rosenthal, R.J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., Muhleman, D., Chiu, C., ... Gade, R. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, *6*(3), 223-234.
- Cooper, G. (2004). Exploring and understanding online assistance for problem gamblers: The pathways disclosure model. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *1*(2), 32-38.
- Darbyshire, P., Oster, C., i Carrig, H. (2001). Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health and Social Care*, *9*(4), 185-193.
- Delfabbro, P., Lahn, J., i Grabosky, P. (2006). Psychosocial correlates of problem gambling in Australian students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(6-7), 587-595.
- Derevensky, J.L., Dickson, L., i Gupta, R. (2008). Adolescent attitudes toward gambling. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *4*(1), 1-17.
- Derevensky, J., Sklar, A., Gupta, R., i Messerlian, C. (2010). An Empirical Study Examining the Impact of Gambling Advertisements on Adolescent Gambling Attitudes and Behaviors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 21-34.

- Dowling, N. (2014). *The impact of gambling problems on families* (AGRC discussion paper, no.1). Melbourne: Australian Gambling Research Centre. Preuzeto s https://aifs.gov.au/agrc/sites/default/files/publication-documents/agrc-dp1-family-impacts_0.pdf
- Dowling, N., Jackson, A.C., i Thomas, S.A. (2008). Behavioral Interventions in the Treatment of Pathological Gambling: A review of Activity Scheduling and Desensitization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 172-187.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., i Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51, 109–12.
- Dowling, N., Smith, D., i Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2192-2202.
- Dowling, N., Smith, D., i Thomas, T. (2006). Treatment of Female Pathological Gambling: The Efficacy of a Cognitive-Behavioural Approach. *Journal of Gambling Studies*, 22(4), 355-372.
- Dowling, N., Suomi, A., Jackson, A., Lavis, T., Patford, J., Cockman, S., ... Abbott, M. (2014). Problem Gambling and Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 43-61.
- Emshoff, J., Perkins, A., Zimmerman, L., Mooss, A., i Zorland, J. (2007). *Pathological Gambling Treatment Literature Review (Second Edition)*. Atlanta: Georgia State University. Preuzeto s http://www2.gsu.edu/~psyjge/Rsrc/PG_Treatment_%20Literature_Review.pdf
- Felsher, J.R., Derevensky, J.L., i Gupta, R. (2003). Parental Influences and Social Modelling of Youth Lottery Participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(5), 361-377.

- Fong, T.W. (2005). Types of Psychotherapy for Pathological Gamblers. *Psychiatry*, 2(5), 32-39.
- Fortune, E.E., i Goddie, A.S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298-310.
- Gambino, B., Fitzgerald, R., Shaffer, H., Renner, J., i Courtnege, P. (1993). Perceived family history of problem gambling and scores on SOGS. *Journal of Gambling Studies*, 9(2), 169-184.
- George, S., i Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), 450-456.
- Goodie, A.S., i Fortune, E.E. (2013). Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 730-743.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., i van den Brink, W. (2006). Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction*, 101(4), 534-547.
- Gupta, R., i Derevensky, J. (1997). Familiar and Social Influences on Juvenile Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 179-192.
- Håkansson, A., Karlsson, A., i Widinghoff, C. (2018). Primary and Secondary Diagnoses of Gambling Disorder and Psychiatric Comorbidity in the Swedish Health Care System-A Nationwide Register Study. *Front Psychiatry*, 9.
- Hodgins, D.C., Stea, J.N., i Grant, J.E. (2011). Gambling Disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884.
- Hudak, C.J., Varghese, R., i Politzer, R.M. (1989). Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(3), 201-210.

- Jacobs, D.F., Marston, A.R., Singer, R.D., Widaman, K., Little, T., i Veizades, J. (1989). Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 261-268.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E.M., Granero, R., Neus Aymami, M., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., ... Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5), 544-552.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., ... Menchón, J.M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *European Addiction Research*, 21(4), 169-178.
- Johnson, E.E., i Nora, R.M. (1992). Does Spousal Participation in Gamblers Anonymous Benefit Compulsive Gamblers? *Psychological Reports*, 71(3), 914-914.
- Karlsson, A., i Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1091-1099.
- Kerber, C.S. (2005). Problem and Pathological Gambling Among College Athletes. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 243-247.
- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C., i Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360.
- Korn, D. A., i Shaffer, H. J. (2004). *Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems: An evidence-based treatment guide for clinicians*. Boston, MA: Massachusetts Council on Compulsive Gambling. Preuzeto s https://www.divisiononaddiction.org/html/publications/2004_Korn_Shaffer.pdf
- Ladouceur, R. (2004a). Gambling: The Hidden Addiction. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 501-503.

- Ladouceur, R. (2004b). Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addictive Behaviors*, 29(3), 555-565.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., i Giroux, I. (1999). Prevalence of Problem Gambling: A Replication Study 7 Years Later. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8), 802-804.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., i Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 587-596.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., i Leblond, J., Jacques, C. (2001). Cognitive Treatment of Pathological Gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774-780.
- Ledgerwood, D.M., Weinstock, J., Morasco, B.J., i Petry, N.M. (2007). Clinical Features and Treatment Prognosis of Pathological Gamblers With and Without Recent Gambling-Related Illegal Behavior. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 294-301.
- Lee, H.-P., Chae, P.K., Lee, H.-S., i Kim, Y.-K. (2007). The five-factor gambling motivation model. *Psychiatry Research*, 150(1), 21-32.
- Lesieur, H.R. (1998). Costs and Treatment of Pathological Gambling. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 556(1), 153-171.
- Lesieur, H.R., i Custer, R.L. (1984). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 474(1), 146-156.
- Linnet, J., Peterson, E., Doudet, D.J., Gjedde A., i Møller, A. (2010). Dopamine release in ventral striatum of pathological gamblers losing money. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4), 326-333.
- Lobo, D.S.S., i Kennedy, J.L. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction*, 104(9), 1454-1465.

- McConaghy, N., Blaszczynski, A., i Frankova, A. (1991). Comparison of Imaginal Desensitisation with other Behavioural Treatments of Pathological Gambling. *The British Journal of Psychiatry*, 159(3), 390-393.
- Meyer, G., Schwertfeger, J., Exton, M.S., Janssen, O.E., Knapp, W., Stadler, M.A., ... Krüger, T.H.C. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology* 29(10), 1272-1280.
- Milton, S. (2006). Addictions without substance series: The conundrums of gambling. *Drugs and Alcohol Today*, 6(3), 37-41.
- Mishra, S., Lalumiere, M.L., i Williams, R.J. (2016). Gambling, Risk-Taking, and Antisocial Behavior: A Replication Study Supporting the Generality of Deviance. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 15-36.
- Monaghan, S., Derevensky, J., i Sklar, A. (2008). Impact of gambling advertisements and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm. *Journal of Gambling Issues*, 22, 252-274.
- Moore, S.M., i Ohtsuka, K. (1999). THE PREDICTION OF GAMBLING BEHAVIOR AND PROBLEM GAMBLING FROM ATTITUDES AND PERCEIVED NORMS. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 27(5), 455-466.
- Muelleman, R.L., DenOtter, T., Wadman, M.C., Tran, T.P., i Anderson, J. (2002). Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence. *The Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 307-312.
- National Research Council. (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*. Washington, DC: The National Academies Press. Preuzeto s <https://www.nap.edu/catalog/6329/pathological-gambling-a-critical-review>
- Nordin, C., i Eklundh, T. (1999). Altered CSF 5-HIAA Disposition in Pathologic Male Gamblers. *CNS Spectrums*, 4(12), 25-33.
- Nordin, C., iSjödin, I. (2006). CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 40(5), 454-459.

- Nower, L., i Blaszczynski, A., (2004). The Pathways Model as Harm Minimization for Youth Gamblers in Educational Settings. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(1), 25-45.
- Oei, T.P.S., i Gordon, L.M. (2008). Psychosocial Factors Related to Gambling Abstinence and Relapse in Members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 91-105.
- Petry, N.M. (2003). Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1049-1062.
- Petry, N.M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., ... Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555-567.
- Raylu, N., Loo, J., i Oei, T.P. (2013). Treatment of Gambling Problems in Asia: Comprehensive Review and Implications for Asian Problem Gamblers. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 297-322.
- Ricijaš, N., Dodig Hundrić, D., Huić, A., i Kranželić, V. (2016). Kockanje mladih u Hrvatskoj - učestalost igranja i zastupljenost problematičnog kockanja. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24(2), 24-47.
- Ricijaš, N., Dodig Hundrić, D., i Kranželić, V. (2015). Sportsko klađenje i druga rizična ponašanja hrvatskih srednjoškolaca. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 51(2), 41-56.
- Rickwood, D., Blaszczynski, A., Delfabbro, P., Dowling, N., i Heading, K. (2010). The Psychology of Gambling. *APS Review Paper*, 1-37. Preuzeto s <https://pdfs.semanticscholar.org/a1b8/0a8e365a87c0424e15ff0078a92eeb444035.pdf>
- Rømer Thomsen, K., Callesen, M.B., Linnet, J., Kringelbach, M.L., i Møller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*, 20(5-6), 527-536.
- Rosenthal, R.J. (2015). Masochism and Pathological Gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 1-25.

- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., Lorenz, V., ... Linnoila, M. (1988). Pathological gambling. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 369-373.
- Rush, B., Veldhuizen, S., i Adlaf, E. (2007). Mapping the prevalence of problem gambling and its association with treatment accessibility and proximity to gambling venues. *Journal of Gambling Issues*, 20, 193-213.
- Russo, A.M., McCormick, R.A., Ramirez, L.F., i Taber, J.I. (1984). An Outcome Study of an Inpatient Treatment Program for Pathological Gamblers. *Psychiatric Services*, 35(8), 823-827.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1-25.
- Shaw, M.C., Forbush, K.T., Schlinder, J., Rosenman, E., i Black, D.W. (2007). The Effect of Pathological Gambling on Families, Marriages, and Children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615-622.
- Shed, N.W., Derevensky, J.L., i Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 39-58.
- Skoko, I., Topić-Stipić, D., i Primorac, M. (2015). Problem ovisnosti o kladenju – Sportske kladionice u Mostaru. *Obnovljeni život*, 70(4), 499-518.
- Steel, Z., i Blaszczynski, A. (1996). The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 3-20.
- Stewart, R.M., i Brown, R.I.F. (1988). An Outcome Study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152(02), 284-288.
- Stinchfield, R. (2000). Gambling and Correlates of Gambling Among Minnesota Public School Students. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 153-173.
- Stinchfield, R., i Winters, K.C. (2001). Outcome of Minnesota's Gambling Treatment Programs. *Journal of Gambling Studies*, 17(3), 217-245.

- St-Pierre, R.A., Walker, D.M., Derevensky, J., i Gupta, R. (2014). How Availability and Accessibility of Gambling Venues Influence Problem Gambling: A Review of the Literature. *Gaming Law Review and Economics*, 18(2), 150-172.
- Straus, B. (2006). Some Words About Comments. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(3-4), 75-111.
- Suomi, A., Jackson, A.C., Dowling, N.A., Lavis, T., Patford, J., Thomas, S.A., ... Cockman, S. (2013). Problem gambling and family violence: family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3(13).
- Thrasher, R.G., Andrew, D.P.S., i Mahony, D.F. (2007). The Efficacy of the Theory of Reasoned Action to Explain Gambling Behavior in College Students. *College Student Affairs Journal*, 27(1), 57-75.
- Torre, R. (2017). *Kockanje – kako protiv ovisnosti*. Zagreb: Profil Knjiga
- Torre, R., Zoričić, Z. (2013). *Kockanje i klađenje – od zabave do ovisnosti*. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara.
- Torre, R., Zoričić, Z., Katanić, K. i Škifić, B. (2010). Anonimni alkoholičari. *Medica Jadertina*, 40(1-2), 19-25.
- Zorland, J., Mooss, A., i Perkins, A. (2008). *Gambling and offending: An examination of the literature*. Atlanta: Georgia State University. Preuzeto s <http://www2.gsu.edu/~psyjge/Rsrc/Pg%20and%20crime%20Lit%20Review.pdf>
- Quigley, L., Yakovenko, I., Hodgins, D.C., Dobson, K.S., el-Guebaly, N., Casey, D.M., ... Schopflocher, D.P. (2014). Comorbid Problem Gambling and Major Depression in a Community Sample. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1135-1152.
- Wulfert, E., Blanchard, E.B., Freidenberg, B.M., i Martell, R.S. (2006). Retaining Pathological Gamblers in Cognitive Behavior Therapy Through Motivational Enhancement. *Behavior Modification*, 30(3), 315-340.