



Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Davor Bodor

**USPOREDBA PSIHO SOCIJALNOGA
FUNKCIONIRANJA OSOBA KOJE SE
LIJEČE ZBOG OVISNOSTI O KOCKANJU I
ALKOHOLU**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2018.



University of Zagreb

School of Dental Medicine

Davor Bodor

**COMPARISON OF PSYCHOSOCIAL
FUNCTIONING BETWEEN PERSONS
TREATED FOR GAMBLING AND ALCOHOL
ADDICTION**

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2018



Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Davor Bodor

**USPOREDBA PSIHO SOCIJALNOGA
FUNKCIONIRANJA OSOBA KOJE SE
LIJEČE ZBOG OVISNOSTI O KOCKANJU I
ALKOHOLU**

DOKTORSKI RAD

Mentori:

izv.prof.dr.sc. Zoran Zoričić

izv.prof.dr.sc. Neven Ricijaš

Zagreb, 2018.



University of Zagreb

School of Dental Medicine

Davor Bodor

**COMPARISON OF PSYCHOSOCIAL
FUNCTIONING BETWEEN PERSONS
TREATED FOR GAMBLING AND ALCOHOL
ADDICTION**

DOCTORAL THESIS

Supervisors:

Assoc. prof. Zoran Zoričić, PhD

Assoc. prof. Neven Ricijaš, PhD

Zagreb, 2018

Zahvaljujem mentoru izv.prof.dr.sc. Nevenu Ricijašu na strpljenju i energiji koje je uložio u rad sa mnom, na svim idejama, neiscrpnim savjetima, nesebičnoj pomoći, što me je cijelim putem vodio, usmjeravao, učio, poticao i podizao, bez njega ovaj rad ne bi bio moguć.

Zahvaljujem mentoru izv.prof.dr.sc. Zoranu Zoričiću na savjetima, idejama i poticanju odlučnosti i izvrsnosti u realizaciji ovog rada.

Zahvaljujem tati Stjepanu i sestri Katarini koji su uvijek bili uz mene kada mi je bilo najteže, poticali me da ustanem i da nastavim i omogućili mi da dosegнем to što jesam.

Zahvaljujem svim kolegama, suradnicima i prijateljima koji su pomogli u ostvarenju ovoga rada.

Ovaj rad posvećujem mojoj majci Anki. Žao mi je što nije bilo više vremena, ali sve njeno je u meni da me vodi i čuva dalje kroz život.

SAŽETAK

Usporedba psihosocijalnoga funkcioniranja osoba koje se liječe zbog ovisnosti o kockanju i alkoholu

Ciljevi ovog rada su utvrditi (1) specifičnosti u psihosocijalnom funkcioniranju osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu i osoba koje se liječe radi ovisnosti o kockanju, (2) eventualne razlike između ove dvije skupine te (3) razlike u psihosocijalnom funkcioniranju s obzirom na intenzitet izraženosti problema.

Uzorak čini ukupno 194 sudionika, od toga 140 ovisnika o alkoholu ($n=140$; 72.16%, $M_{dob}=53.09$; $SD_{dob}=11.09$) i 54 ovisnika o kockanju ($n=54$; 27.84%; $M_{dob}=24.69$; $SD_{dob}=7.72$), članova klubova liječenih alkoholičara i članova klubova liječenih ovisnika o kockanju s područja grada Zagreba. U ovom transverzalno-korelacijskom istraživačkom nacrtu, uz deskriptivnu statistiku (frekvencije odgovora, χ^2 -test) korištena je neparametrijska metoda testiranja razlika, točnije Mann-Whitneyev U-test uz testiranje veličine efekta.

Rezultati pokazuju kako je najveća razlika vezana uz primarno ovisničko ponašanje, dok su u kontekstu psihosocijalnog funkcioniranja skupine manje različite. Promatrajući ovisničko ponašanje, utvrđeno je da članovi KLOK-a trenutno piju više u odnosu na ovisnike u KLA, dok ovisnici o alkoholu u svim ostalim područjima alkoholizma postižu veće rezultate. Ovisnici o kockanju učestalije kockaju, a posebno igre s visokim adiktivnim potencijalom, te u značajnijoj mjeri zadovoljavaju kriterije ovisnosti o kockanju. U kontekstu psihičkog funkcioniranja i elemenata ličnosti ovisnici o kockanju postižu nešto veće rezultate u dimenzijama impulzivnosti (motorika i samokontrola), dok su mehanizmi suočavanja usmjereni na problem i suočavanje izbjegavanjem, jednako kao i manje zadovoljstvo prijateljskim odnosima izraženiji kod ovisnika o alkoholu. Testiranje razlika u psihosocijalnom funkcioniranju s obzirom na izraženost simptoma pokazalo je da su kognitivna nestabilnost i simptomi psihopatologije uzrokovanim djelovanjem stresa nešto izraženiji kod sudionika s teškim intenzitetom ovisnosti.

Ključne riječi: patološko kockanje, alkoholizam, psihosocijalno funkcioniranje

SUMMARY

Comparison of psychosocial functioning between persons treated for gambling and alcohol addiction

Introduction: Foreign research shows that gambling disorder and alcohol use disorder are significant public health problems with continuous growth in recent years, and same tendency has been noted in Croatia. Patients with behavioural addictions, such as gambling addiction, resemble alcohol addicts in that they also manifest cravings, compulsive behaviour, physiological and psychological symptoms of abstinence, loss of control, development of tolerance and susceptibility to psychotropic effects. Gambling-related problems first referred to as pathological gambling and classified as an impulse control disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) have since been renamed gambling disorder and assigned to addiction disorders. This puts gambling-related problems in the same category as addictions to psychoactive substances. This reclassification reflects similarities between gambling addiction and substance addiction in terms of clinical course, genetic risk factors, therapeutic interventions, as well as neurocognitive and neurobiological changes. After reclassification in DSM-5, classification in ICD-11 is just to be expected, but there is also the lack of structured research aiming to compare substance and non-substance use patients, such as alcohol addicts and gambling addicts.

Aims of the research: The aims of this research are to determine (1) psychosocial functioning characteristics of persons treated for alcohol addiction and persons treated for gambling addiction, (2) potential differences between these two groups and (3) differences of psychosocial functioning with regard to problem intensity.

Patients and methods: The sample consists of N=194 alcohol addicts (n=140; 72.16%, Mage=53.09; SDage=11.09) and gambling addicts (n=54; 27.84%; Mage=24.69; SDage=7.72), members of clubs for treated alcoholics and members of clubs for treated gambling addicts in Zagreb area. In order to conduct this research, a wide battery of instruments was used: (1) Questionnaire about general and socio-demographic data, (2)

Questions related to general health status, (3) Questionnaire of gambling activities, (4) Question about gambling on web and on mobile applications, (5) Questions related to therapy and characteristics of alcohol consumption and gambling, (6) Questions about quality of social interactions, (7) South Oaks Gambling Screen – SOGS, (8) DSM-5 scale for alcohol use disorder – self evaluation version, (9) DSM-5 scale for gambling disorder – self evaluation version, (10) Alcohol Use Disorder Identification Tool – AUDIT, (11) Coping Inventory Stress Situations – CISS, (12) Barratt impulsiveness Scale, BIS-11, and (13) Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21. In order to achieve aforementioned aims, in this cross-sectional research, beside descriptive statistics (means, standard deviation, frequencies, Hi-square test), nonparametric method for comparing differences, precisely Mann-Whitney U-test, with testing size effect, was used.

Results: The results have shown that the most significant difference was related to basic addictive behaviour, whereas in psychosocial functioning these two subsamples are less different.

In relation to addictive behaviour, we found that members of KLOK currently drink more than addicts in KLA, whilst alcohol addicts had much higher results in all other aspects of alcohol addiction. Gambling addicts gamble more frequently, especially games with high addictive potential (effect size for sports betting, slot machines and roulette was large, ranging from $.62 < r < .66$) which is additional contribution to the explanation that lotto has much lower addictive potential than other gambling activities, especially sports betting, slot machines and roulette.

Within the context of psychological functioning and personality traits, gambling addicts have higher results in certain dimensions of impulsivity such as motor (MW-U=3087; $p < .050$; $r = .14$) and self-control (MW-U=2682; $p < .010$; $r = .22$), whereas task-oriented coping (MW-U=3013; $p < .050$; $r = .15$) and avoidance-oriented coping (MW-U=2716; $p < .010$; $r = .21$), as well as lower satisfaction in relationships with friends are more characteristic for alcohol addicts. Effect size of the aforementioned differences is medium in impulsivity dimension described as self-control which is more prominent in gambling addicts, and in avoidance-oriented coping which is more present in alcohol addicts. Small effect size is registered in motor impulsivity, task-oriented coping and in satisfaction in relationships with friends.

When questioning differences of psychosocial functioning related to addiction problem intensity, the results show that cognitive instability (MW-U=2661; $p<.050$; $r=.15$) and stress related symptoms of psychopathology (MW-U=2617; $p<.050$; $r=.15$) are moderately prominent in addicts with more severe intensity of addiction with small effect size.

Key words: pathological gambling, alcohol addiction, psychosocial functioning

Istraživanje i rad su izrađeni u Klubovima liječenih alkoholičara i u Klubovima liječenih ovisnika o kockanju na području grada Zagreba.

Mentori rada: izv.prof.dr.sc. Zoran Zoričić

Izv.prof.dr.sc. Neven Ricijaš

Lektorica hrvatskog jezika: Ana Starešinić, profesorica hrvatskog i španjolskog jezika

Lektorica engleskog jezika: Zvijezdana Ivić-Bujas, profesorica engleskog jezika

Sastav povjerenstva za obranu doktorskog rada:

1. Prof.dr. sc. Rudolf Gregurek, predsjednik
2. Prof.dr.sc. Veljko Đorđević, član
3. Prof.dr.sc. Križo Katinić, član
4. Doc.dr.sc. Ana Matošić, član
5. Prof.dr.sc. Vlado Jukić, član
6. Doc.dr.sc. Anto Bagarić, zamjena

Datum obrane rada: 18. travnja 2018.

Rad sadrži: 205 stranica,
 42 tablice,
 2 CD

SADRŽAJ

1.	UVOD U TEMU	1
1.1.	OVISNOSTI - DEFINICIJE	4
1.1.1.	Bihevioralne ovisnosti	5
1.2.	ALKOHOLIZAM – DEFINICIJE I KONCEPTI	10
1.2.1.	Medicinski model alkoholizma	10
1.2.2.	Alkoholizam kao sindrom	12
1.3.	OVISNOST O KOCKANJU – DEFINICIJE I KONCEPTI	19
1.3.1	Ovisnost o kockanju u psihijatrijskim dijagnostičkim klasifikacijama	19
1.3.2.	Ostali modeli ovisnosti o kockanju	27
1.4.	SPECIFIČNOSTI LIČNOSTI OVISNIKA O ALKOHOLU I OVISNIKA O KOCKANJU	32
1.4.1.	Depresivnost i anksioznost	36
1.4.2.	Impulzivnost	44
1.4.3.	Suočavanje sa stresom	50
1.5.	SOCIJALNO FUNKCIONIRANJE OVISNIKA O ALKOHOLU I KOCKANJU	55
1.5.1	Specifičnosti socijalnih komplikacija ovisnika o alkoholu	55
1.5.2.	Specifičnosti socijalnih komplikacija ovisnika o kockanju	63
1.6.	KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA I KLUBOVI LIJEČENIH OVISNIKA O KOCKANJU	67
2.	CILJEVI, PROBLEMI I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA	69
2.1.	Ciljevi istraživanja	69
2.2.	Problemi istraživanja	69
2.3.	Hipoteza istraživanja	69
3.	METODOLOGIJA	70
3.1.	Uzorak sudionika istraživanja	70
3.2.	Mjerni instrumenti	73
3.3.	Postupak provedbe istraživanja	84
3.4.	Metode obrade podataka	84
4.	REZULTATI ISTRAŽIVANJA	85
4.1.	Obilježja kockanja i psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o kockanju u KLOK-u	85
4.2.	Obilježja konzumacije alkohola, kockanja i psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu u KLA	99
4.3.	Razlike u ovisničkom ponašanju članova KLOK-a i članova KLA	115

4.4.	Psihičko funkcioniranje članova klubova liječenih ovisnika o kockanju i članova klubova liječenih ovisnika o alkoholu.....	119
4.5.	Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između članova KLOK-a i članova KLA	124
4.6.	Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju s obzirom na izraženost problema..	127
5.	RASPRAVA.....	129
5.1.	Prevalencija problematičnog i patološkog kockanja ovisnika o alkoholu	129
5.2	Prevalencija štetne uporabe alkohola i ovisnosti o alkoholu ovisnika o kockanju	130
5.3.	Prevalencija specifičnih kockarskih aktivnosti ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju	131
5.4.	Kvaliteta socijalnih interakcija ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju.....	132
5.5.	Obilježja konzumacije alkohola članova KLA i kockarskih aktivnosti članova KLOK-a.....	133
5.6.	Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između članova KLOK-a i članova KLA	135
6.	ZAKLJUČCI	139
7.	OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA, ZNANSTVENI I PRATKTIČNI DOPRINOSI ISTRAŽIVANJA	140
8.	LITERATURA:	143
9.	PRILOZI	166
10.	ŽIVOTOPIS.....	202

1. UVOD U TEMU

Ovisnost o alkoholu je značajan i raširen javno-zdravstveni i sociopatološki problem koji je dugo prisutan na našim prostorima, dok ovisnost o kockanju u posljednje vrijeme sve više plijeni pažnju kliničara i istraživača u području mentalnog zdravlja.

U Republici Hrvatskoj ne postoji Registar ovisnika o alkoholu i kockanju, no prema dostupnim istraživanjima prevalencije, intenziteta i ozbiljnosti psihosocijalnih posljedica u zemljama okruženja mogu se dati okvirne projekcije epidemioloških kretanja kod nas. Podaci Svjetske zdravstvene organizacije sadržani u Globalnom izvješću o alkoholu i zdravlju govore kako više od 3.3 milijuna ljudi umire svake godine od posljedica uzrokovanim rizičnom konzumacijom alkohola. U istom izvješću stoji da je u Hrvatskoj o alkoholu ovisno između 3 i 4% stanovništva odnosno između 150.000 i 200.000 ljudi (1). Kada je riječ o kockanju, epidemiološki podaci o prevalenciji problemskog i patološkog kockanja u općoj populaciji najčešće se kreću između 0.5 i 2%, ovisno o metodologiji istraživanja odnosno primijenjenom instrumentariju (2-5). Glavak-Tkalić i Miletić (6) su 2012. godine proveli istraživanje u Republici Hrvatskoj na reprezentativnom uzorku, metodom samoiskaza, u kojem se 2,5% ispitivanih izjasnilo da su u jednoj fazi života imali problema s kockanjem. Očekivanja su kako će se narednih godina, daljnjim širenjem dostupnosti i pristupačnosti kockanja, uz afirmativan odnos zakonske legislative koji je karakterističan za naše područje, broj ovisnika udvostručiti i dosegnuti brojku od nešto manje od 100.000 osoba, kao finalni doseg propulzivnosti koje kockanje i klađenje u nas mogu doseći (7).

Prema današnjim dijagnostičkim klasifikacijskim sustavima u postavljanju dijagnoze alkoholizma koristi se deskriptivna klinička formulacija sindroma ovisnosti koja je karakterizirana kognitivnim i fiziološkim fenomenima nakon ponavljanog unosa alkohola, uključujući kontinuirano pijenje alkohola unatoč spoznaji o njegovim negativnim posljedicama te pijenje s ciljem smanjenja fizioloških i psiholoških apstinencijskih smetnji. Kada je riječ o ovisnosti o kockanju, iako su kockanje i igranje igara na sreću u ljudskoj civilizaciji prisutni još 5000 g. prije Krista (8), problemi uzrokovani kockanjem odnosno patološko kockanje je tek 1980. godine uvršteno u Međunarodnu klasifikaciju bolesti (9) Svjetske zdravstvene organizacije, među poremećaje navika i nagona, a prema posljednjem Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (10) Američke psihijatrijske asocijacije reklasificira se u dijagnostičku kategoriju ovisnosti, kao jedini predstavnik nove subkategorije bihevioralnih ovisnosti. Bolesnici koji imaju dijagnozu bihevioralne ovisnosti,

odnosno ovisnici o kockanju, pokazuju za ovisnost specifične pojave i dijagnostičke kriterije poput žudnje, kompulzivnog ponašanja, psihološke i fizikalne apstinencijske smetnje, gubitak kontrole, razvoj tolerancije te induciranje očekivanih psihotropnih učinaka (11).

Nakon reklasifikacije i preimenovanja patološkog kockanja, nedostaje strukturiranih istraživanja kojima bi se usporedile psihosocijalne posljedice ovisnosti o kockanju, kao jedine formalno priznate bihevioralne ovisnosti, s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima poput ovisnosti o alkoholu, a s ciljem boljeg kliničkog upoznavanja ove problematike te adekvatnije prilagodbe terapijsko-rehabilitacijskih strategija, kako za ovisnike tako i za članove njihovih obitelji.

Ranija istraživanja provedena zasebno kod ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju odnosno kod patoloških kockara pokazala su značajan utjecaj i zastupljenost pojedinih simptoma psihopatologije poput depresivnosti i anksioznosti, zatim utjecaj određenih karakternih crta na ovisničko ponašanje poput impulzivnosti, neadekvatnih mehanizama suočavanja sa stresnim situacijama te značajne socijalne komplikacije pod kojima se podrazumijeva nesposobnost ili nemogućnost ispunjavanja određenih i očekivanih socijalnih uloga u obitelji, na radnom mjestu odnosno u široj društvenoj zajednici (12). Navedene odrednice psihičkog funkcioniranja i kvalitete ispunjavanja socijalnih uloga sadržane su u psihosocijalnom funkcioniranju koje se u istraživanjima ovisnosti najčešće opisuje kao interakcija individualnih značajki (poput crta ličnosti, psihičkih poremećaja) i socijalnog okruženja (radnog, obiteljskog itd.). Također je potrebno naglasiti kako u psihosocijalnom funkcioniranju postoji kontinuirana dinamika te uzročno-posljedična cirkularnost koji se mijenjaju utjecajem okoline ali i terapijskim intervencijama (13-16). U našem je istraživanju psihička komponentna psihosocijalnog funkcioniranja obuhvaćena analiziranjem simptoma psihopatologije, impulzivnosti i stilova suočavanja, dok je socijalno funkcioniranje obuhvaćeno analiziranjem bračnih/partnerskih odnosa, obiteljskih, poslovnih te prijateljskih odnosa.

Osnovni ciljevi ovakvih istraživanja su prepoznavanje specifičnih obilježja ličnosti koja bi bila prisutna samo u ovisnika u odnosu na ostalu populaciju koja ne uzima psihoaktivne tvari, te s druge strane identificiranje obilježja ličnosti koja imaju važnu ulogu u različitim stadijima pojave i razvoja ovisnosti. Važno je, nadalje, osim poznavanja zajedničkih obilježja ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju, detaljnije analizirati i odrediti po čemu se ove dvije kliničke

populacije pacijenata razlikuju, što usmjerava terapijske implikacije i omogućuje provođenje dodatno modificiranog, ciljano strukturiranog i personaliziranog terapijskog pristupa.

Ovo je istraživanje prvo ovakve vrste u Hrvatskoj te predstavlja novi spektar znanstvenih spoznaja o psihosocijalnim obilježjima u kliničkoj populaciji alkoholičara i ovisnika o kockanju na našim prostorima, stoga možemo reći kako su prikazani rezultati i platforma za buduća istraživanja ove teme koja je, osim biopsiholoških predispozicija značajno determinirana tržištem, kontekstom dostupnosti, pristupačnosti i društvenim normama prema (ne)prihvaćenosti alkohola i kockarskih aktivnosti.

1.1 OVISNOSTI - DEFINICIJE

Pod pojmom ovisnosti dugo se vremena u stručnoj literaturi, ali i u široj javnosti podrazumijevala samo ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Danas se pak pod pojmom ovisnost obuhvaća, osim ovisnosti o specifičnim kemijskim tvarima, i široki spektar aktivnosti odnosno određeni oblici ponašanja. Sukladno navedenome, pojedini autori poput Potenze (17) dijele ovisnosti u tri skupine: 1. ovisnost o psihoaktivnim tvarima, prisutna u najranijim dijagnostičkim klasifikacijama; 2. poremećaji koji su fenomenološki slični ovisnostima o psihoaktivnim tvarima, no još nisu uvršteni u aktualne dijagnostičke klasifikacijske sustave poput ovisnosti o internetu ili video igrama, seksu itd. i 3. skupina koja obuhvaća „nove“ ovisnosti koje se mogu odnositi na hranu, šport itd. no takve smetnje ne zadovoljavaju kriterije za dijagnostičku kategoriju ovisnosti.

Za sve je ovisnosti zajedničko da aktiviraju nagrađujući sistem u mozgu koji je uključen u potkrepljivanje ponašanja i stvaranja pamćenja. Umjesto aktiviranja sustava za nagradu putem adaptacijskog ponašanja, zloupotreba droge direktno aktivira taj sustav. Farmakološki mehanizmi kojima svaka psihoaktivna tvar dovodi do osjećaja ugođe su različiti, no u konačnici svi ovi mehanizmi djeluju na sustav nagrađivanja proizvodeći osjećaj zadovoljstva ili euforije. Važna značajka ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, ili prema posljednjem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (10) - poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari, su strukturne moždane promjene koje mogu perzistirati i nakon provedene detoksikacije, što je osobito izraženo kod osoba s teškim poremećajima. Bihevioralne posljedice ovih promjena mogu se prepoznati u ponavljajućim recidivima i intenzivnoj žudnji za određenim psihoaktivnim sredstvom osobito u situaciji kada je osoba izložena podražaju koji je povezan s drogom.

Prema dostupnim dijagnostičkim klasifikacijama MKB-u i DSM-u (9,10), za sve je priznate ovisnosti zajedničko da su temeljene na patološkim obrascima ponašanja koji su povezani s uzimanjem psihoaktivne tvari poput jake žudnje ili osjećaja prisile, otežane kontrole ponašanja kada se radi o uzimanju psihoaktivne tvari u smislu početka, završetka ili razine uporabe, fiziološkog apstinencijskog sindroma, tolerancije, progresivnog zanemarivanja alternativnih zadovoljstava ili interesa te nastavljanja s uporabom tvari unatoč očitim štetnim posljedicama. Kako je ranije navedeno, u novom izdanju dijagnostičke klasifikacije DSM-5 (10) ne primjenjuje se riječ ovisnost kao dijagnostički termin, nego se umjesto njega

primjenjuje naziv poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari, s obzirom na negativne konotacije termina ovisnost te njegovu nejasnu definiciju.

Više je podjela odnosno kategorizacija ovisnosti, jednako kako što unutar svake skupine ovisnosti postoje dodatne subkategorizacije s ciljem boljeg razumijevanja kliničkih implikacija te iznalaženja adekvatnijeg terapijskog pristupa, ali i radi što učinkovitijeg i ciljanog preventivnog djelovanja.

1.1.1. Bihevioralne ovisnosti

Posljednjih godina sve je veći klinički i znanstveni interes usmjeren prema prepoznavanju i definiranju ponašajnih odnosno bihevioralnih ovisnosti kao novih dijagnostičkih kategorija ovisnosti u kojima ne postoji psihoaktivno sredstvo već osnovu psihopatologije čini specifični oblik ponašanja. Reklasifikacija ovisnosti o kockanju u kategoriju poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari i druge ovisnosti te ubrajanje ovisnosti o online video igrama (eng. *Internet gaming disorder*) unutar poremećaja koji se razmatraju za uvrštavanje tj. za koja su potrebna daljnja istraživanja, primjeri su podizanja svjesnosti o ovom problemu te postupnog širenja empirijske osnove za njegovo rješavanje. S obzirom na sve veći broj ponašanja koja pojedinac može izvoditi po rizičnom obrascu odnosno izvoditi ih pretjerano, habituacijski ili kompulzivno, svakako su potrebna daljnja istraživanja kako bi se pronašli zajednički elementi, ali i specifičnosti u odnosu na ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Širenje znanstvenih spoznaja o ovom kompleksnom fenomenu svakako će imati i značajan utjecaj kako na dijagnostiku, tako i na klinički ishod ponašajnih ovisnosti.

Definicije

Teorijski koncept ponašajnih ovisnosti nov je i revolucionaran u današnjoj psihijatrijskoj dijagnostičkoj klasifikaciji, mada interes za utjecaj određenih oblika ponašanja na psihičko funkcioniranje datira zapravo dulji niz godina. Još je 1812. godine Benjamin Rush, predsjednik Američke psihijatrijske udruge, upozorio na potencijalnu patološku prirodu ekscesivne seksualne želje (18). Unatoč tome donedavno se, kada bi se govorilo o ovisnostima, primarno mislilo na ovisnost o određenoj psihoaktivnoj tvari. Štoviše, smatralo se da je preduvjet postavljanja ove dijagnoze prisutnost fizičke ovisnosti. Tek se posljednjih godina događa pomak u konceptualizaciji ovisnosti i pod samim se pojmom počinju

obuhvaćati i određene aktivnosti odnosno ponašanja (19). Bihevioralni znanstvenici vjeruju kako bilo koja aktivnost koja stimulirajuće djeluje na osobu može postati adiktivna, odnosno da se može razviti ovisnost o toj aktivnosti te da se promjena bilo kojeg ponašanja poput kockanja, igranja računalnih igara ili pretraživanja interneta, iz navike u ponavljajuće i primoravajuće ponašanje, može smatrati početkom razvoja ovisnosti. Peele (20) je bio među prvim začetnicima ideje da ovisnost može postojati bez da se isključivo odnosi na određene psihoaktivne tvari te je u svojim istraživanjima naveo kako određena osoba postaje ovisna o određenom skupu iskustava koja je imala, a koja se ne moraju odnositi samo na unos psihoaktivne tvari. Osim bihevioralnih znanstvenika, i psihoanalitički znanstveni krugovi prihvaćaju širi koncept ovisnosti te definiraju ovisnosti ne samo kao ovisnost o psihoaktivnim tvarima, nego i kao ovisnost o aktivnostima te o osobama (21). Štoviše, još je i Freud u svojem kritičkom eseju o Dostojevskom opisao piščevo patološko kockanje te je patološko kockanje smatrao ovisnošću (22-24). S vremenom se pojavljuju i drugi znanstvenici koji dodatno razvijaju hipotezu da ovisnost ne treba obvezatno uključivati određenu kemijsku ili psihoaktivnu tvar što je u konačnici rezultiralo time da se koncept ovisnosti proširio i na neka ponašanja poput kockanja, video igara, sporta i tjelesne aktivnosti, seksa i patološke preokupiranosti odnosno posvećenosti poslu (25-29). Ranije navedena ovisnička ponašanja, osim što ne uključuju određenu kemijsku ili psihoaktivnu tvar, jezgrovno i fenomenološki su vrlo slična ovisnostima o psihoaktivnim tvarima kada se promatraju određeni, tipični, dijagnostički parametri (30). Pojedini bihevioralni znanstvenici dijele ponašajne ovisnosti na pasivne (poput gledanja televizije) i na aktivne ovisnosti poput igranja kompjutorskih igara, te navode kako sve ove ovisnosti obično sadržavaju inducirajuće i pojačavajuće čimbenike koji mogu doprinositi daljnjoj progresiji ovisničkih tendencija, te kako bihevioralne ovisnosti prati i disfunkcionalnost na radnom mjestu, socijalnim relacijama ili u drugim socijalnim situacijama (31). Drugim riječima, imaju posljedice na šire psihosocijalno funkcioniranje.

Klinička slika i dijagnoza

Za postavljanje dijagnoze bihevioralne ovisnosti od velikog su značaja Goodmanovi (31) kriteriji koji su se u manjoj ili većoj mjeri zadržali i u današnjim dijagnostičkim klasifikacijskim sustavima, a koji obuhvaćaju sljedeće elemente:

- a) opetovani neuspjeli pokušaji da se odupre impulsima koji vode u specifično ponašanje,
- b) povišeni osjećaj napetosti neposredno prije započinjanja određenog ponašanja,

c) zadovoljstvo ili olakšanje tijekom trajanja određenog ponašanja,

d) osjećaj gubitka kontrole tijekom određenog ponašanja,

e) najmanje pet od sljedećih devet kriterija:

1. učestala zaokupljenost ponašanjima ili aktivnostima koja prethode specifičnom ovisničkom ponašanju,
2. učestalo trajanje određenog ponašanja dulje nego se prvotno planiralo,
3. ponavljani neuspješni napori s ciljem reduciranja, kontroliranja ili prekidanja određenog ponašanja,
4. veliki dio vremena tijekom dana se troši na aktivnosti koje su vezane uz određeno ponašanje, bilo da je riječ o pripremama ili o oporavku od određenog ponašanja,
5. provođenje određenog ponašanja na račun radnih, studijskih, kućanskih ili socijalnih obveza,
6. zbog određenog ponašanja se napuštaju ili zanemaruju važne socijalne, radne ili rekreativne aktivnosti,
7. perzistiranje određenog ponašanja unatoč trajnim ili povremenim socijalnim, financijskim, psihološkim ili tjelesnim problemima koje takvo ponašanje može uzrokovati ili pogoršati,
8. razvijanje tolerancije, odnosno potreba da se poveća intenzitet ili frekvencija određenog ponašanja kako bi se postigao željeni učinak ili ako dođe do smanjenja učinka ako ponašanje nastavi provoditi istim intenzitetom i
9. nemir ili iritabilnost ako se ne može provoditi određeno ponašanje.

f) trajanje određenih simptoma najmanje jedan mjesec ili njihovo ponavljano javljanje kroz dulji vremenski period.

Griffiths (32) u svom opisu dijagnostičkih kriterija za ovisnost o psihoaktivnim tvarima navodi i sljedećih šest kriterija koji se mogu koristiti za postavljanje dijagnoze bihevioralne ovisnosti:

1. prominiranje, kada određena aktivnost postane najvažnija u nečijem životu i dominira nečijim razmišljanjem (preokupacije i kognitivne distorzije), emocijama (žudnja) i ponašanjem (deterioracija socijalizirajućeg ponašanja),

2. modificiranje raspoloženja, djelovanje određene aktivnosti se koristi kao metoda suočavanja,
3. tolerancija-potrebne su sve veće količine određene aktivnosti da bi se postiglo zadovoljstvo,
4. simptomi sustezanja,
5. konflikti, interpersonalni i intrapsihički i
6. relaps, tendencija vraćanja ranijim obrascima određenih aktivnosti nakon razdoblja apstinencije ili kontrole određenog ovisničkog ponašanja.

Kako je ranije navedeno, dobar dio navedenih dijagnostičkih kriterija se zadržao i u današnjim dijagnostičkim klasifikacijskim sustavima, no s vremenom je došlo i do određenih modifikacija, odnosno prilagodbi i unaprjeđivanja. Novo, peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (10), je osim reklasifikacije patološkog kockanja u područje ovisnosti postupno počelo micati klinički fokus s negativnih posljedica kao glavnog kriterija za postavljanje dijagnoze svake ovisnosti, pa tako i bihevioralne (ovisnost→štetne posljedice, štetne posljedice→ovisnost) te je sve veći interes za definiranjem drugih elemenata ovisnosti poput žudnje. Zaključno se može reći kako u kliničkoj slici svake bihevioralne ovisnosti, dominiraju sljedeća četiri elementa: 1. žudnja, 2. gubitak kontrole, 3. kompulzija (ponavljajuće ponašanje kao strategija za nošenje s emocionalnim disbalansom) i 4. negativne posljedice, čime se postupno približavamo fenomenološkom, na dokazima zasnovanom modelu, a postupno odmičemo od modela koji se oslanjao uglavnom na štetne posljedice (*eng. harm-based approach*) (33).

Osim zajedničkih elemenata u kliničkoj slici, bihevioralne ovisnosti pokazuju i druge sličnosti s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima. Neurobiološka istraživanja pokazala su kako bihevioralne ovisnosti imaju gotovo jednako djelovanje na određene neurotransitorske sustave u mozgu poput psihoaktivnih tvari i da se učestalo javljaju kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima, čime je dodatno potvrđena hipoteza o postojanju zajedničkog mehanizma razvoja i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i bihevioralnih ovisnosti (17,34). Istraživanja provedena na životinjama i kliničke slikovne studije pokazali su kako i određena ponašanja pretjeranim odnosno kompulzivnim izvođenjem mogu dovesti do abnormalnosti u nagrađujućem sustavu u mozgu, zbog čega je preporučeno da ponašanja poput kompulzivnog seksa, kompulzivnog kupovanja i kompulzivnog korištenja interneta treba uključiti u

dijagnostičku kategoriju bihevioralnih ovisnosti, uz ovisnost o kockanju, u budućim klasifikacijama (35-37).

Nedvojbeno je kako je područje ponašajnih ovisnosti izuzetno izazovno, od samog definiranja poremećaja do liječenja odnosno tretmana. Prvo pitanje koje se postavlja jest gdje je granica između zdrave navike i problema. U tom smislu, kliničarima i znanstvenicima predstoji veliki izazov postavljanja pouzdanih kriterija i razvoja adekvatnih instrumenata procjene. Ovo je posebno bitno uzmemo li u obzir i pitanje (smanjene) ubrojivosti, psihijatrijskih vještačenja, izricanja sigurnosnih mjera obaveznog liječenja od ovisnosti i sl.

Nadalje, liječenje bihevioralnih ovisnosti kompleksno je zbog same prirode takve ovisnosti. Naime, sam predmet ovisnosti u velikoj mjeri čine svakodnevna, zdrava i često poželjna ponašanja i aktivnosti kao što su korištenje interneta, kupovanje, bavljenje sportom i sl. Uzevši u obzir da je jedan od temeljnih postulata u liječenju ovisnosti apstiniranje tj. odmicanje od sredstva ovisnosti (najčešće psihoaktivne tvari), postavlja se pitanje je li to moguće kada je riječ o bihevioralnim ovisnostima. Ovaj je izazov posebno aktualan kada je predmet ovisnosti ponašanje koje je neizbježno u životu suvremenog čovjeka kao što je korištenje interneta. Je li moguće u potpunosti izolirati pojedinca od interneta, a očekivati da uspješno studira, radi, ostvaruje kvalitetne interpersonalne odnose i sl.?

Upravo je zato neophodno provoditi znanstvene prevalencijske studije, evaluirati postojeće i razvijati nove tretmanske pristupe, kritički promišljati o ovom kompleksnom fenomenu, te mu pristupati interdisciplinarno i sveobuhvatno.

1.2. ALKOHOLIZAM – DEFINICIJE I KONCEPTI

S obzirom na to da je ovisnost o alkoholu dugo prisutna u ljudskoj civilizaciji te da je raširen i značajan javno-zdravstveni problem, više je autora iz različitih znanstvenih područja nastojalo definirati, odnosno postaviti osnovne teorijske koncepte ove problematike.

Smatra se kako koncepcija alkoholizma kao bolesti potječe još iz XIX stoljeća kada je švedski liječnik Magnus Huss prvi puta upotrijebio naziv „alcoholismus chronicus“ opisujući tako uglavnom internističke bolesti izazvane alkoholom (38). U narednom razdoblju svakako je važno navesti psihoanalitičko tumačenje alkoholizma Knight-a (39) koji ovisnost o alkoholu opisuje kao posljedicu dubljeg intrapsihičkog konflikta odnosno prikrivene neuroze, a alkoholičare dijeli na esencijalne, reaktivne i simptomatske, što se dijelom zadržalo i danas u kliničkoj praksi.

U razdoblju prije Drugog svjetskog rata osobito su značajnu ulogu u mijenjanju percepcije šire društvene zajednice prema alkoholizmu imali Anonimni alkoholičari koji su osnovani 1935.g. u SAD-u. Anonimni alkoholičari su značajno utjecali i na dotadašnji terapijski pristup alkoholizmu, na način da su naglašavali potrebu za aktivnijom ulogom samog ovisnika u liječenju i psihosocijalnoj rehabilitaciji. Koncept liječenja koji su propagirali Anonimni alkoholičari se u modificiranom obliku prenio i u Europu, u razdoblju poslije Drugog svjetskog rata, za što je dobrim dijelom zaslužan naš istaknuti psihijatar i jedan od svjetski priznatih alkohologa, prof. dr. Vladimir Hudolin.

1.2.1 Medicinski model alkoholizma

Nakon Drugog svjetskog rata pojavljuje se definicija alkoholizma Svjetske zdravstvene organizacije koja i danas ima važne kliničke i teorijske implikacije, u kojoj se navodi: „Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je bolesnik kod kojega se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji“ (40). Opisanu je definiciju Hudolin (41) modificirao na način da je naveo kako „simptomi alkoholizma moraju biti utvrđeni klasičnim medicinskim i socijalnim dijagnostičkim postupcima, a ne smiju se samo pretpostavljati i na temelju anamnestičkih podataka o prekomjernom pijenju zaključivati da bolesnik boluje od alkoholizma.“

Kada se govori o ranim definicijama alkoholizma ne može se izostaviti rad E.M. Jelineka (42,43) koji konceptualizira alkoholizam kao kroničnu progresivnu bolest koja, ako se ne liječi, ima nepovoljan prognostički tijek. U stručnim alkoholološkim krugovima poznata je Jelinekova podjela alkoholičara u nekoliko kategorija prema etiologiji, motivaciji i epilogu ovisnosti:

1. alfa alkoholičar: pijenje u ovoj skupini alkoholičara ima ulogu automedikacije odnosno koristi se kao način suočavanja s negativnim afektivnim stanjima, najčešće nema fizičke ovisnosti ili gubitka kontrole, no mogu postojati narušene interpersonalne relacije i svakako postoji rizik za kasniji razvoj alkoholizma.

2. beta alkoholičari: u ovoj skupini također postoje narušene interpersonalne relacije na radnom mjestu ili obitelji te mogu postojati i tjelesni problemi radi pijenja (alkoholna polineuropatija, gastritis), nema fizičke ovisnosti no također postoji rizik od kasnijeg razvoj težih oblika alkoholizma (poput gama i delta alkoholičara).

3. gama alkoholičari: u ovoj skupini postoji gubitak kontrole nad pijenjem na način da je alkoholičar u stanju kontrolirati samo prvu čašu pića jer kada jednom krene piti, pije do potpunog pijanstva, ali je zato očuvana sposobnost apstinencije. U ovoj skupini postoje i psihička i fizička ovisnost, razvoj tolerancije, te promjene u psihološkom i socijalnom funkcioniranju.

4. delta alkoholičari: ova je skupina karakteristična po tome što ne postoji gubitak kontrole nego nemogućnost apstiniranja, s obzirom na to da je razina pijenja stabilnija, organizam je adaptiran na alkohol, razvijena je fizička ovisnost i apstinencijski simptomi ako se naglo prekine s pijenjem te mogu postojati i organska oštećenja uzrokovana alkoholom.

5. epsilon alkoholičari: u današnjoj kliničkoj praksi ovaj tip alkoholičara se označava kao dipsomanija, misleći pri tome na alkoholičare koji imaju različito duga razdoblja nepijenja i kratka razdoblja praćena intenzivnom žudnjom prema alkoholu te intenzivnim pijenjem koje za posljedicu ima promptnu psihosomatsku dekompenzaciju. Jelinek (44) ovdje navodi i postojanje tzv. simptomatske dipsomanije koja se javlja kod bolesnika s podliježećim psihičkim poremećajem.

Osim navedenih tipova, Hudolin (41) opisuje i tzv. zeta alkoholičare kod kojih se već i nakon manjih količina alkohola javljaju teške i upadljive bihevioralne promjene praćene agresivnim ispadima.

Jelinekov medicinski model alkoholizma, u kojem se alkoholizam opisuje kao bolest koja se manifestira kod ljudi koji su predisponirani za njegovo pojavljivanje, odnosno kod ljudi koji imaju biološki poremećaj gubitka kontrole, jednim se dijelom zadržao i danas u kliničkoj praksi. Postojali su međutim i kritičari medicinskog modela alkoholizma koji su kao glavni nedostatak ovog modela naveli kako se njime uklanja odgovornost alkoholičara za njihovo ponašanje (45,46).

1.2.2 Alkoholizam kao sindrom

Nakon ranije opisanog modela alkoholizma kao bolesti, u radovima Griffitha Edwardsa i Milтона Grossa (47) dolazi do revolucionarne promjene u konceptualiziranju alkoholizma na način da se ovisnost o alkoholu opisuje kao sindrom. Ključni elementi sindroma prema ovim autorima su: sužavanje izbora, upadljivost pijenja, porast tolerancije na alkohol, simptomi apstinencijskog sindroma (tremor, mučnina, znojenje, poremećaj raspoloženja), ublažavanje ili izbjegavanje simptoma apstinencijskog sindroma daljnjim pijenjem, subjektivna svijest o prisili za pijenjem te ponovna uspostava ovisnosti nakon apstinencije. Opisani elementi su dobrim dijelom dio i današnjih psihijatrijskih dijagnostičkih klasifikacija koje se koriste u svakodnevnom kliničkom radu.

Prije detaljnije raščlambe samog sindroma ovisnosti o alkoholu potrebno je opisati dijagnostičke klasifikacijske sustave koji se koriste u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

U današnjoj stručnoj odnosno kliničkoj upotrebi ili dijagnostici ovisnosti o alkoholu koriste se dva dijagnostička klasifikacijska priručnika: internacionalni, dijagnostički sustav, deseta revizija, kojeg je publicirala Svjetska zdravstvena organizacija 1992. godine, Međunarodna klasifikacija bolesti i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje kojeg je izdala Američka psihijatrijska asocijacija, posljednje izdanje u svibnju 2013. godine.

MKB (9) dijagnostički sustav se oslanja na fenomenološki pristup, polazi od pretpostavke da će dijagnozu odnosno klinički obradu provoditi specijalist psihijatar te je generalno namijenjen za sve bolesti, uključujući psihičke. DSM (10) sustav je pak konstruiran samo za psihičke poremećaje, najvećim dijelom je kategorijalni, koristi višeosnu klasifikaciju, a s obzirom na to da se koristi i u statističke istraživačke svrhe njime se mogu služiti i manje specijalizirani profesionalci. Oba sustava temelje se na opisu alkoholizma kao sindroma ovisnosti o alkoholu koji se sastoji iz znakova i simptoma, a registriranje određenog broja

znakova i simptoma te konzistentnost kliničke slike vodi dijagnozi. Sukladno tome postavljanje dijagnoze je deskriptivna klinička formulacija koja nije fokusirana na etiološke čimbenike, a jednako tako ne mogu se niti opisati subkliničke razine problematike, odnosno razine koje ne ispunjavaju uvjete za postavljanje dijagnoze (48,49).

Sindrom ovisnosti o alkoholu u MKB-10 klasifikaciji

Dijagnoze koje u MKB-10 (9) klasifikacijskom sustavu spadaju u spektar psihičkih poremećaja uzrokovanih alkoholom su: akutna intoksikacija, zloraba, sindrom ovisnosti, apstinencijski sindrom, apstinencijski sindrom s delirijem, psihotični poremećaj, sindrom amnezije, rezidualni i psihotični poremećaj s kasnim početkom te drugi i nespecificirani mentalni poremećaji s poremećajima ponašanja.

Prema MKB-10 klasifikaciji dijagnoza ovisnosti o alkoholu definirana je sljedećim dijagnostičkim kriterijima:

1. jaka želja ili nagon za pijenjem,
2. teškoće u samosvladavanju ako osoba pokušava prestati piti, ili u kontroli popijenog alkohola,
3. stanje fiziološke apstinencije nakon prestanka konzumacije alkohola ili ako je smanjena količina, kao što se očituje u karakterističnom apstinencijskom sindromu (vezano za alkohol ili druge slične supstance), s namjerom olakšavanja ili ublažavanja sindroma alkoholne apstinencije,
4. dokaz tolerancije kao što je povećanje količine alkohola koja se zahtijeva da bi se ostvarili učinci postignuti pijenjem manjih količina alkohola,
5. progresivno zanemarivanje alternativnih užitaka ili interesa uzrokovanih pijenjem; više vremena utrošeno je da bi se došlo do alkohola, da bi se pilo ili oporavilo od pijenja,
6. nastavljanje s pijenjem alkohola unatoč jasnim dokazima o štetnim posljedicama, kao što je oštećenje jetre zbog prekomjernog pijenja ili depresivno raspoloženje, koje je posljedica prekomjernog pijenja alkohola. Treba uložiti napor da osoba koja prekomjerno pije postane svjesna prirode i opsega oštećenja.

Definitivna se dijagnoza sindroma ovisnosti može postaviti samo ako su tri ili više gore navedenih kriterija bili izraženi tijekom prethodnih godinu dana.

Osim dijagnoze sindroma ovisnosti o alkoholu u MKB-10 klasifikaciji postoji i dijagnoza štetne uporabe alkohola koja se definira kao način uporabe alkohola koji uzrokuje oštećenje zdravlja. Oštećenje može biti tjelesno (npr. ciroza jetre) ili mentalno (npr. povremeni depresivni poremećaj zbog prekomjernog pijenja alkohola). Dijagnoza zahtijeva da bi aktualno oštećenje trebalo biti takvog intenziteta da utječe na kvalitetu fizičkog ili mentalnog zdravlja osobe koja pije. Pored navedenog kriterija važno je da obrazac pijenja alkohola ne zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu, psihotičnog poremećaja ili drugih specifičnih oblika poremećaja vezanih uz uporabu psihoaktivnih tvari. Prema kliničkom iskustvu, odnosno svakodnevnoj praksi, štetna uporaba alkohola predstavljala je ranu ili blagu fazu problemskog pijenja, dok ovisnost o alkoholu predstavlja kasnu ili izraženu fazu problemskog pijenja.

Poremećaji uzrokovani uzimanjem alkohola u DSM-5 klasifikaciji

U novom izdanju američke klasifikacije, (DSM-5) (10), za razliku od četvrtog izdanja priručnika te za razliku od MKB-10 klasifikacije, više ne postoji odvojena klasifikacija na štetnu uporabu alkohola i ovisnost o alkoholu nego je za sve ovisnosti o psihoaktivnim tvarima uvedena jedinstvena jednodimenzionalna dijagnostička kategorija *poremećaja uzrokovanih uzimanjem*, u slučaju alkoholizma je to *poremećaj uzrokovan uzimanjem alkohola* (Alcohol use disorder, AUD), dok su druge dijagnostičke kategorije unutar ovisnosti o alkoholu ostale nepromijenjene (F1x.3-F1x.9) te one obuhvaćaju alkoholnu intoksikaciju, alkoholni apstinencijski sindrom, ostale alkoholom uzrokovane poremećaje (psihotični poremećaj, bipolarni poremećaj, depresivni poremećaj, anksiozni poremećaj, seksualne smetnje, poremećaj spavanja te neurokognitivni poremećaji koji uključuju i alkoholom izazvan delirij) i nespecificirane poremećaje uzrokovane alkoholom (u kojima je oštećen socijalni, radni ili drugi važan aspekt života, no nije ispunjeno dovoljno kriterija da bi se postavila dijagnoza alkoholom uzrokovanog poremećaja). Značajna semantička promjena koja postoji u DSM-5 priručniku je i izostavljanje pojma ovisnost (u četvrtom izdanju priručnika korišten je termin „dependence“) kada se govori o psihoaktivnim tvarima te umjesto toga uvođenje *poremećaja uzrokovanog uzimanjem*, iza čega se krije neslaganje s kontekstom kojeg naziv ovisnost ima u svakodnevnom životu, ali i u kliničkoj praksi (50).

Za postavljanje dijagnoze alkoholom uzrokovanog poremećaja prema DSM-5 klasifikaciji moraju biti zadovoljena najmanje dva od sljedećih 11 kriterija u proteklom razdoblju od 12 mjeseci:

1. alkohol se često uzima u većim količinama ili tijekom razdoblja duljeg nego što je planirano,
2. prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje alkohola te mogu postojati višestruki neuspješni pokušaji da se pijenje smanji ili prekine,
3. najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavu alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka,
4. žudnja ili snažna želja za uzimanjem alkohola koja se može definirati kao intenzivna želja ili potreba za pijenjem koja se može pojaviti bilo kada, najvjerojatnije je da će se pojaviti u sredini u kojoj je i ranije konzumiran alkohol (ona se detektira na način da se postavi pitanje: "Jeste li ikada imali toliko snažnu želju da popijete da niste mogli misliti na ništa drugo?"). Istraživanja su pokazala kako je fenomen žudnje povezan s klasičnim kondicioniranjem te kako uključuje krugove u mozgu povezane s nagrađivanjem. Žudnja se često uzima kao mjerilo za procjenu ishoda liječenja s obzirom na to da je njezino pojavljivanje često znak prijetućeg recidiva,
5. upotreba alkohola rezultira u neuspješnom obavljanju važnih obiteljskih, radnih ili školskih aktivnosti,
6. nastavak pijenja unatoč stalnim ili povremenim socijalnim ili interpersonalnim problemima koji su uzrokovani ili pogoršani pijenjem,
7. smanjenje ili odustajanje od socijalnih, okupacijskih ili rekreativnih aktivnosti i hobija koji su nekada pričinjavali zadovoljstvo,
8. ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to životno opasno (npr. upravljanje automobilom ili strojem u promijenjenom stanju zbog uporabe psihoaktivne tvari),
9. nastavak pijenja unatoč stalnim ili povremenim fizičkim i psihološkim problemima koje pijenje uzrokuje ili pogoršava (ovdje nije naglasak na postojanju samo problema, nego više na činjenici da osoba nije u stanju apstinirati unatoč postojanju problema koje alkohol uzrokuje),

10. tolerancija određena na temelju potrebe za znatno većim količinama alkohola da bi se postigla opijenost odnosno željeni učinak ili znatno smanjenje učinka, iako se i dalje uzima ista količina alkohola. Ovdje se naglasak stavlja na razlikovanje tolerancije od individualne osjetljivosti na učinke alkohola koja se razlikuje od osobe do osobe,
11. Razvoj simptoma sustezanja (na primjer anksioznost, razdražljivost, umor, mučnina/povraćanje, tremor ruku ili EPI napadaj) nakon prekida uzimanja alkohola, odnosno potreba za uzimanjem alkohola (ili srodnih tvari kao što su benzodiazepini) da bi se olakšali simptomi sustezanja. Prema novom izdanju nije potrebno postojanje niti tolerancije niti razvoj simptoma sustezanja da bi se postavila dijagnoza alkoholizma, međutim, klinička iskustva su pokazala kako je ranije postojanje apstinencijskih smetnji najčešće povezano s težim intenzitetom bolesti.

U odnosu na prijašnje izdanje priručnika u kojemu je bilo dovoljno zadovoljenje bilo kojeg od 4 kriterija za postavljanje dijagnoze štetne uporabe alkohola u 12-mjesečnom razdoblju, ili najmanje tri kriterija u istom razdoblju za postavljanje dijagnoze ovisnosti, sada se intenzitet alkoholom uzrokovanog poremećaja označava kao blagi ako su zadovoljena 2-3 od jedanaest kriterija, srednji ako je zadovoljeno 4-5 kriterija i teški ako je zadovoljeno najmanje 6 kriterija. Novina u klasifikaciji je i da je dodan kriterij koji opisuje žudnju za pijenjem, a koji nije postojao u DSM-IV te da je izbačen kriterij koji se odnosio na probleme sa zakonom a koji je postojao kod štetne uporabe alkohola.

Zaključno se može reći kako DSM-5 kriterije grupira u 4 skupine:

- a) **Nedostatak (oštećenje) kontrole:** 1) uzimanje više nego je planirano, 2) neuspješni naponi da se prekine ili smanji pijenje, 3) velik dio vremena se troši na nabavu, uporabu ili oporavak od pijenja, 4) žudnja;
- b) **Socijalno funkcioniranje:** 5) neuspjeh u obavljanju najvažnijih životnih obveza, 6) nastavak pijenja unatoč problemima koje pijenje uzrokuje ili pogoršava, 7) odustajanje ili smanjenje nekada važnih aktivnosti radi pijenja
- c) **Rizična upotreba:** 8) stalno pijenje u rizičnim situacijama, 9) nastavak pijenja unatoč fizičkim i psihološkim problemima koje pijenje uzrokuje ili pogoršava
- d) **Farmakološka ovisnost:** 10) tolerancija i 11) smetnje sustezanja.

Iako je u novom je izdanju Američke psihijatrijske asocijacije (APA) došlo do određenih izmjena u odnosu na ranije izdanje, ukupno gledajući možemo reći kako se ovisnost o alkoholu i nadalje predstavlja kroz skupinu bihevioralnih, kognitivnih i psiholoških simptoma koji pokazuju da osoba nastavlja piti unatoč znatnim tegobama koje joj uzrokuje pijenje alkohola što je na tragu ranije postavljenih definicija alkoholizma.

Gore navedene promjene u DSM-5 sustavu mnogi kritičari doživljavaju kao preširoku patologizaciju cjelokupne ovisničke dijagnostike obzirom da sada u klasifikacijskom sustavu postoji poremećaj koji obuhvaća i bolesnike s najlakšim i one s najtežim tegobama. Postoje, međutim, i autori koji su mišljenja da će ukidanje ranije postojeće dihotomije ovisnost/štetna uporaba dovesti do znatnog napretka u dijagnostici i liječenju tih poremećaja (51,52).

Multidimenzionalna tipologija alkoholizma

Postoji više multidimenzionalnih tipologija alkoholizma koje su se razvile u drugoj polovici dvadesetog stoljeća primarno iz pokušaja da se što bolje sagleda heterogenost kliničke ekspresije alkoholizma, ali uzimajući u obzir i druge čimbenike poput pozitivnog adiktološkog herediteta te postojanje komorbiditetne psihopatologije.

Jedna od najpoznatijih tipologija je **Cloningerov neurobiološki model učenja** (53) koji je nastao primjenom njegova modela ličnosti sastavljenog od sedam komponenata na ovisnike o alkoholu i zasnovan je na razlikama u simptomatici vezanoj uz alkoholizam, obrascima prenošenja i karakteristikama ličnosti. U Cloningerovom modelu postoje dvije genetske podgrupe alkoholičara, tip 1 i tip 2. Za tip 1 se pretpostavlja da se javlja kao odgovor na okolinske utjecaje, ima relativno blage alkoholom uzrokovane probleme, obično manje hospitalizacija, a dob početka alkoholizma je obično nakon 25 godine. U tipu 2 najčešće postoji pozitivna obiteljska anamneza na ovisnost o alkoholu, nerijetko postoje teški alkoholom uzrokovani problemi, može se pojaviti i zloupotreba drugih psihoaktivnih tvari, najčešće počinje prije 25.godine života.

Osim Cloningerovog modela, poznat je i **Baborov model ranjivosti i težine** (54,55) koji također opisuje dvije podskupine alkoholičara, tip A i tip B. Za tip A alkoholičara karakteristično je da postoji kasni početak alkoholizma, manje problema u djetinjstvu te generalno manje psihopatologije, dok u tipu B postoji više problema s ponašanjem u

djetinjstvu, pozitivan hereditet na alkoholizam, rano pojavljivanje alkoholom uzrokovanih problema, izraženiji kronicitet, više psihopatologije te više egzogenih stresnih čimbenika.

Sljedeći multidimenzionalni model za tipologiju ovisnika o alkoholu je tzv. **hibridni model** koji istovremeno uzima u obzir vrstu i intenzitet problema pijenja i multiple karakteristike ličnosti. Najznačajniji predstavnik hibridnog modela je **Morey-Skinnerov hibridni model** (56) koji analizirajući crte ličnosti, intelektualno funkcioniranje, demografske karakteristike, psihopatologiju i obrazac pijenja razlikuje tri podtipa ovisnika o alkoholu: ovisnici o alkoholu ranog stadija, društveni ovisnici o alkoholu te shizoidni alkoholičari. Za ovisnike o alkoholu ranog stadija karakterističan je kasni početak pijenja, manja dnevna količina popijenog alkohola te manje posljedica pijenja u odnosu na druga dva podtipa. Društveni alkoholičari pokazuju više kontinuirani tijek pijenja u donosu na prethodnu skupinu, značajan je utjecaj i pritisak osoba iz okruženja vezano za nastavak pijenja a samo pijenje je najvećim djelom percipirano kao sredstvo koje olakšava socijalizaciju uz više posljedica na intersocijalno funkcioniranje u odnosu na druga dva podtipa. Shizoidni alkoholičari imaju najveći intenzitet alkoholizma, najizraženije posljedice, anksiozna simptomatiku i osjećaj krivnje te je u psihičkom profilu izražena agresivnost i impulzivnost.

Zaključno se može reći kako danas u svakodnevnom kliničkom i znanstvenom radu ovisnost o alkoholu doživljavamo kao kroničnu recidivirajuću bolest čija je etiopatogeneza, a time i liječenje, kompleksna uz nedvojbene okolinske, biološke, socijalne te psihološke čimbenike. Bolje razumijevanje svih čimbenika koji pomažu razvoj ovisnosti o alkoholu omogućava adekvatniji i personaliziran pristup svakome ovisniku s ciljem postizanja dugoročne apstinencije od alkohola, odnosno rehabilitacije i resocijalizacije.

1.3. OVISNOST O KOCKANJU – DEFINICIJE I KONCEPTI

Posljednjih nekoliko godina svjedoci smo sve većeg broja osoba koje problematično kockaju, a kao mogući uzroci navode se sve veća dostupnost igara na sreću u svijetu i kod nas (57), širenje mogućnosti kockanja i vrsta igara na sreću (58), te percepcija šire socijalne sredine koja gleda blagonaklono i s prihvatljivim stavom prema kockanju, a osuđujuće na problematične kockare (59).

Povijesno gledajući, problemi uzrokovani kockanjem su uglavnom opisivani s dva termina, kao kompulzivno kockanje te kao patološko kockanje, s ciljem opisivanja osoba čija je zajednička osobina da imaju razvijenu nekontroliranu žudnju ili potrebu za kockanjem. S vremenom je patološko kockanje postalo dio službene psihijatrijske dijagnostičke klasifikacije, dok se termin problematično kockanje koristio u opisu pojedinaca koji su razvili probleme zbog kockanja, no koji nisu ispunjavali dovoljan broj dijagnostičkih kriterija za postavljanje dijagnoze patološkog kockanja.

Jednako kao i kod ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, razvoju ovisnosti o kockanju mogu doprinijeti brojni biološki, psihološki i okolinski čimbenici, pa s obzirom na kompleksnu i multifaktorijalnu etiopatogenezu postoji i više teorijskih modela kojima se nastojao postaviti okvir za lakše proučavanje i liječenje ovog poremećaja. Blaszczynski i Nowerova (60) su psihološke modele razvoja patološkog kockanja podijelio u nekoliko temeljnih skupina: 1. Model ovisnosti, 2. Psihodinamski model, 3. Psihobiološki model, 4. Bihevioralni model, 5. Kognitivni model. Danas se najrelevantnijim pristupom u objašnjenju problematičnog kockanja smatraju 6. Integrativni modeli (biopsihosocijalni i model puteva) koji uklapaju mnoštvo čimbenika u jedan model čime se na sveobuhvatan način objašnjava razvoj ovog kompleksnog fenomena.

1.3.1. Ovisnost o kockanju u psihijatrijskim dijagnostičkim klasifikacijama

Patološko kockanje/ovisnost o kockanju i DSM klasifikacija

Patološko kockanje je formalno priznato kao psihički poremećaj 1980. godine od strane Američke psihijatrijske asocijacije najviše zahvaljujući radu dr. Roberta Custera koje se bavio liječenjem patoloških kockara i te je godine svrstano u treće izdanje DSM-a (61). U predloženim kriterijima naglasak je tada stavljen na progresivni gubitak kontrole nad

kockanjem te je navedeno sedam odrednica u kojima se opisuju individualni, obiteljski, socijalni i financijski aspekti ove problematike.

U četvrtom izdanju priručnika (10) patološko kockanje je i nadalje bilo svrstano u poremećaje kontrole poriva za koje je karakterističan izostanak otpora porivu, nagonu ili iskušenju da se napravi čin koji šteti samoj toj osobi ili drugima te osjećaj napetosti ili uzbuđenja prije samog čina, užitka ili olakšanja za vrijeme samog čina dok se na kraju može, ali ne mora, pojaviti žaljenje ili osjećaj krivnje. Patološko kockanje je ovdje definirano kao trajno i povratno neprilagođeno kockanje sa štetnim posljedicama na socijalnom, radnom i obiteljskom funkcioniranju. Od objavljivanja četvrtog izdanja priručnika s vremenom se javljao sve veći broj kritika na predložene dijagnostičke kriterije koje su se najvećim dijelom odnosile na činjenicu da je DSM-IV ponudio odnosno zadržao deskriptivni klinički kontekst, bez dovoljno empirijskih dokaza koji bi ga podupirali. Deskriptivni klinički kontekst je nedostatan u ocjeni prirode bolesti te njene prevalencije budući je zasnovan samo na promatranju manjeg, problematičnog dijela populacije patoloških kockara pri čemu se zanemaruje činjenica da se najveći dio kockara rijetko samostalno odlučuje potražiti pomoć. Nadalje, DSM-IV klasifikacija prepoznaje samo prisustvo ili odsustvo kliničkog poremećaja iako postoje dokazi prema kojima se patološko kockanje može predstaviti kao kontinuum na kojem postoje i subklinički oblici koji su češći od patološkog kockanja (62). Prema nekim autorima opravdano nije bilo niti svrstavanje patološkog kockanja među poremećaje kontrole poriva s obzirom na njegove razlike u odnosu na ostale poremećaje ove dijagnostičke kategorije. Shaffer i Korn opisuju kako kod kleptomana i piromana postoji preplavljujući impulzivni nagon za akcijom te često osjećaj olakšanja nakon što se čin završi. Nasuprot tome, patološki kockari sam čin kockanja tijekom sudjelovanja u njemu opisuju ugodnim, no neposredno nakon prekida kockanja ili nakon gubitka osjećaju značajanu nelagodu (63).

S obzirom na sve navedene kritike, ali i na sve veći broj znanstvenih dokaza u provedenim kliničkim studijama, bila je očekivana reklasifikacija patološkog kockanja u novom, petom, izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije (10). Ovakva promjena zasnovana je na rezultatima provedenih studija koje su proučavale neurokemijsku podlogu ovisnosti o kockanju, funkcionalnih slikovnih studija, studija o genetskom nasljeđivanju te o primijenjenoj psihofarmakoterapiji, kojima je pokazano kako postoji značajna neurobiološka sličnost između ovisnosti o kockanju kao bihevioralne ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, te je navedeno kako su uzeti u

obzir dokazi da kockanje aktivira sustav za nagrađivanje u mozgu slično kao što ga aktivira zlouporaba droge i uzrokuje neke bihevioralne simptome koji bi se mogli usporediti s onima koji su uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari.

Općenito uzevši, više je argumenata za navedenu reklasifikaciju patološkog kockanja koji se mogu podijeliti u sljedeće kategorije:

1. neurobiološka sličnost

Više je provedenih neurobioloških istraživanja pokazalo kako postoji značajna podudarnost između moždanih struktura uključenih u ovisnost o psihoaktivnim tvarima i struktura uključenih u ovisnost o kockanju. Slično pojavi žudnje, koja se učestalo razvija u sklopu razvijene psihičke ovisnosti kod ovisnika o kokainu i kod ovisnika o kockanju pojavljuje se žudnja i ona najčešće prethodi uključivanju u ovisničko ponašanje. Istraživanja su pokazala kako su moždane strukture za koje se pretpostavlja da su uključene u razvijanje i pojavljivanje žudnje kod ovisnika o kokainu i kod ovisnika o kockanju, ventralni striatum (područje mozga s dopaminergičkom neurotransmisijom) i ventromedijalni prefrontalni korteks (područje mozga uključeno u sustav nagrađivanja i kontrolu impulsa) (64,65). Osim ranije navedenog ventralnog striatuma, čija je aktivacija povezana s ranijim stadijima ovisnosti o kockanju, odnosno s ranijim stadijima kockarskog ponašanja, u kasnijem kliničkom tijeku ovisnosti važna je i uloga dorzolateralnog prefrontalnog korteksa koji se pojačano aktivira prilikom izlaganja asocijacijama vezanim uz kockanje (66,67). Istraživanja su nadalje pokazala kako je za kognitivnu kontrolu ponašanja u svim ovisnostima važna uloga anteriornog cingulatnog korteksa, s tim da se pretpostavlja kako je, specifično kod ovisnika o kockanju, važna njegova uloga u „lovu na dugove“ (68).

2. neurotransmitorski sustavi

Prema dosad provedenim studijama neravnoteža kompleksnog sustava neurotransmitora, serotonina, dopamina, noradrenalina, endogenih opioda i hormona ima značajnu ulogu i u bihevioralnim ovisnostima jednako kao i kod ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Nekoliko je studija u kojima je registrirano poremećeno funkcioniranje serotoninskog sustava pa su niske razine serotonina te povišene razine njegova metabolita 5-HIAA u likvoru registrirane kod osoba s ovisnošću o kockanju i o psihoaktivnim tvarima, a povišeno oslobađanje ovog neurotransmitera se povezuje s impulzivnom motiviranošću na zadovoljenje poriva, oštećenom inhibicijom i oštećenjem sustava nagrađivanja (69,70). Osim serotoninskog

sustava, kod ovisnika o kockanju je istraživana i uloga dopaminskog neurotransmitorskog sustava. Ovisne osobe traže „nagradu“ (drogu ili kockanje) što, poznato je, utječe na oslobađanje dopamina čime se pokreću osjećaji zadovoljstva i euforije. Studije koje su proučavale vjerojatnost i magnitudu gratifikacije, osnovnih komponenti kockanja i drugih ovisnosti, pokazale su kako postoji pojačana aktivnost dopaminergičkog puta u srednjem mozgu u razdobljima kada je veća nesigurnost pojave gratifikacije i veća varijabilnost u veličini nagrade, što dugoročno doprinosi razvoju ovisničkog ponašanja (66,71). U studiji Joutsa i suradnika povezuje se pak intenzitet oslobađanja dopamina s težinom ovisnosti o kockanju, čime se dovodi u pitanje hipoteza o deficijentnosti dopaminskog sustava nagrađivanja, dok se u studiji Bergha i suradnika navodi kako je kod patološkog kockanja razina dopamina smanjena (72,73).

3. terapijske strategije

Jedan od bitnih argumenata za reklasifikaciju patološkog kockanja bio je i taj da su se terapijske strategije koje se koriste u liječenju ovisnika o psihoaktivnim tvarima pokazale učinkovitima i kod ovisnika o kockanju.

Dvostruko slijepe studije koje su proučavale primjenu opioidnih antagonista u liječenju ovisnosti o kockanju pokazale su njihovu terapijsku učinkovitost (74,75). Dackis i O'Brien (76) su u istraživanju o neurobiologiji ovisnosti pokazali kako osobe s promijenjenim opioidnim sustavom imaju veće poteškoće u kontroliranju žudnje da nastave s ovisničkim ponašanjem zbog intenzivnog osjećaja euforije koji se razvija nakon ulaska u nagrađujuće ponašanje.

Nadalje, istraživanja su pokazala kako je kod bihevioralnih ovisnosti općenito, te osobito kod ovisnika o kockanju, opravdana primjena psihoterapijskih intervencija koje se najvećim dijelom oslanjaju na tehnike prevencije relapsa, odnosno na kognitivno-bihevioralnu terapiju, zatim na grupnu psihoterapiju, grupe potpore, motivacijski intervju, kao i kod ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (77,78).

4. genetska podudarnost

Studije koje su analizirale genetski utjecaj na razvoj ovisnosti pokazale su kako osobe ovisne o kockanju imaju veliki broj najbližih srodnika s dijagnosticiranom ovisnošću o psihoaktivnim tvarima, čime se sugerira moguća genetska vulnerabilnost između ovisnosti o kockanju i drugih ovisnosti (79). Istraživanja specifičnih gena noradrenalinske, serotoninske i

dopaminske neurotransmisije koji su uključeni u ovisnost o kockanju registrirala su specifične dopaminske gene koje se povezuje s kompulzivnim/ovisničkim ponašanjem i poremećajima, poput ovisnosti o kockanju, ovisnosti o nikotinu i Tourettovog sindroma (80).

5. klinička prezentacija

Između ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i ovisnosti o kockanju značajna je i sličnost u kliničkoj slici, odnosno isti fenomeni na kojima se zasniva dijagnostika ovisnosti o psihoaktivnim tvarima mogu se prepoznati i kod ovisnika o kockanju. Ovdje se misli na gubitak kontrole nad problematičnim ponašanjem, pojavu žudnje, ponavljanje ponašanja unatoč jasnim posljedicama, razvijanje tolerancije (odnosno povećavanje uloga što je jednako povećanju količine psihoaktivnog sredstva s ciljem postizanja jednakog učinka ugođe), razvijanje psiholoških i fizikalnih apstinencijskih smetnji kada se nije u stanju kockati, negiranje i minimaliziranje ovisničke problematike itd. (9,10).

6. dobna distribucija

Ovisnost o kockanju pokazuje i sličnu dobnu raspodjelu i prevalenciju kao i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima s visokom zastupljenosti u adolescenciji i mlađim odraslim skupinama, nižom kod starijih odraslih osoba te i ovdje postoje periodi apstinencije i relapsa koji se međusobno izmjenjuju (81).

Kod muškog spola je obično ranija dob početka kockanja i kockanje je u cjelini češće kod muškaraca, dok se kod žena pojavljuje tzv. teleskopski fenomen, odnosno žene kao i kod ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, kasnije započinju s konzumacijom odnosno s kockanjem i brže razvijaju ovisnost u odnosu na muškarce (69,82).

7. komorbiditet ovisnosti o kockanju i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

Rekategorizaciji patološkog kockanja među bolestima ovisnosti doprinijela je i visoka stopa komorbiditeta s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima, osobito ovisnosti o alkoholu (83,84). U istraživanju Welta i suradnika (85) potvrđena je izražena i značajna povezanost između trenutne ovisnosti o alkoholu i trenutnog patološkog kockanja, te je također utvrđeno da dnevna količina popijenog alkohola povećava intenzitet i učestalost kockanja. El-Guebaly (86) je proveo istraživanje u općoj populaciji, na velikom uzorku od 14.934 osoba, te je zaključio da osobe s dijagnozom štetne uporabe alkohola ili ovisnosti o alkoholu imaju 2.9 puta veći rizik za razvoj umjerenog ili teškog kockanja, dok su Petry i suradnici (2) utvrdili obrnutu korelaciju u svom istraživanju i zaključili da kod patoloških kockara postoji 5-7 puta

veća vjerojatnost da imaju ovisnost o alkoholu, nikotinu ili o drugim psihoaktivnim tvarima. Na uzorku ovisnika koji se nalaze na stacionarnom liječenju od ovisnosti o alkoholu ili ovisnosti o drugim psihoaktivnim tvarima, 15% osoba je tijekom života zadovoljavalo kriterije za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju, a 11% je zadovoljavalo kriterije tijekom ispitivanja (5). Kada je pak riječ o ovisnicima o alkoholu koji su na izvanbolničkom liječenju, istraživanje Sellmana i sur. (87), korištenjem SOGS upitnika za samoprocjenu rizičnosti kockanja pokazalo je kako njih 19.4% tijekom ispitivanja pokazuje značajke problemskog kockanja, dok je 4% ispitanih spadalo u skupinu patoloških kockara, prema tada važećim kriterijima u DSM-IV. Usporedbe radi, epidemiološki podaci o prevalenciji problemskog i patološkog kockanja u općoj populaciji najčešće se kreću od 0.5 do 2%, ovisno o metodologiji istraživanja odnosno o primijenjenom instrumentariju (2-5). Općenito govoreći, prevalencija ovisnosti o kockanju u populaciji ovisnika o alkoholu je niža kada je istraživanje provedeno unutar zajednice, a značajno viša kada je istraživani klinički uzorak kojeg su činili selekcionirani pacijenti koji su na liječenju.

Patološko kockanje/ovisnost o kockanju i MKB-11 klasifikacija

Za razliku od DSM-5 klasifikacije, još uvijek postoje dvojbe vezane uz klasifikaciju patološkog kockanja, ali i drugih bihevioralnih ovisnosti, u idućem, jedanaestom, izdanju priručnika Svjetske zdravstvene organizacije MKB-a. Iako je postojala sugestija radne skupine vezana uz reklasifikaciju patološkog kockanja među bolestima ovisnosti, prijedlog je odbijen od strane savjetodavne skupine, uz obrazloženje kako je potrebno još istraživanja koja bi podupirala takvu promjenu (88). Kako je ranije navedeno, postoje klinička istraživanja koja su pokazala kako je kod osoba s patološkim kockanjem zahvaćen i promijenjen sustav nagrađivanja u mozgu, no jednako tako postoje i studije koje su pokazale kako u ovoj populaciji pacijenata postoje i druge moždane abnormalnosti poput disfunkcije prefrontalnog korteksa, slično kao kod pacijenata s manijom (89,90). Nadalje, iako postoji podijeljena genetska predispozicija ili vulnerabilnost između kockanja i ovisnosti o alkoholu, patološko kockanje također ima određene genetske čimbenike koje nalazimo i kod velikog depresivnog poremećaja (91). Dovodi se u pitanje i klinička korisnost reklasifikacije kockanja, s obzirom na to da su istraživanja pokazala kako i neke druge terapijske intervencije, poput litija ili terapije izlaganja, mogu biti korisne u liječenju patoloških kockara, a ne samo terapijske intervencije koje se primjenjuju u radu s ovisnicima o psihoaktivnim tvarima (92,36). Grant i

suradnici u susret novom izdanju MKB-a redefiniraju poremećaj kontrole impulsa kao ponavljajući neuspjeh da se odupre impulsu, nagonu ili pulziji da se počini akt odnosno ponašanje koje je nagrađujuće za određenu osobu (barem kratkoročno), unatoč dugoročnim štetnim posljedicama koje takvo ponašanje može imati za tu osobu ili druge osobe, a reklasifikacija kockanja u kategoriju ovisnosti se opisuje kao heuristička i preuranjena, na temelju dostupnih dokaza (93).

Zaključno se može reći kako ranije naveden opis ovisnosti o kockanju, koristeći teorijsko-psihološki okvir modela ovisnosti kao dimenzionalni pogled na problematiku kockanja, polazi od stajališta da ovisnici o kockanju nemaju kvalitativno specifična obilježja osim vremena i novca potrošenih na kockanje (94). U skladu s tim, ovisnici o kockanju, odnosno patološki kockari, kategorizirani su prema “sve ili ništa” pristupu unutar dimenzionalnog kontinuuma čime se zanemaruju podskupine kockara, s obzirom na to da postoje istraživanja koja su pokazala kako i unutar patoloških kockara postoje podskupine koje imaju svoje razlikovne specifičnosti (95). Također ostaje pitanje subkliničkih kategorija, odnosno problemskog kockanja kod osoba koje ispunjavaju dva ili tri dijagnostička kriterija čime ne zadovoljavaju dijagnostički prag za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju, no svejedno zbog kockanja pokazuju određene probleme u svakodnevicu i u funkcioniranju općenito. U skladu s time ovdje bi bilo adekvatno razmišljati o kategoriji problematičnog ili štetnog kockanja koja bi se prema ovisnosti o kockanju odnosila kao štetna uporaba alkohola prema ovisnosti o alkoholu (96). Dijagnosticiranjem problematičnog kockanja i provođenje ranih intervencija, mogle bi se prevenirati značajne individualne, obiteljske te socijalne posljedice koje bi potencijalna ovisnost o kockanju mogla prouzročiti. Ostaje nejasno i zašto reklasificiranje kockanja među bolesti ovisnosti nije bilo praćeno i značajnijom promjenom u dijagnostičkom pragu koja bi odgovarala ovisnostima o psihoaktivnim tvarima, a u kojima je potrebno zadovoljenje dva dijagnostička kriterija (od predloženih 10) za postavljanje dijagnoze blažeg oblika poremećaja.

Dijagnostika ovisnosti o kockanju prema DSM-5 klasifikaciji

Prema DSM-5 klasifikaciji (10) ovisnost o kockanju definira se kao perzistentno i povratno problematično kockanje koje vodi do klinički značajnog oštećenja ili patnje, te se iskazuje

tako da pojedinac očituje četiri (ili više) kriterija od sljedećih devet u 12-mjesečnom razdoblju:

1. ima potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi se postiglo željeno uzbuđenje,
2. nemiran je ili razdražljiv kada pokušava smanjiti ili prestati s kockanjem,
3. ima opetovana neuspješna nastojanja zbog kontrole, smanjenja ili prestanka kockanja,
4. često je zaokupljen kockanjem (na primjer neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišlja o načinu 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 idući 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 i
9. oslanja se na druge kako bi nabavio novac kojim bi olakšao očajnu financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem.

Težina ovisnosti se označava kao blaga ako je zadovoljeno 4-5 kriterija, umjerena ako je zadovoljeno 6-7 kriterija te kao teška ako je zadovoljeno 8-9 kriterija. Također postoje odrednice kojima se opisuje je li ovisnost o kockanju epizodična (simptomi se smiruju između razdoblja ovisnosti na nekoliko mjeseci) ili perzistentna (simptomi su trajni odnosno postoji zadovoljavanje dijagnostičkih kriterija u kontinuitetu više godina) te se opisuje rana remisija (nakon što su prethodno bili zadovoljeni svi kriteriji niti jedan nije zadovoljen u trajanju od najmanje 3 mjeseca, a manje od 12 mjeseci) i održana remisija (nakon zadovoljenja svih kriterija ni jedan nije ispunjen najmanje 12 mjeseci ili dulje).

Osim reklasifikacije patološkog kockanja među bolesti ovisnosti, u novom izdanju priručnika provedene su i sljedeće promjene:

1. terminološka promjena; poremećaj se više ne označava kao patološko kockanje nego kao ovisnost o kockanju, čime se nastojao izbjeći pejorativni i stigmatizirajući prizvuk riječi "patološki" (62).

2. revizija predloženih kriterija; eliminiran je kriterij koji se odnosio na antisocijalno ponašanje s ciljem financiranja samog kockanja (krađe, krivotvorenja, pronevjere i sl.) s obzirom na to da provedene studije nisu pokazale korisnost ovog kriterija u razlikovanju ovisnika o kockanju od zdravih osoba te na studije koje su ukazale na nisku prevalenciju ovog oblika ponašanja. No iako je sam kriterij koji opisuje antisocijalno ponašanje eliminiran, on je jednim dijelom ipak zadržan u predloženoj klasifikaciji i to u kriteriju koji se odnosi na laganje drugima kako bi se prikrila uvučenost u ovisnost o kockanju na način da sadrži specifičnu odredbu o ilegalnim aktivnostima kao jednom potencijalnom obliku laganja (97,98).

3. unošenje vremenskog ograničenja za poremećaj, prema kojemu je potrebno da simptomi traju najmanje 12 mjeseci, za razliku od četvrtog izdanja u kojem nije bilo vremenske odrednice.

4. promjena dijagnostičkog praga; za razliku od dijagnostičkog praga u četvrtom izdanju priručnika prema kojem je bilo potrebno ispunjenje pet od deset mogućih kriterija za postavljanje dijagnoze patološkog kockanja, u novoj klasifikaciji za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju potrebno je ispunjenje četiri od devet postojećih kriterija. Sniženje dijagnostičkog praga s ciljem postavljanja preciznije dijagnoze zasnovano je na rezultatima provedenih studija, pri čemu je ovdje važno istaknuti studiju Stinchfielda (99) koji je pokazao kako sniženje praga dovodi do umjerenog poboljšanja u klasifikacijskoj preciznosti i smanjuje broj lažno negativnih nalaza, te Denisa i suradnika (100) koji su potvrdili kako predloženi kriteriji u petom izdanju priručnika (odnosno bez antisocijalnog ponašanja) s ranijim dijagnostičkim pragom (zadovoljenih pet kriterija) ili sa sniženim dijagnostičkim pragom (zadovoljenih 4 kriterija) imaju veću dijagnostičku preciznost u odnosu na predloženi način dijagnosticiranja u četvrtom izdanju priručnika.

1.3.2. Ostali modeli ovisnosti o kockanju

Psihodinamski model

U osnovi psihodinamskog modela kockanja nalaze se psihoanalitičke teorije koje kockanje, odnosno razvoj ovisnosti o kockanju definiraju kao reakciju na nesvjesni intrapsihički konflikt koji postoji kod određene osobe, te se kockanje opisuje kao zadovoljenje neprihvatljivih

erotskih impulsa kroz mazohističko kažnjavanje krivnjom koju takvi impulsi uzrokuju. U kasnijim radovima opisivana je i uloga narcizma i fantazija o moći i kontroli (101). Još je Freud (102) u svom djelu "Dostojevski i patricid" analizirao spisateljevo kompulzivno kockanje te hipoteziraio kako bi ono moglo biti posljedica traumatskih događaja koje je imao u životu, pri čemu je osobit naglasak stavio na smrt oca, te je kockanje opisao kao kockanje za vlastito dobro, a ne s ciljem stjecanja novca. U psihodinamskom modelu osobito je važna analiza koju je proveo Bergler (103), on u svojim radovima opisuje kockara kao neurotsku strukturu osobnosti s nesvjesnom željom za gubitkom te navodi šest glavnih simptoma ovakvog kockara: 1. habitualno preuzimanje rizika, 2. kockanje isključuje bilo koje druge interese, 3. kockar je pun optimizma i ne uči iz vlastitih gubitaka, 4. kockar uslijed dobitka ne prestaje kockati, 5. kockar riskira velike količine novca, te 6. napetost koja uključuje i užitak i bol, a koju kockar doživljava u razdoblju između ulaganja i konačnog ishoda igre. Iako se model sam po sebi nije održao u punom opsegu, pojedini kriteriji koji su i danas prisutni u dijagnostičkoj klasifikaciji mogu svoje izvorište pronaći u ovom modelu.

Psihobiološki model

Psihobiološki model ovisnost o kockanju tumači kao posljedicu određene fiziološke predispozicije. Prema Blumu (104) smanjena dopaminska aktivnost u mezolimbickom moždanom putu, odnosno smanjena aktivnost sustava za nagrađivanje povezana je s razvojem ovisnosti i ovisnostima sličnih ponašanja. Comings i suradnici (105) proveli su genetska istraživanja koja su pokazala kako postoji povezanost patološkog kockanja s polimorfizmom gena za dopaminske receptore, D1, D2 i D3. Osim gena za dopaminske receptore, istraživane su i genetske alteracije za noradrenalinske receptore te je pronađena povišena aktivnost ovih gena određivanjem metabolita noradrenalina centralno i periferno (106). U istraživanju Beavera i suradnika (107) na jednojajčanim i dvojajčanim blizancima istog spola utvrđeno je kako se 70 % variance problemskog kockanja može objasniti genetskim čimbenicima. Povezanost genetskih čimbenika i kockanja odnosno postojanje određene genetske predispozicije za razvoj problemskog kockanja pokazana je i u meta-analizi genetskih studija Waltersa i suradnika (108).

Bihevioralni model

Unutar bihevioralnog modela kojim se nastoji objasniti razvoj problema s kockanjem i ovisnosti o kockanju dominantne su teorija učenja i teorija razložne akcije. Prema teoriji

učenja kockanje se opisuje kao naučeno ponašanje koje se kao takvo može i odučiti (što je u osnovni terapijskog pristupa zasnovanog na ovom modelu), a kockare se dijeli ovisno o količini kumulirane problematike uzrokovane kockanjem, zanemarujući individualne motivacijske čimbenike. Prema teoriji razložne akcije svako je ponašanje, pa tako i kockanje, determinirano osobnim čimbenicima odnosno stavovima te socijalnim normama i pritiscima. Istraživanja su pokazala kako se kroz navedene stavove može determinirati namjera za kockanjem na način da što su stavovi pozitivniji, veća je vjerojatnost kockanja, no i nadalje teorija u cjelini objašnjava samo mali dio varijance. Bihevioralne terapijske intervencije koje se najčešće primjenjuju su: kontrola stimulusa, tehnike izlaganja, strategije suočavanja i prevencija relapsa, imaginarna desenzitizacija i bihevioralno savjetovanje. (109).

Kognitivni model

Kognitivni model polazi od opservacije da većina kockara ustraje u kontinuiranom slijedu kockarskih aktivnosti koje su za njih nepovoljne i to unatoč činjenici da je vjerojatnost dobitka vrlo mala. Ovakav kontinuitet kockarskog ponašanja tumači se razvijanjem kognitivnih distorzija, odnosno iskrivljenog razmišljanja koje ima važnu ulogu u razvoju i održavanju kockarskog ponašanja te u razumijevanju problema uzrokovanih kockanjem. Kognitivna distorzija se može definirati kao precijenjena sposobnost za pobjedu te preuveličano samopouzdanje unatoč stalnim i opetovanim gubicima. S vremenom je kognitivni model nadograđen bihevioralnim elementima uzimajući u obzir principe klasičnog i operantnog uvjetovanja (110).

Biopsihosocijalni model

S obzirom na to da niti jedan od gore navedenih modela sam po sebi nije u stanju dati adekvatan psihološki teorijski okvir za bolje razumijevanje cjelokupne populacije osoba koje su u problemu kockanja, s vremenom se javila potreba za razvijanjem sveobuhvatnijeg i integrativnijeg modela patološkog kockanja. U skladu s time razvijen je biopsihosocijalni model kojim se nastojalo maksimalno integrirati heterogenost kockarske populacije. Postoje i širi modeli poput biopsihosocijalnog modela. Biopsihosocijalni model uzima u obzir biološke odnosno individualne predispozicije za razvoj ovisnosti o kockanju (poput neurofizioloških promjena u neurotransmitterskom sustavu, najčešće serotoninergičkom i dopaminergičkom), psihološke predispozicije poput često detektirane impulzivnosti ili loših vještina rješavanja problema te sociološke predispozicije poput pozitivnih osobnih stavova o kockanju,

pozitivnih stavova o kockanju unutar obitelji i ranog iskustva kockanja koje ima značajnu ulogu u razvoju kognitivnih distorzija i ranog obrasca kockanja (111).

Model puteva

Posljednji širi teorijski model koji nastoji objasniti razvoj problemskog kockanja i ovisnosti o kockanju je model puteva čiji su autori Blaszczynski i Nowerova (60). Definiranjem tri puta razvoja problematičnog kockanja autori su nastojali opisati heterogenost populacije s problemom kockanja, heterogenost etiologije što u konačnici implicira i individualizirani terapijski pristup. Unutar samog modela definirana su tri puta koja mogu rezultirati razvojem problematičnog kockanja pri čemu je svaki put determiniran individualnim rizičnim čimbenicima, demografskim značajkama i specifičnim etiološkim procesima. Za razvoj bilo kojeg od ova tri puta također je bitan preduvjet i postojanje adekvatne dostupnosti i pristupačnosti igara na sreću te jednako tako i poticajna zakonska regulativa.

Prema modelu puteva postoje sljedeće skupine problemskih kockara:

1. bihevioralno uvjetovani problemski kockari – osnovna motivacija ove podskupine kockara je zabava, njihovo kockanje pri tome samo povremeno prelazi granicu ovisnosti, a kada ju prijeđu, to je obično posljedica kondicioniranja i kognitivnih distorzija. Ova se skupina od ostale dvije skupine kockara u ovom modelu razlikuje i po tome što nema značajnije premorbidne psihopatologije, odnosno promjena u strukturi ličnosti, a ako se kojim slučajem i pojavi određena anksiozna ili depresivna simptomatika, ona je gotovo uvijek reaktivne prirode. S kliničkog aspekta ova bi skupina trebala dati najbolji odgovor na primijenjene psihoterapijske postupke, osobito one kognitivno-bihevioralnog usmjerenja.

2. emocionalno ranjivi kockari – za razliku od bihevioralno uvjetovanih kockara kojima je osnovna motivacija za kockanjem zabava, u ovoj skupini kockara se kockanje doživljava i koristi kao oblik automedikacije, odnosno reguliranja i nošenja s negativnim ili averzivnim afektivnim stanjima ili potisnutim intrapsihičkim konfliktima. Premorbidna psihopatologija koja se najčešće javlja u ovoj skupini je anksiozna ili dugotrajna depresivno-distimična simptomatika, neadekvatne metode suočavanja, neadekvatno razvijene tehnike rješavanja problema te negativna iskustva unutar primarne obitelji. Kada je riječ o terapijskim intervencijama ova je skupina svakako zahtjevnija od prethodne, budući da terapijski napor mora biti jednim dijelom fokusirani na rješavanje ovisnosti, a drugim dijelom na podliježuću psihopatologiju.

3. antisocijalni impulzivni problemski kockari – unutar ove skupine kockara postoje značajne psihosocijalne posljedice kockanja koje su najvećim dijelom posljedica impulzivnog ponašanja (motorička impulzivnost) i disocijalnih tendenci unutar same strukture ličnosti, a manjim djelom i kao posljedica same ovisnosti o kockanju. Premorbidna psihopatologija u ovoj podskupini ovisnika o kockanju ogleda se i u sklonosti ranog ulaska u rizična i kriminogena ponašanja, zloupotrebi sredstava ovisnosti i hiperaktivnosti.

Zaključno se može reći da ovako veliki broj teorijskih modela govori o kompleksnosti etiopatogeneze ovisnosti o kockanju, ali i dodatno naglašava činjenicu da su ovisnici o kockanju heterogena populacija pacijenata, što u prvi plan stavlja potrebu za personaliziranim i individualiziranim dijagnostičkim i terapijskim pristupom.

1.4. SPECIFIČNOSTI LIČNOSTI OVISNIKA O ALKOHOLU I OVISNIKA O KOCKANJU

Na psihološko funkcioniranje svakog ovisnika utječe, osim same psihoaktivne tvari, i niz bioloških i okolinskih čimbenika te dimenzija ličnosti koji su u stalnoj interakciji. O važnosti uloge određenih i specifičnih dimenzija ličnosti u razvoju ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima govori i podatak da su ovisnosti u prvim dijagnostičkim klasifikacijama svrstavane među poremećaje ličnosti, kao sociopatski poremećaj ličnosti, što ima svoje polazište u psihodinamskim studijama koje opisuju ovisničku ličnost, a potom su reklasificirane u širu dijagnostičku skupinu poremećaja ličnosti. Ova koncepcija se napušta u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za klasifikaciju duševnih poremećaja, DSM-III (6), u kojoj je odvojena ovisnost o psihoaktivnim tvarima od poremećaja ličnosti. Dugo se vremena nastojalo istraživanjem različitih dimenzija osobnosti prepoznati specifična obilježja koja bi bila prisutna samo u ovisnika u odnosu na ostalu populaciju koja ne uzima psihoaktivne tvari, te s druge strane identificirati obilježja ličnosti koja imaju važnu ulogu u različitim stadijima pojave i razvoja ovisnosti, pri čemu je ovdje važno razlikovati i razdvojiti čimbenike koji imaju etiološku funkciju od čimbenika čija je pojavnost posljedica ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Provedene studije su tako uspjele identificirati postojanje brojnih obilježja po kojima se ovisnici razlikuju od neovisničke populacije poput impulzivnosti, sklonosti ulaska u rizična ponašanja, traženja uzbuđenja ili nepridržavanja socijalnih normi (112,113). Ponovno se kao problem u takvim istraživanjima pojavljuje nemogućnost razdvajanja obilježja ličnosti koja uvjetuju takvo ponašanje od onih koja su simptom ovisnosti pa je prema nekim autorima prikladnije govoriti o predispoziciji prema zlouporabi psihoaktivnih tvari u osoba određene psihičke konfiguracije (114).

S vremenom se evolucija analiziranja dimenzija osobnosti kod ovisnika odvijala u dva smjera, u smjeru odvajanja uzimanja droge od osobne patologije, da bi se potom naglasak stavio na one dimenzije ličnosti koje ne spadaju pod osobnu patologiju, ali koje se često javljaju kod ovisnika. Time se razvija konstrukt crta ličnosti koji nisu patološki, a koji se javljaju kod korisnika psihoaktivnih tvari (115). U konačnici, kada se analiziraju dimenzije ličnosti i ovisnost o psihoaktivnim tvarima, rezultati provedenih studija govore kako bi trebalo uzeti u obzir sljedeća obilježja: analiziranje ponašanja koje je izravno vezano odnosno posljedica uzimanja psihoaktivne tvari, analiziranje specifičnih crta ličnosti koje nisu dio patologije

ličnosti te na kraju analiziranje poremećaja ličnosti koji se može kao komorbiditetni psihički poremećaj dijagnosticirati kod ovisnika (116).

Jednako kao pokušaji definiranja šireg koncepta ovisničke ličnosti, dugo su vremena postojali i pokušaji konkretnijeg, odnosno preciznijeg definiranja specifičnog i užeg edukativnog-teorijskog konstrukta "alkoholičarske ličnosti" čime se nastojalo registrirati karakterne osobine i simptome psihopatologije koji su u značajnijoj mjeri prisutniji kod alkoholičara u odnosu na nealkoholičare. Time se nastojala odrediti svojevrsna predisponiranost određenih osoba s određenim karakternim ili psihopatološkim značajkama za razvoj ovisnosti o alkoholu. Međutim, kliničko iskustvo nam učestalo ukazuje da, iako se neke značajke ličnosti češće pojavljuju u ovisnika o alkoholu, te u ovisnika općenito, one nisu specifične samo za ovu populaciju pacijenata, što aktualizira dvojbu razvoja alkoholizma kod normalne ličnosti ili kod premorbidno promijenjene strukture ličnosti odnosno kod poremećaja ličnosti. Sedmak detaljnije razvija ovu dvojbu na način da postavlja pitanje koliki stupanj poremećaja ličnosti uzrokuje pojavu alkoholizma, a koji stupanj omogućuje ispoljavanje samo simptomatike postojećeg poremećaja, bez razvoja ovisnosti o alkoholu (117).

Za registriranje učestalosti određenih karakternih osobina kod alkoholičara korišten je veliki broj psihodijagnostičkih testova, a njihovi rezultati su uglavnom ukazivali na veću učestalost osobina poput ambivalencije, nejasnog koncepta o sebi, shizoidnosti ili mazohističkih reakcija (118). Na hospitaliziranoj psihijatrijskoj populaciji od psiholoških testova s ciljem istraživanja osobina ličnosti učestalo je korišten MMPI-2 upitnik. MacAndrew i suradnici (119) prilagodili su ovaj upitnik te kreirali njegov podtip tzv. MAC skalu s ciljem detektiranja alkoholičara u psihijatrijskoj populaciji koji su pokazivali znatno veće zbrojeve na ovom upitniku. MacAndrew je u istraživanjima pokazao kako je alkoholičare moguće podijeliti u dvije skupine, one koji u MAC ljestvici imaju veće zbrojeve i koji čine skupinu tzv. primarnih alkoholičara, te drugu skupinu koju je činilo oko 15% ispitanika, a koje je nazvao sekundarnim alkoholičarima. MacAndrew u svojoj tipologiji sekundarne alkoholičare označava kao reaktivne alkoholičare, odnosno kao ovisnike o alkoholu koji piju s ciljem smanjenja napetosti ili depresije, za razliku od tzv. sociopatskih ovisnika o alkoholu čije karakterne crte, prema njegovu tumačenju, imaju značajnu ulogu u razvijanju problemskog pijenja ili ovisnosti o alkoholu. Slično njemu, Skinner (120) također razlikuje tzv. sociopatski oblik alkoholizma, dok u drugu skupinu svrstava tzv. neurotične odnosno alkoholičare s podliježećim psihičkim problemima. Alkoholičare iz prve skupine, kao kod MacAndrew-a,

odlikuje naglašena impulzivnost te učestalo ponašanje protivno prihvaćenim socijalnim normama, dok alkoholičari iz neurotske skupine pokazuju problematiku emotivnog funkcioniranja gdje je pijenje prihvaćeno kao način automedikacije. Kako je ranije navedeno, ova je podjela i dio tradicionalnog medicinskog koncepta alkoholizma kao bolesti koji također razlikuje primarne i sekundarne alkoholičare. Prema tom modelu alkoholizma kod primarnog tipa alkoholičara ovisnost se razvija kasnije u životu, ne postoji genetsko opterećenje, ne pokazuju znakove smetnji ponašanja tijekom adolescencije te ne pokazuju značajnije deficite na planu psihološkog, obiteljskog ili radnog funkcioniranja. Sekundarnim ili simptomatskim alkoholičarima označavamo ovisnike o alkoholu koji pijenjem otklanjaju postojeće psihičke tegobe, najčešće su pozitivnog herediteta, alkoholizam se razvija rano, a u opitim stanjima su česta abruptivna reagiranja (121).

Kada je riječ o ovisnicima o kockanju, istraživanja su pokazala kako su psihopatologija i ličnost među brojnim čimbenicima za koje se hipotezira da imaju važnu ulogu u razvoju i održavanju prekomjernog kockanja i patološkog kockanja (122). Studije koje su kod patoloških kockara koristile ranije navedeni MMPI-2 upitnik uglavnom su registrirale povišene vrijednosti na skali psihopatske devijacije i depresije (123). Myrseth i sur. (124) su upotrebom ovog upitnika kockare podijelili u tri skupine: skupina koja je imala prosječne odnosno normalne vrijednosti, skupina s umjereno povišenim profilom i skupina sa značajnim odstupanjima na svim istraživanim ljestvicama. Posljednja skupina patoloških kockara ima sljedeće značajke: pasivno ovisni u interpersonalnim relacijama, učestalo korištenje represije i somatizacije u rješavanju problema, pasivnost, nedostatak uvida, nedostatak motivacije za prekidom kockanja, kockanje se koristi kao bijeg od realiteta ili kao način suočavanja sa psihopatologijom. Coarrocchi i suradnici (125) su pak usporedili MMPI-2 profile patoloških kockara i alkoholičara te su i oni zaključili kako u obje skupine postoje najviše vrijednosti na skali psihopatske devijacije te na skali depresivnosti, potom na skali psihastenije i shizofrenije. Analiziranje ličnosti kockara imalo je za posljedicu razvijanje i dodatno diferenciranje taksonomije patoloških kockara, te su temeljem rezultata provedenih studija ličnosti predložene i određene podskupine patoloških kockara. Vachon i Bagby (126) razlikuju tako tri podtipa patoloških kockara prema rezultatima istraživanja u kojem su koristili pet-faktorski model ličnosti:

1. podskupina patoloških kockara u kojoj postoji niska učestalost komorbidne psihopatologije te u kojoj ne postoje značajnija odstupanja na svih pet faktora ličnosti,

2. tzv. hedonična skupina u kojoj postoji umjerena učestalost komorbidne psihopatologije te
3. tzv. demoralizirana skupina karakterizirana visokom učestalošću psihopatologije sa značajno izraženim negativnim afektom, niskom pozitivnom emocionalnošću, slabom motivacijom i visokom impulzivnosti.

Alvarez Moya i suradnici (127) opisuju pak četiri podskupine problemskih kockara u Španjolskoj: tip I (dezorganizirani i emocionalno nestabilni) koji imaju shizotipne crte ličnosti, visoku impulzivnost, štetnu upotrebu psihoaktivnih tvari i alkohola, raniju dob početka kockanja te izražene psihopatološke simptome; tip II (shizoidni kockari) kod kojih je izraženo izbjegavajuće ponašanje, socijalna distanciranost i izolacija te štetna uporaba alkohola; tip III su kockari osjetljivi na gratifikaciju, odnosno na nagrađivanje, imaju visoko naglašenu impulzivnost i traženje uzbuđenja, ali bez psihopatoloških simptoma i tip IV kojeg čine visoko funkcionalni kockari koji imaju adaptivni model ličnosti te nisku razinu štetne upotrebe psihoaktivnih tvari, alkohola ili pušenja te nemaju psihopatoloških simptoma.

S obzirom na recentnu reklasifikaciju patološkog kockanja, nedostaje empirijskih studija koje bi se usmjeravale na specifične značajke ličnosti i njihov utjecaj na razvoj ovisnosti kod kockara, no prema dosadašnjim istraživanjima može se zaključiti kako su ovisnici o kockanju heterogena populacija pacijenata, s različitim stupnjevima patologije i konfiguracije ličnosti te da, jednako kao što nije održiv konstrukt „alkoholičarske ličnosti“, ne postoji niti „kockarska ličnost“ (128,124).

Zaključno se može reći kako su istraživanja pokazala da iako ne postoji „ovisnička ličnost“ i u jednoj i u drugoj skupini ovisnika postoje određeni simptomi psihopatologije koji se registriraju češće nego u općoj populaciji, određene karakterne crte te specifični načini reagiranja i percipiranja stresnih situacija koje ćemo detaljnije analizirati u narednim poglavljima. Bolje poznavanje ovih odrednica psihičkog funkcioniranja može dati adekvatniju komparaciju ove dvije skupine ovisnika jednako kao i ukazati na elemente koji su specifični za svaku podskupinu što može imati značajne kliničke i terapijske implikacije.

1.4.1. Depresivnost i anksioznost

Ovisnost o alkoholu i komorbiditetni psihički poremećaji

Ovisnost o alkoholu rijetko postoji kao samostalni zdravstveni problem pa je unutar populacije ovisnika o alkoholu česta pojava komorbiditeta, odnosno istovremenog pojavljivanja alkoholizma i drugih psihičkih poremećaja, što ima značajan utjecaj na klinički tijek, terapijski ishod i rehabilitaciju alkoholičara. Prema različitim istraživanjima, 30-75% ovisnika o alkoholu pati i od dodatnih psihičkih poremećaja, što je značajno više u odnosu na prevalenciju psihičkih bolesti u općoj populaciji koja u prosjeku iznosi 15-20% (129-132). Pokazano je i da više od 30% bolesnika s dijagnozom nekog drugog psihičkog poremećaja također zadovoljava kriterije za štetnu uporabu ili ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, uključujući alkohol (133).

Više je autora psihijatrijske bolesti najčešće povezane s alkoholizmom podijelilo na internalizirajuće poremećaje (depresivni poremećaj, anksiozni poremećaji) te na eksternalizirajuće poremećaje poput antisocijalnog poremećaja ličnosti ili ADHD-a (134,135). Krausz (136) pak razlikuje četiri oblika komorbiditeta ili dualne dijagnoze koja uključuje ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima:

1. primarnu dijagnozu psihičkog poremećaja s kasnijom (dualnom) dijagnozom ovisnosti koja dodatno negativno utječe na psihičko funkcioniranje,
2. primarnu dijagnozu ovisnosti s psihijatrijskim komplikacijama koje dovode do psihičkog poremećaja,
3. istovremeno pojavljivanje i dijagnosticiranje ovisnosti i psihičkog poremećaja i
4. dualnu dijagnozu ovisnosti i poremećaja raspoloženja kao posljedicu podliježećeg traumatskog iskustva, kao kod posttraumatskog stresnog poremećaja.

Komorbiditetni anksiozni i depresivni poremećaji imaju važnu ulogu i u tipologiji alkoholizma pa se tako primjenom Cloningerova (53) modela ličnosti na alkoholom uzrokovane poremećaje razlikuju dva tipa alkoholičara: tip I koje karakterizira kasni razvoj ovisnosti, perfekcionizam, anksioznost, rigidnost, strpljivost, emocionalna ovisnost, a dimenzije temperamenta su postavljene na način da je izraženo izbjegavanje štete i ovisnost o nagrađivanju te je snižena komponenta koja se odnosi na traženje novih iskustava, i tip II koji karakterizira rani početak ovisnosti, povezanost s antisocijalnim poremećajem ličnosti,

agresivnost, impulzivnost, česta obiteljska povijest alkoholizma te u dimenzijama temperamenta izraženo traženje novih iskustava a niska ovisnost o nagradi i izbjegavanje štete. Korištenjem ovih modela Prescott i suradnici (137) pokazali su izraženiju genetsku predispoziciju kod alkoholom uzrokovanih poremećaja u komorbiditetu s internalizirajućim poremećajima (depresivni poremećaj, anksioznost). Veliki broj tipoloških klasifikacija ovisnika o alkoholu pokazao je dva osnovna koncepta odnosno puta koji vode razvoju ovisnosti o alkoholu. Jedan je razvoj ovisnosti kod osoba s eksternalizirajućim ponašanjem za koje se pretpostavlja kako imaju veću vjerojatnost eksperimentalnog uzimanja psihoaktivnih tvari te koji imaju manju sposobnost odgode gratifikacije ili nošenja s pozitivnim stimulusima, a drugi je razvoj ovisnosti kod osoba s internalizirajućim ponašanjem za koje se pretpostavlja konzumacija psihoaktivnih tvari s ciljem automedikacije podliježećih afektivnih poremećaja (138, 139).

Ovisnost o alkoholu i anksiozni poremećaji

Komorbiditet anksioznih poremećaja s ovisnostima o alkoholu i psihoaktivnim tvarima pokazuje visoku prevalenciju, kako u općoj, tako i u kliničkoj populaciji (140). Podaci iz NESARC epidemiološkog istraživanja o alkoholizmu i njegovim komplikacijama koje je provedeno na uzorku od 43093 odrasle osobe u SAD-u pokazalo je kako je 12-mjesečna prevalencija bilo kojeg oblika ovisnosti među osobama koje boluju od anksioznog poremećaja iznosila 15% (129). Istraživanje koje je provedeno u Francuskoj, u općoj populaciji na također velikom uzorku od 36105 osoba pokazalo je kako je prevalencija zloupotrebe alkohola bila 7.1% kod osoba koje boluju od agorafobije, 6.5% kod oboljelih od paničnog poremećaja, 4.9% kod oboljelih od socijalne fobije i 3,6% kod oboljelih od generaliziranog anksioznog poremećaja (141).

Postoji nekoliko hipoteza kojima se nastojalo objasniti povezanost ovisnosti o alkoholu i PAT i anksioznih poremećaja. Jedna od najpoznatijih je hipoteza o automedikaciji prema kojoj pojava anksioznog poremećaja može biti izravni prediktor ovisničkog ponašanja, budući da oboljeli koriste alkohol s ciljem „liječenja“ anksioznih simptoma. Automedikacija alkoholom se tumači njegovim neurofiziološkim djelovanjem, s obzirom na to da alkohol kao modulator SŽS-a izaziva somnolenciju i smanjenu neuralnu aktivnost poput sedativa odnosno anksiolitika (142, 143,49). Prema drugoj etiološkoj hipotezi kronična upotreba alkohola te

osobito razvoj apstinencijskih smetnji mogu dugoročno djelovati kao rizični čimbenik za razvoj anksioznih poremećaja, što se objašnjava time da iako alkohol kratkoročno djeluje kao brz i učinkovit anksiolitik, on dugoročno može povećati razinu anksioznosti, stvarajući time začarani krug između pijenja i anksioznih simptoma (143). U istraživanju koje su proveli Kushner i suradnici (144) registrirano je kako su kod socijalne fobije i paničnog poremećaja anksiozni simptomi posljedica automedikacije alkoholom, dok su kod generaliziranog anksioznog poremećaja simptomi posljedica patološke konzumacije alkohola. Petrie (145) pak navodi tipologiju ovisnosti o alkoholu prema podliježećoj anksioznosti te je opisao ulogu alkohola u moduliranju stimulusa koja je alkoholičarima potrebna budući da imaju urođenu tendenciju augmentacije vanjskog stimulusa koji potom na njih djeluje još jačim intenzitetom. Bez alkohola ovi bi stimulusi bili previše bolni ili anksiojeni da bi ih mogli tolerirati. Za razliku od njega, Sher i Levenson (146) su pokazali kako alkohol ne dovodi do redukcije anksioznosti kod svih alkoholičara, nego samo kod određenih podskupina ovisnika o alkoholu. Prema trećoj hipotezi povezanost anksioznih poremećaja i alkoholizma tumači se postojanjem neovisnog posredujućeg čimbenika, a ne izravnom uzročnom povezanosti. Ovdje se navodi uloga genetskih i okolinskih čimbenika (poput zlostavljanja u primarnoj obitelji) koji bi mogli pridonositi razvoju oba poremećaja (147). Istraživanje koje su proveli Marquenie i sur. (148) pokazalo je kako bi traumatski događaji u djetinjstvu mogli biti barem djelomično odgovorni za povezanost anksioznog poremećaja i alkoholizma u odrasloj dobi. U istraživanju Smitha i Randalla (149) navodi se kako posredujući čimbenici mogu biti i određene crte ličnosti, poput osjetljivosti na anksioznost. Naveli su kako osobe koje imaju visoku razinu osjetljivosti na anksioznost, a nemaju dijagnosticiran anksiozni poremećaj, imaju veću vjerojatnost da kasnije u životu razviju oba poremećaja, i ovisnost o alkoholu i anksiozni poremećaj.

Ovisnost o alkoholu i afektivni poremećaji

Osim anksioznih poremećaja dugo je istraživana i suodnos ovisnosti o alkoholu i afektivnih poremećaja, osobito depresivnog poremećaja. Veliki je broj studija koje su provedene na uzorku ovisnika o alkoholu ili PAT koji su potražili stručnu pomoć (što podrazumijeva i veći intenzitet bolesti) pokazao prevalenciju velikog depresivnog poremećaja u rasponu od 15-50%, što čini depresiju najčešćim psihijatrijskim komorbiditetom u ovoj populaciji pacijenata (129,135,150,151). Usporedbe radi, istraživanja provedena u općoj populaciji pokazala su

doživotnu prevalenciju depresivnog poremećaja od oko 10% ili više (151). Kada je riječ o etiopatogenetskoj povezanosti alkoholizma i depresivnog poremećaja istraživačka pitanja su najčešće išla u smjeru detektiranja radi li se o depresivnim simptomima koji su posljedica kronične konzumacije alkohola pa će samim time i nestati uspostavom apstinencije, radi li se o depresivnim simptomima koji postoje kao neovisni psihički poremećaj ili se radi o kombinaciji ova dva modaliteta. Među prvim radovima koji su se bavili ovom problematikom je rad Woodruffa i suradnika (152) koji razlikuju primarnu depresiju od sekundarnog depresivnog poremećaja koji se javlja kao posljedica alkoholizma, što ima značajne prognostičke i terapijske implikacije. Kada pak govorimo o rizičnim čimbenicima za razvoj sekundarne depresije kod primarnih alkoholičara, Yates i suradnici (153) su kao rizične čimbenike detektirali: psihoorgansko oštećenje, pozitivnu obiteljsku anamnezu na depresivni poremećaj, upotrebu više psihoaktivnih tvari ili politoksikomaniju te česte probleme vezane za zlouporabu alkohola. Oni koriste naziv organski afektivni poremećaj, objašnjavajući time utjecaj konzumacije alkohola, ali i apstinencijskih smetnji koje se mogu preklapati s kliničkom slikom depresivnog poremećaja. Winocur i suradnici (154) su pak zaključili kako konzumacija psihoaktivnih tvari, pa tako i alkohola, može inducirati raniji razvoj bipolarnog I poremećaja u osoba u kojih postoji genetska predispozicija za maniju.

Pojavnost depresivne i anksiozne simptomatike kod ovisnika o alkoholu pokazuje i određene spolne specifičnosti pa je tako više istraživanja pokazalo kako depresivna i anksiozna simptomatika predstavljaju važniji predisponirajući čimbenik za razvoj ovisnosti o alkoholu kod žena nego kod muškaraca (155, 156).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi važno je rano prepoznavanje podliježeće ili reaktivne depresivne, odnosno anksiozne simptomatike te adekvatno liječenje jer u suprotnom intenziviranjem ove simptomatike po uspostavi apstinencije od alkohola postoji mogućnost od reaktiviranja pijenja, odnosno ponovne automedikacije alkoholom.

Depresivnost i anksioznost kod ovisnika o kockanju

Depresivnost i anksioznost, odnosno dijagnostički entiteti iz skupine afektivnih poremećaja i iz skupine anksioznih poremećaja, učestalo se pojavljuju kod problematičnih kockara i kod ovisnika o kockanju. Dosadašnja istraživanja pokazala su kako se, jednako kao kod ovisnika o alkoholu, o anksioznim i depresivnim poremećajima može govoriti kao o komorbiditetnim

psihičkim stanjima, o simptomatici koja prethodi kockanju, podržava kockanje ili se javlja reaktivno, kao rezultat nagomilanih psihosocijalnih i financijskih posljedica kockanja (3, 157).

Pojavljivanje depresivne i anksiozne simptomatike kao dijela premorbidne strukture ličnosti kockara ne iznenađuje s obzirom na to da se samo kockanje u literaturi opisuje kao moćno sredstvo za otklanjanje napetosti, tjeskobe i unutarnjeg nemira. No, unatoč tome, prema dosadašnjem kliničkom iskustvu i provedenim istraživanjima, anksioznost i depresivnost kod ovisnika o kockanju su najčešće ipak posljedica, a ne uzrok kockanja te se navodi kako kockanje kratkoročno može reducirati ili potpuno otkloniti neurotsku anksioznost i depresivnost, no da ih dugoročno produbljuje i izaziva i kod onih osoba koje od njih nisu patile ranije (7). Provedene longitudinalne prospektivne studije, koje su osobito korisne u utvrđivanju vremenskog slijeda nastanka poremećaja, pokazale su kako je ovisnost o kockanju nedvojbeno povezana s kasnijim razvojem novih psihijatrijskih poremećaja i to afektivnih, anksioznih i poremećaja vezanih uz upotrebu psihoaktivnih tvari. Pokazano je i kako je rizik razvoja ovih poremećaja u izravnoj korelaciji s intenzitetom problematičnog kockanja, odnosno da je veća vjerojatnost razvoja ovih komorbiditeta kod ovisnika o kockanju nego kod problemskih ili društvenih kockara (158,159).

Prema novijim epidemiološkim studijama više od 50 % ovisnika o kockanju tijekom života razvije poremećaj raspoloženja i preko 40 % njih razvije anksiozni poremećaj (3). U studiji koju je provela Myrseth sa suradnicima (124) MMPI-2 upitnikom, kod patoloških kockara koji su se javili na liječenje, registrirane su visoke vrijednosti na skali depresivnosti i psihopatske devijacije te su kod polovice kockara koji su potražili pomoć registrirani simptomi depresije, a kod 45 % patoloških kockara simptomi anksioznosti. Ovako izražena depresivnost povezana je s nedostatkom projekcije u budućnost te s pesimističnim stavom vezano za prevladavanje problema i vezano za razvoj bolje odnosno adekvatnije prilagodbe na frustrirajući realitet. U ranije provedenim studijama pokazano je kako je životna prevalencija poremećaja raspoloženja kod patoloških kockara još i veća, pa tako Black sa suradnicima (160) navodi kako 60-70% patoloških kockara razvije poremećaj raspoloženja, dok je prevalencija anksioznih poremećaja 16-40 %. Cunningham-Williams i suradnici (161) pokazali su pak kako patološki kockari imaju tri puta veću vjerojatnost razviti komorbidni poremećaj raspoloženja poput velikog depresivnog poremećaja i distimije u odnosu na osobe koje nemaju problema s kockanjem. U odnosu na prevalenciju anksioznih i depresivnih

poremećaja kod patoloških kockara, dosadašnja su istraživanja pokazala kako je vjerojatnost razvoja velike depresivne epizode u općoj populaciji oko 17% te da je oko 17 % osoba u dosadašnjem tijeku života patilo od jednog oblika anksioznog poremećaja (162, 163).

Kada se govori o etiološkim implikacijama depresivne i anksiozne simptomatike, u ranijim studijama je često predlagan model prema kojemu je kockanje opisivano kao oblik bijega od depresivnosti, anksioznosti, beznađa i krivnje (164,165). Alternativna interpretacija pojave ove simptomatike bila je da ljudi postaju depresivni, zabrinuti, anksiozni zbog kumuliranih negativnih posljedica kockanja (2). U modelu puteva Blaszczynskog i Nowerove (60), uz bihevioralno uvjetovane i antisocijalne-impulzivne problematične kockare, postoje emocionalno ranjivi problematični kockari koje karakterizira visoka razine premorbidne psihopatologije u smislu depresivnosti i anksioznosti. U ovoj skupini kockara depresivnost i anksioznost prethode razvoju problema s kockanjem, a pojava samog kockanja se tumači kao način nošenja s negativnim odnosno averzivnim afektivnim stanjima, odnosno kao automedikacija. Smatra se kako povezanosti afektivnih poremećaja i kockanja u skupini emocionalno ranjivih kockara doprinosi i biološka vulnerabilnost poput serotoninergičke i noradrenergičke disfunkcije što može utjecati i na vrijeme potrebno za postizanje stabilne apstinencije, a samim time i na reguliranje reaktivno promijenjenog psihičkog funkcioniranja (166). U skladu s navedenim, Blaszczynski i Nowerova (60) smatraju kako su emocionalno vulnerabilni kockari rezistentniji na bihevioralne terapijske metode za razliku od bihevioralno uvjetovanih kockara te da bi kod njih terapijske intervencije trebale biti usmjerene u dva smjera: na liječenje poremećaja raspoloženja te na liječenje ovisnosti o kockanju. Blaszczynski i suradnici (167) su podijelili kockare u dvije podkategorije i prema načinu na koji se kockari odnose prema anksioznosti i disforiji. Opisuju osobe koje nazivaju umanjivačima (engl. *reducers*) koji imaju visoku razinu anksioznosti te koji sukladno tome biraju tehnički nezahtjevnije kockarske aktivnosti s ciljem sužavanja fokusa pozornosti i postizanja stanja disocijacije, dok pojačivači (engl. *augmenters*) odabiru tehnički zahtjevnije igre s ciljem prevladavanja stanja disforije. Za klasifikaciju odnosno subtipizaciju patoloških kockara korišteni su i psihometrijski upitnici, pa tako Graham i Lowenfeld opisuju depresivno reaktivnu kockarsku ličnost primjenom MMPI-2 psihometrijskog testa, dok McCormick te Castellani i Rugle opisuju kronično distimičnu podskupinu s depresogenim kognitivnim stilom te mu daju prognostičku važnost za pojavu relapsa. Istraživanja su također pokazala

kako depresivni ovisnici o kockanju češće odabiru oblike igre koji su socijalno izolirajući, repetitivni i monotoni s ciljem moduliranja i modificiranja afektivnog stanja (12,123,168).

S obzirom na učestalo pojavljivanje anksioznih te osobito depresivnih poremećaja kao komorbidnih psihičkih poremećaja kod patoloških kockara, ne iznenađuje i visoka pojavnost suicida u ovoj populaciji. Studija koju su proveli Chaput i suradnici (169) pokazala je kako 80% ovisnika o kockanju ozbiljno pomišlja na samoubojstvo, a oko 15% njih je pokušalo suicid ili ga je počinilo. Ranije istraživanje koje su proveli Potenza i suradnici (170) pokazalo je kako 20% patoloških kockara počini suicid, dok su rezultati istraživanja Nacionalnog vijeća za problemsko i patološko kockanje u SAD-u iz 1997. godine (171) pokazali kako patološki kockari imaju najveću učestalost suicidalnih ideacija i pokušaja suicida unutar skupine koju čine svi ovisnici. Istraživanja su također pokazala kako patološki kockari koji su razmišljali o samoubojstvu ili su ga pokušali imaju veći broj psihijatrijskih komplikacija, osobito depresije i zloupotrebe psihoaktivnih tvari. U odnosu na kockare koji nisu pokušali suicid, kod suicidalnih kockara kockanje obično počinje u ranijoj dobi, imaju izraženije financijske posljedice kockanja, maritalne probleme, uključeni su u ilegalne aktivnosti te postoji pozitivna obiteljska anamneza na ovisnosti (172,173).

Povezanost kockanja s depresivnim i anksioznim simptomima ima također i spolne specifičnosti. Pregledom i analizom dostupne literature Marks i Lesieur (174) pokazali su kako se žene ovisnice o kockanju razlikuju od muškaraca ovisnika o kockanju u odnosu na manifestiranje psihološkog distresa. U studiji koju su Getty i suradnici (175) proveli među članovima anonimnih ovisnika o kockanju rezultati su pokazali kako je među članovima bila veća razina depresivnosti u odnosu na kontrolnu skupinu te da su depresivni simptomi bili izraženiji kod žena nego kod muškaraca. Osim izraženije depresivne simptomatike kod žena, postoji i veća pojavnost suicidalnih ideacija, što je pokazalo istraživanje provedeno u Kini o spolnim razlikama među problemskim kockarima koji su se prijavili na liječenje (176).

Pojava anksiozne, odnosno depresivne simptomatike, osim što je učestala, ima i značajan utjecaj na klinički tijek ovisnosti o kockanju, na uspostavu apstinencije te na rehabilitaciju kockara. Više je istraživanja pokazalo kako je postojanje komorbiditetnih psihičkih poremećaja kod ovisnika o kockanju koji se javljaju na liječenje povezano s intenzitetom problema uzrokovanih kockanjem, kumuliranim posljedicama kockanja, impulzivnošću i drugim psihosocijalnim poteškoćama (177-179). Pojava psihijatrijskih komorbiditeta utječe i na terapijsku suradljivost, na uspjeh liječenja, na vjerojatnost razvoja relapsa i na broj

terapijskih pokušaja (177,180). Kada je riječ o terapijskim implikacijama, klinička iskustva i dostupna literatura pokazali su da liječenje komorbiditetnog psihičkog poremećaja olakšava liječenje ovisnosti o kockanju, ali i da uspostava stabilne apstinencije od kockanja smanjuje intenzitet komorbiditetne simptomatike što u konačnici olakšava i terapijski proces te se navodi kako je najoptimalniji integrirani terapijski pristup oba poremećaja (7). Pravovremeno prepoznavanje subpopulacije pacijenata detektiranjem komorbiditeta može dati značajan doprinos u provođenju personaliziranog terapijskog pristupa kojim bi se povećala terapijska učinkovitost, zadovoljstvo i suradljivost samog bolesnika te smanjila učestalost relapsa i troškova liječenja (181, 182).

1.4.2. Impulzivnost

Impulzivnost ovisnika o alkoholu

U području alkoholizma više je istraživanja koja kao jedno od najvažnijih aspekata razvoja i održavanja ovisnosti naglašavaju impulzivnost. Impulzivnost kao crta osobnosti je tako dio multidimenzionalnih tipologija alkoholizma gdje Babor i suradnici opisuju alkoholizam tipa A (54), dok Cloninger i suradnici opisuju alkoholizam tipa II (53).

Konsumacija alkohola i ostalih psihoaktivnih tvari često se opisuje kao potreba za trenutnom gratifikacijom odnosno nagrađivanjem, pa tako Ainslie (183) opisuje impulzivnost kao izbor kratkotrajnog i trenutnog dobitka u smislu izravnih farmakoloških učinaka psihoaktivne tvari na račun većeg, dugoročnog gubitka koji može obuhvaćati intersocijalne relacije, somatski status i sl. Kada govorimo o gratifikaciji, odnosno osjetljivosti na nagradu, Dawe i Loxton (184) naglašavaju dvije dimenzije impulzivnosti koje su povezane sa zloupotrebom psihoaktivnih tvari, a to su osjetljivost na nagradu i nepromišljena impulzivnost.

Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze sindroma ovisnosti o alkoholu u određenoj mjeri se preklapaju s elementima definicije impulzivnosti. Kognitivna impulzivnost bi se u skladu s tim mogla odnositi na dijagnostički kriterij nastavljanja s pijenjem alkohola unatoč jasnim dokazima o štetnim posljedicama, što znači da ovisnik o alkoholu ima oštećen mentalni proces odlučivanja te da se u tom slučaju odluke donose bez uzimanja u obzir i razmatranja negativnih posljedica određene odluke. Dijagnostički kriterij koji se odnosi na poteškoće u samosvladavanju ako osoba pokušava prestati piti ili u kontroli popijenog alkohola bi se odnosio pak na bihevioralnu impulzivnost (9).

Puno je čimbenika koji upućuju na povezanost ovisnosti o alkoholu i impulzivnosti. Impulzivnost, bez obzira na tip, jednako kao i neki drugi čimbenici poput depresivnosti, opisuju se kako važan rizični čimbenik za pojavu relapsa kod ovisnika o alkoholu (185,186). Poling i suradnici (187) pokazali su kako pojava depresije kao heterotipnog komorbiditeta kod ovisnika o alkoholu povećava rizik od razvoja recidiva dok impulzivnost predstavlja značajan prediktor reakcije pacijenta na terapijski protokol. Međuodnos intenziteta depresivnih simptoma i impulzivnosti istraživali su Jakubczyk i suradnici (188) te su utvrdili kako postoji značajna povezanost između izraženosti depresivnih simptoma i impulzivnosti, no korelacija je postojala samo u odnosu na kognitivnu impulzivnost, odnosno izraženija je bila u slučaju impulzivnog odlučivanja u odnosu na impulzivno ponašanje. Kognitivna

impulzivnost je također povezana s emotivnom žudnjom prema alkoholu u istraživanju koje su proveli Joos i suradnici (189), a povezanost je izraženija u osoba koje imaju teži stupanj ovisnosti o alkoholu.

Istraživanja psihosocijalnih prediktora impulzivnosti kod ovisnika o alkoholu pokazala su kako su nedostatak edukacije i socijalne potpore, teška ekonomska situacija, iskustvo seksualnog ili fizičkog zlostavljanja prije 18. godine potencijalni korelati impulzivnosti, pri čemu je većina čimbenika bila povezana s kognitivnom impulzivnosti. U slučaju bihevioralne impulzivnosti kod ovisnika o alkoholu pokazano je kako je puno izraženiji genetski utjecaj, dok je kod kognitivne impulzivnosti izraženiji psihosocijalni utjecaj te utjecaj demografskih čimbenika (190).

Caspi i suradnici (191) pokazali su kako kod ovisnika o alkoholu postoji ne samo povišena razina impulzivnosti, nego i da je impulzivnost kao crta osobnosti prisutna prije razvoje pune ovisnosti o alkoholu. Dom i suradnici (192) su istraživali korelaciju između impulzivnosti i dobi u kojoj se započne s konzumacijom alkohola te su utvrdili kako je kod osoba koje su ranije započele s konzumacijom alkohola impulzivnost kao crta ličnosti izraženija u odnosu na osobe koje su s konzumacijom alkohola započele u kasnijoj životnoj dobi, odnosno dob početka uzimanja alkohola obrnuto je razmjerna razini impulzivnosti.

Impulzivnost je također značajan rizični čimbenik za razvoj suicidalnog ponašanja (193). Istraživanja su pokazala kako je doživotni rizik pokušaja suicida kod ovisnika o alkoholu oko 7 %, a da je oko 70 % ovih pokušaja bilo impulzivno (194).

Istraživanja o utjecaju impulzivnosti na razvoj ovisničkog ponašanja osobito su bila fokusirana na mlađu populaciju pa je tako veliki broj longitudinalnih i cross-section studija pokazao kako u mlađih osoba koje imaju izraženo impulzivno ponašanje postoji veća vjerojatnost za eksperimentiranje s psihoaktivnim tvarima, odnosno za razvoj ovisnosti i poremećaja vezanih uz korištenje psihoaktivnih tvari. Sher i Trull (195) su utvrdili kako je bihevioralna disinhibicija, koju opisuju standardizirani upitnici ličnosti koji se primjenjuju u psihologijskim ispitivanjima, imala prognostičku vrijednost u razvoju poremećaja vezanih uz korištenje alkohola i drugih psihoaktivnih tvari šest godina nakon istraživanja u uzorku od 457 mlađih odraslih osoba. Kirisci i suradnici (196) proveli su longitudinalnu studiju kojom su pokazali kako je „neurobihevioralna disinhibicija“ koja se registrirala u djetinjstvu bila pouzdan prognostički pokazatelj za razvoj poremećaja uzrokovanog psihoaktivnim tvarima u dobi od 22 godine.

Ranije navedena istraživanja, ali i dosadašnje kliničko iskustvo, pokazali su kako impulzivnost, i to osobito kognitivna komponenta, ima značajnu ulogu u kliničkom tijeku ovisnosti o alkoholu djelujući na oporavak i rehabilitaciju alkoholičara, ali i kao važan prognostički čimbenik za razvoj recidiva pijenja.

Impulzivnost ovisnika o kockanju

Impulzivnost ima važnu ulogu u razvoju, kliničkom tijeku te u rehabilitaciji ovisnika o kockanju čemu u prilog govori i činjenica da je patološko kockanje u dosadašnjim klasifikacijama dugo bilo opisivano kao poremećaj kontrole impulsa. U istraživanju koje je proveo Nacionalni institut za zdravlje i medicinska istraživanja u Francuskoj analizirano je oko 40 studija koje su imale za cilj analiziranje povezanosti između problema s kockanjem i impulzivnosti. Veliki je broj ovih studija pokazao kako među patološkim kockarima postoji značajna razina impulzivnosti u odnosu na kontrolnu skupinu te da postoji pozitivna korelacija između razine impulzivnosti i intenziteta same ovisnosti o kockanju (197).

S povećanjem kliničkog iskustva rasla je i svjesnost o tome da patološki kockari nisu homogena populacija te kako među njima postoje određene podskupine koje imaju svoje specifičnosti koje mogu biti važne za adekvatni terapijski pristup. U kreiranju klasifikacija patoloških kockara impulzivnost, odnosno vrste i intenzitet impulzivnosti, imali su značajnu ulogu. McCormick (168) je tako opisao hiperaktivni podtip patoloških kockara kao one koji imaju osjećaj kronične nedovoljne stimuliranosti te koji su u konstantnoj potrazi za smanjenjem osjećaja neispunjenosti i nestrukturiranosti, odnosno dosade. Istu su populaciju kockara Rosenthal i Lesieur (198) označili kao one koji stalno traže akciju (eng. *action seekers*) te ih opisuju kao hiperaktivne, impulzivne, nedostatnih kapaciteta za podnošenje emotivnih tenzija, hipomane te u stalnoj intrapsihičkoj tenziji. U ovoj podskupini patoloških kockara osobit je naglasak na pojavnosti kronične dosade te ulozi kockanja u nošenju s kroničnim doživljajem neispunjene i nestrukturirane svakodnevice pri čemu se sukladno navedenom bira i oblik kockanja pa su kod ove podskupine najčešće igre koje su tehnički zahtjevne, kompetitivne, s velikim ulozima i mogućim isplatama. U kasnijim istraživanjima Lesieur (199) je analizirao patološke kockare na bolničkom liječenju koristeći upitnike kojima je procjenjivao u prvom redu impulzivnost, a potom intenzitet kockanja, traženje uzbuđenja,

depresivnost, anksioznost te disocijaciju. Na osnovu provedenog istraživanja identificirao je tri podtipa patoloških kockara:

1. „normalni“ patološki kockari koji su imali relativno malo psihopatoloških simptoma, izuzev kockanja,
2. umjereno impulzivni kockari u stalnoj potrazi za akcijom (engl. *moderately impulsive action seekers*) kod kojih je detektirana umjerena razina impulzivnosti i psihopatologije, ranija dob početka kockanja te viša razina narcističkih crta ličnosti i s narcizmom povezanim osjećajem moći u kontekstu kockanja i
3. impulzivni kockari u bijegu od negativnog afekta (eng. *impulsive escape seekers*) kod kojih je detektirana značajna razina impulzivnosti (u odnosu na ostale podtipove), veća razina depresivnosti i anksioznosti, a kockanje se tumači kao način bijega od averzivnih afektivnih stanja.

Određeni teorijski modeli kockanja, poput modela puteva Blaszczynskog i Nowerove (60), pridaju važnost impulzivnosti i impulzivnim crtama ličnosti kao predisponirajućim čimbenicima za razvoj ovisnosti o kockanju te definiraju poseban podtip ovisnika o kockanju kojeg nazivaju antisocijalni impulzivni tip, uz ranije definirane bihevioralno uvjetovane te emotivno vulnerabilne problematične kockare. Za ovaj tip kockara karakteristično je da još u ranoj dobi ulaze u veliki broj rizičnih ponašanja neovisno o samom kockanju, uključujući zloupotrebu psihoaktivnih tvari (osobito alkohola i politoksikomaniju), suicidalno i parasuicidalno ponašanje, imaju neadekvatne interpersonalne relacije, pozitivnu obiteljsku anamnezu za antisocijalno ponašanje i za alkoholom uzrokovane poremećaje, kockanje obično započinje u ranoj dobi te brzo eskalira u intenzitetu, prisutan je rani ulazak u kriminogena ponašanja koja su povezana s kockanjem, postoji slaba motiviranost za liječenje, slaba suradljivost te slab odgovor na bilo koju terapijsku intervenciju. Učinak impulzivnosti kod ovog tipa patoloških kockara je u interaktivnom procesu agraviran pod pritiskom i pod utjecajem negativnih emocija. Potporu za uvođenje podskupine antisocijalnih impulzivnih kockara Blaszczynski pronalazi u ranijem istraživanju koje je proveo sa Steelom (95) kada su istraživali povezanost između impulzivnosti, antisocijalnih obilježja i kockanja na uzorku od 115 kockara. Istraživanje je pokazalo značajnu korelaciju između razine psihološkog distresa s impulzivnosti i antisocijalnim obilježjima ličnosti te je pokazano kako patološki kockari s komorbiditetnom zloupotrebom psihoaktivnih tvari imaju izraženiju impulzivnost te izraženiji afektivni poremećaj, u odnosu na osobe koje imaju samo zloupotrebu psihoaktivnih tvari.

Slična ovoj skupini je i tzv. treći klaster kockara kojeg opisuju Gonzalez-Ibanez i suradnici (200) za koje navode kako se radi o osobama koje imaju veliki broj kockanjem uzrokovanih problema, izraženu impulzivnost, disinhibiciju te nisku toleranciju na dosadu u odnosu na druge kockare. Ulogu zlouporabe psihoaktivnih tvari i impulzivnosti u razvoju patološkog kockanja potvrdio je u svom istraživanju i Petry (201) te je opisao kako postoji značajna i pozitivna korelacija između ovih čimbenika.

Impulzivnost kockara s aspekta biološke predispozicije proučavali su Rugle i Melamed (202) provodeći neuropsihološka mjerenja poremećaja pažnje kod 33 patološka kockara muškog spola i na kontrolnoj skupini. Zaključili su kako postoje dokazi da određeni simptomi povezani s poremećajem pažnje, a koji mogu odražavati impulzivne crte ličnosti u ranoj dobi, mogu imati prediktivnu vrijednost za razvoj patološkog kockanja. Ovakva biološka vulnerabilnost može oslabiti bihevioralnu kontrolu ne samo vezano za kockanje nego i u ostalim područjima života, čime se ukazuje kako bi impulzivnost mogla postojati prije kockanja, da je neovisna o kockanju te da je dobar prediktivni čimbenik za određivanje intenziteta patološkog kockanja, barem u određenim podskupinama kockara.

Kada je riječ o izraženosti odnosno zastupljenosti određenih komponenti impulzivnosti kod patoloških kockara, osobito je zanimljivo istraživanje koje su proveli Whiteside i suradnici (203,204). Ovi istraživači su najprije strukturirali instrument za procjenu impulzivnosti, tzv. UPPS skalu bihevioralne impulzivnosti, koristeći ranije korištene upitnike za procjenu impulzivnosti i 5-faktorski teoretski model ličnosti. Ovaj instrument definira četiri komponente impulzivnosti:

1. brzopletost (engl. *urgency*) kao tendenciju razvijanja snažnih impulsa djelovanjem negativnih emocija,
2. razmišljanje unaprijed (eng. *premeditation*) koje se opisuje kao razmišljanje o posljedicama nekog čina prije započinjanja samog čina,
3. ustrajnost (odnosno nedostatak ustrajnosti) kao sposobnost dovršavanja određenog zadatka u uvjetima djelovanja distraktivnih stimulusa i
4. traženje uzbuđenja koje se opisuje kao tendencija upuštanja u aktivnosti čija je izvedba praćena visokom razinom uzbuđenja te otvorenost novim iskustvima koja mogu ili ne moraju biti opasna.

Validaciju upitnika autori su proveli na populaciji koju karakterizira visoka razina impulzivnosti, poput emocionalno nestabilnih poremećaja ličnosti, patoloških kockara te ovisnika o alkoholu, usporedno analizirajući kontrolnu skupinu. Simultana regresijska analiza pokazala je kako je brzopletost bila najkonzistentniji prediktor od sve četiri komponente, a multipla regresijska analiza pokazala je kako je brzopletost značajan prediktor patološkog kockanja. Cyders i Smith (205,206) analizirali su ulogu impulzivnosti u razvoju patološkog kockanja i bulimije nervoze, te su u svojim istraživanjima stavili naglasak na brzopletost. Razlikuju dva oblika brzopletosti, pozitivnu i negativnu, ovisno o tome da li osoba ulaskom u određenu aktivnost doživljava ugodne ili neugodne emocije. Istraživanje koje su proveli na populaciji studenata pokazalo je kako su pozitivna brzopletost, nedostatan planiranje i traženje uzbuđenja korelirali s kockarskim ponašanjem, no samo je pozitivna brzopletost opisana kao prediktivni čimbenik za intenziviranje kockarskih aktivnosti. Značajno ograničenje istraživanja je da su ispitanici bili najvećim djelom ženskog spola, dok je patološko kockanje češće kod muškaraca, zatim da među ispitanicima nije bilo moguće odrediti prevalenciju patološkog kockanja s obzirom da struktura istraživanja to nije omogućavala, te se nije moglo utvrditi da li na rezultate studije utječe intenzitet samog poremećaja. Michalczuk i suradnici (207) su u svojoj komparativnoj studiji zaključili kako je najveća razlika između patoloških kockara i zdrave kontrolne skupine bila u pozitivnoj i negativnoj brzopletosti. Navedene dvije skupine su se također značajno razlikovale u nedostatku planiranja i nedostatku ustrajnosti, dok nije bilo razlike u djelu koji se odnosio na traženje uzbuđenja.

Pojava impulzivnosti kod patoloških kockara istraživana je i s aspekta njenog utjecaja na ishod liječenja kod ovisnika uključenih u terapijski protokol. Više je provedenih studija pokazalo kako je među patološkim kockarima koji su uključeni u terapijski protokol impulzivnost značajan prediktivni čimbenik pojave relapsa te neuspjeha terapijskih intervencija (208, 209). Utjecaj kategorizacije patoloških kockara prema modelu puteva na ishod liječenja, ali i potencijalni negativni utjecaj impulzivnosti na terapijski odgovor, istraživali su Ledgerwood i Petry (210), te su u istraživanju ispitanike podijelili u sljedeće skupine:

1. sudionici koji imaju nisku razinu depresivnosti i anksioznosti, koji imaju manje izražen intenzitet bolesti te manje psihosocijalnih problema uzrokovanih kockanjem, poput bihevioralno uvjetovanih kockara,

2. sudionici koji imaju visoku razinu anksioznosti i depresivnosti, ali nisku razinu impulzivnosti (poput emocionalno vulnerabilnih kockara), imaju višu razinu registrirane psihopatologije od bihevioralno uvjetovanih kockara, pozitivnu obiteljsku anamnezu na psihičke poremećaje, ali imaju manje socijalnih posljedica kockanja u odnosu na ispitanike koji imaju visoku razinu impulzivnost i

3. sudionici koji imaju visoku razinu impulzivnosti, anksioznosti, depresivnosti, rani početak razvoja ovisnosti, pozitivnu obiteljsku anamnezu na ovisnosti ili psihičke poremećaje, elemente antisocijalnog poremećaja ličnosti, izražene socijalne posljedice kockanja (poput antisocijalnih impulzivnih kockara).

U skladu s modelom puteva, autori su pretpostavili kako će emocionalno vulnerabilni kockari imati dobar terapijski odgovor na individualnu kognitivno-bihevioralnu terapiju, no da će njihov oporavak biti sporiji u odnosu na bihevioralno uvjetovane kockare, dok su za antisocijalne impulzivne kockare pretpostavili kako će pokazati rezistentnost na primijenjene terapijske intervencije. Rezultati istraživanja pokazali su kako nije bilo razlike u terapijskom odgovoru između tri podskupine ovisnika koje su istraživali, odnosno da su se sve tri skupine oporavljale približno jednakom dinamikom.

Većina je provedenih studija o povezanosti impulzivnosti i patološkog kockanja pokazala kako tijekom inicijalne dijagnostičke obrade svakog ovisnika o kockanju treba razmišljati i o razini impulzivnosti u kliničkoj slici, s obzirom na to da je pokazano kako impulzivnost može imati značajne kliničke, prognostičke i terapijske reperkusije u radu s ovom skupinom pacijenata.

1.4.3. Suočavanje sa stresom

Podjela i definicije

U recentnoj stručnoj literaturi više je definicija suočavanja koja često imaju polazišta u različitim psihološkim teorijama, dimenzijama ličnosti ili uzimaju u obzir funkciju pojedinog načina suočavanja. Definicije koje imaju polazište u dimenzijama ličnosti reakcije svakog pojedinca opisuju kao trajne, odnosno ustaljene obrasce ponašanja koji ne ovise o stresnoj situaciji nego koji isključivo ovise o osobinama pojedinca. U skladu s tim, Carver i suradnici (211) govore o stilovima suočavanja kao o skupinama pojedinačnih strategija koje osoba

može fleksibilno koristiti u različitim situacijama, a dosljedno u sličnim stresnim situacijama. Opisuju kako su određeni stilovi povezani s određenim dimenzijama ličnosti poput introvertiranosti, anksioznosti i slično, no ta povezanost nije tolikog intenziteta da bi se moglo zaključiti kako određene dimenzije ili crte ličnosti uvjetuju odnosno razvijaju predispoziciju određenim stilovima suočavanja. Iz ranijeg istraživanja može se zaključiti kako je adekvatnije govoriti o predispoziciji za određene stilove suočavanja koji prate određene crte ličnosti pa su tako pokazali kako je problemima usmjereno suočavanje povezano s pozitivnim dimenzijama ličnosti, dok su pak emocijama usmjereno suočavanje i izbjegavanje, kao manje funkcionalni oblici suočavanja, slabije izraženi kod pozitivnih dimenzija ličnosti. Lazarus (212) suočavanje opisuje kao napor koji osoba ulaže s ciljem prevladavanja ili reduciranja, odnosno boljeg podnošenja endogenih ili egzogenih stresnih čimbenika koje doživljava nerazmjernim vlastitim sposobnostima. Napori koje osoba ulaže mogu biti kognitivni ili bihevioralni odnosno ponašajni.

Više je podjela načina suočavanja, ovisno o tome stavlja li se u prvi plan vrsta reakcija ili funkcija određenog načina suočavanja. S obzirom na vrstu reakcija postoje bihevioralne/kognitivne te aktivne/pasivne reakcije, a obzirom na funkciju postoje približavanje/izbjegavanje te reakcije usmjerene na simptom/uzrok (213). U svakodnevnoj kliničkoj i istraživačkoj praksi najčešće se koristi klasificiranje prema oba navedena kriterija. Lazarus i suradnici (212) su uveli podjelu suočavanja u odnosu na njegovu funkciju te razlikuju suočavanje usmjereno na rješavanje problema koji je generator stresa što nazivaju problemu usmjereno suočavanje i emocijama usmjereno suočavanje čija je funkcija redukcija odnosno postizanje adekvatnijeg emotivnog doživljavanja koje je izazvano stresnim čimbenikom. Opisuje se kako je problemu usmjereno ponašanje dominantni način reagiranja kada se procijeni da osoba može kontrolirati ishode događaja, a u ovaj tip suočavanja spadaju: traženje informacija, reinterpretacija, potiskivanje ostalih-ometajućih aktivnosti, prihvatanje i obuzdavanje suočavanja. Nasuprot tome, emocijama usmjereno suočavanje prevladava u onim situacijama kada osoba doživljava da nije u stanju kontrolirati određeni stresogeni događaj ili njegov ishod i u ovaj oblik suočavanja spadaju izražavanje osjećaja i socijalna potpora.

Uz ova dva oblika suočavanja Endler i Parker (214) uvode i treći modalitet koji se odnosi na suočavanje izbjegavanjem koje obuhvaća kognitivne, bihevioralne ili emocionalne pokušaje udaljavanja koje može ići u dva smjera, kao udaljavanje od samog stresora ili kao udaljavanje

od vlastitih reakcija, psihičkih ili somatskih, na stresor. U ovu kategoriju suočavanja svrstava se socijalna izolacija, potiskivanje emocija, maštanje, humor te autodestruktivno ponašanje. Važno je naglasiti kako u ovu kategoriju spada i prekomjerna konzumacija psihoaktivnih tvari koje svojim neurofarmakološkim djelovanjem omogućavaju provođenje ovog načina suočavanja.

Koliko je pojedina od navedenih strategija uspješna ovisi o više čimbenika te se pri tom najčešće navode značajke same stresne situacije (vrijeme pojavljivanja, primjenljivost situacije), obilježja ličnosti i kriteriji uspješnosti suočavanja. Istraživanja su pokazala kako je u inicijalnoj fazi stresnog događaja adekvatnije koristiti suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje stresnog događaja, dok je problemu usmjereno suočavanje korisnije kada se korisnost procjenjuje dugoročno odnosno kada se analiziraju dugoročne posljedice (215).

Važnost vještina suočavanja u etiopatogenezi ovisnosti osobito je naglašena u biopsihosocijalnom modelu ovisnosti koji razvoj ovisnosti tumači međudjelovanjem više etioloških čimbenika u razvoju ovisnosti, pri čemu vještine suočavanja čine najvažiji dio psihološke sastavnice ovog modela. U skladu s ovim modelom, na potencijalni rizik za razvoj ovisnosti utječe s jedne strane intenzitet stresogenosti određene situacije za pojedinca, a s druge strane adekvatna diferencijacija mehanizama obrane za suočavanje s takvim stresogenim situacijama (216).

Suočavanje ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju

U recentnoj literaturi veliki je broj empirijskih istraživanja s ciljem dodatnog definiranja etiopatologije ovisnosti pa tako i ovisnosti o alkoholu i kockanju. U istraživanjima se nastoji definirati, odnosno pozicionirati uloga stresa, ali i intenzitet stresa koji prethodni razvoju ovisnosti te se može reći kako rezultati istraživanja pokazuju konzistentnu povezanost između izloženosti stresogenim događajima i razvoja ovisnosti. Wills (217) je na uzorku kojeg su činili učenici osnovne škole pokazao kako stresogena iskustva imaju kumulativan učinak te da su pouzdan prediktor konzumiranja psihoaktivnih tvari kasnije u životu. Pokazao je kako je kod adolescenata koji su bili izloženi velikoj količini egzogenih stresnih čimbenika veća vjerojatnost konzumacije alkohola, cigareta, marihuane te kasnije opijata.

Moos i suradnici (218) u svojem istraživanju o oblicima suočavanja s ciljem određivanja dobre i loše prilagodbe opisuju kako su samookrivljavanje, izolacija afekta i pasivnost negativno povezane s dobrom prilagodbom, dok su strategije suočavanja koje sadrže logičku

analizu, traženje informacija ili akcije usmjerene na rješavanje problema pozitivno povezane s dobrom prilagodbom te predstavljaju zaštitnički čimbenik za konzumaciju droga. Na primjeru alkoholičara starije dobi zaključili su kako oni češće koriste strategije kognitivnog i ponašajnog izbjegavanja u odnosu na nealkoholičare te su registrirali pozitivnu povezanost između strategija usmjerenih na problem i redukcije depresivne simptomatike. Cooper i suradnici (219) proučavali su povezanost između očekivanja koje osoba ima od alkohola odnosno od učinaka alkohola u stresnim situacijama. Zaključili su kako osobe koje imaju pozitivna očekivanja u vezi s alkoholom te kod kojih dominira izbjegavanje kao način suočavanja u stresnim situacijama postoji i veća vjerojatnost konzumacije alkohola s ciljem suočavanja s problemom te se navodi kako je stres vrlo značajan prediktor zlouporabe alkohola kod osoba koje najčešće koriste suočavanje izbjegavanjem.

Kada je riječ o ovisnosti o kockanju, više je istraživanja posljednjih godina nastojalo definirati ulogu suočavanja u razvoju najprije problemskog a potom i patološkog kockanja odnosno ovisnosti o kockanju. Sharp i Tarrier (220) u svom istraživanju navode kako bi suočavanje moglo biti najvažniji čimbenik za razlikovanje kockara koji imaju kontrolu nad kockanjem od onih koji su izgubili kontrolu. Gupta i suradnici te Nower i suradnici (221,222) su na uzorku adolescenata kockara pokazali kako je u ovoj populaciji češće korištenje emocijama usmjerenog suočavanja, izbjegavanje i distrakcija. Također su pokazali kako je kod muškog spola češće suočavanje izbjegavanjem, dok je kod ženskog spola češće korištenje manje aktivnih oblika suočavanja te oblika koji su manje usmjereni na rješavanje problema. Zaključak navedenih studija je da uspješnost suočavanja ima značajnu ulogu u intenzitetu kockanja u mlađoj populaciji. Lightsey i suradnici (223) istraživali su pak povezanost između impulzivnosti i stresa, stresa i kockanja te imaju li impulzivne osobe koje koriste izbjegavanje ili emocijama usmjereno suočavanje u visoko stresnim situacijama veću vjerojatnost kockanja. Rezultati su pokazali kako kod ženskog spola impulzivnost, stres i oblici suočavanja nisu imali utjecaja na razvoj kockanja, dok su kod muškaraca suočavanje usmjereno na rješavanje problema, emocijama usmjereno suočavanje i impulzivnost imali značajnu ulogu u intenzitetu kockanja. Kod onih kod kojih je više zastupljeno suočavanje usmjereno na rješavanje problema u odnosu na emocijama usmjereno suočavanje impulzivnost je imala puno slabiji utjecaj na intenzitet kockanja. Kod neimpulzivnih muškaraca emocijama usmjereno suočavanje u visoko stresogenim situacijama bila je veća vjerojatnost kockanja.

Iz svega navedenog može se zaključiti kako stresni događaji, osobito njihov kumulativni aspekt, te određene strategije suočavanja mogu predstavljati značajan rizični čimbenik za razvoj ovisnosti o alkoholu i za razvoj ovisnosti o kockanju, te da mogu imati i značajne terapijsko-rehabilitacijske implikacije.

1.5. SOCIJALNO FUNKCIONIRANJE OVISNIKA O ALKOHOLU I KOCKANJU

1.5.1. Specifičnosti socijalnih komplikacija ovisnika o alkoholu

Ovisnost o alkoholu, osim ranije navedenih posljedica na tjelesno zdravlje i na psihičko funkcioniranje, utječe i na socijalno funkcioniranje svakog alkoholičara. Pod socijalnim komplikacijama alkoholizma smatraju se učinci prekomjernog pijenja na obiteljsku dinamiku, odnosno obiteljsko i radno funkcioniranje te na interpersonalne socijalne interakcije u cjelini. Thaller (49) pod socijalnim komplikacijama podrazumijeva nemogućnost adekvatnog ispunjavanja određenih društvenih uloga, što je nerijetko uzrok daljnjeg intenziviranja pijenja te daljnje psihosomatske dekompenzacije ovisnika. Nastasić (224) pak opisuje međusobnu prilagodbu socijalnog okruženja alkoholičaru i alkoholičara socijalnom okruženju opisujući tri faze:

1. korištenje sve više socijalnih prigoda za pijenje i opijanje,
2. ciljano strukturiranje socijalnog okruženja kroz proces koji zove disocijalizacija, tijekom kojeg se socijalni kontakti reduciraju samo na ljude koji piju i koji su afirmativni prema pijenju te
3. razvijanje bihevioralnih promjena u sklopu tzv. alkoholičarskog ponašanja na način da se racionaliziraju, negiraju ili minimaliziraju učinci pijenja u svim socijalnim dimenzijama, što skupina u kojoj se nalazi alkoholičar podržava i time se u konačnici dobiva dozvola za nastavak pijenja, ali i gratifikacija od socijalnog sustava u kojem se nalazi.

Obiteljske komplikacije ovisnosti o alkoholu

Kada govorimo o socijalnim komplikacijama i posljedicama ovisnosti o alkoholu, obiteljsko okruženje je mjesto gdje se socijalne posljedice obično najranije pojavljuju na način da se i obitelj prilagođava na pojavu ovisnosti o alkoholu kod jednog člana, jednako kao što se i na individualnoj razini svaki pojedinac biološki i psihološki prilagođava učincima alkohola. Današnje suvremeno razumijevanje učinaka alkohola na obiteljsku dinamiku započelo je s istraživačkim radom Joan Jackson (225) koja je još 1954. godine objavila članak o prilagodbi obitelji na krizu uzrokovanu alkoholizmom te je u svom daljnjem radu fokus stavljala na suprugu alkoholičara, alkoholičarski brak, na prirodu alkoholičarske obitelji kao dinamičnog sustava, učinke alkoholizma na mlađu djecu i odraslu djecu alkoholičara te na terapijske

pristupe koji bi se mogli primijeniti u liječenju takvih obitelji. Procese prilagodbe obitelji na pojavu alkoholizma jednog člana Jackson je opisala kroz sedam faza:

1. U prvoj fazi događa se negiranje odnosno prikrivanje problema pijenja člana obitelji, najčešće je to suprug, odnosno otac. Supruga i drugi članovi obitelji ulažu veliki napor kako bi se održala fasada pseuonormalnosti odnosno skladne i uredne obiteljske dinamike na način da se izbjegava izravno verbaliziranje problematike potusa, unatoč povremenim ekscenim situacijama.

2. U drugoj fazi, s obzirom na sve veći broj ekscenih situacija, obitelj je primorana reagirati na način da se ovisnog člana marginalizira iz obiteljske svakodnevice preraspodjelom uloga i odgovornosti, kako bi se prikrio problem pijenja. Obitelj u odnosu na vanjski svijet ulazi u autoizolaciju dok prilagodba alkoholičara u ovoj fazi ide na način da ovakvu dinamiku koristi kao poticaj za nastavak pijenja.

3. Treću fazu karakterizira popuštanje ranije uspostavljene dinamike pa obzirom na sve veći broj ekscenih situacija koje se više ne mogu skrivati od vanjskog svijeta obitelj ulazi u dezorganizirajuću fazu tijekom koje su česte osude i projekcije. S obzirom na to da obitelj vlastitim snagama i pokušajima nije u stanju riješiti krizu, počinje tražiti pomoć izvana, dok sam ovisnik svoju komunikaciju usmjerava uglavnom na podupiratelje za vlastito ponašanje.

4. U četvtoj fazi dolazi do uspostave tzv. patološke homeostaze u kojoj su maritalni odnosi na niskoj razini funkcioniranja. S obzirom na nastavak pijenja obitelj se nastoji distancirati od ovisnika agresivnijim istupima, nerijetko dolazi do ultimatumata rastavom ako se ne javi na liječenje. Kritični dio ove faze je taj da je alkoholičar još uvijek u fazi bolesti kada može uspostaviti apstinenciju u trajanju od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci, što on nerijetko i čini, nastojeći time poništiti dosadašnje konflikte i negirajući problematiku potusa.

5. U petoj fazi supruga nerijetko napušta supruga, poduzimaju se krajnje mjere poput izbacivanja iz kuće, a obiteljski sustav i nadalje zadržava stabilnost na patološkoj razini.

6. U šestoj fazi može doći do reorganizacije djela obitelji nakon rastave, dok alkoholičar ili nastavlja s pijenjem ili putem agresivnih metoda pokušava ponovno ući u obitelj odnosno povratiti suprugu i ostale ukućane, sa ili bez liječenja.

7. Sedma je faza najvećim dijelom obilježena samim liječenjem ovisnosti oboljelog člana. Najčešća je problematika vraćanja povjerenja, problematika ponovne uspostave autoriteta roditelja ovisnika, strah od recidiva, a kada se prevladaju svi navedeni zapori, neophodno je

daljnje restrukturiranje obitelji na višem stupnju kako bi dinamika novouspostavljenih promjena bila trajna.

Osim Jacksonove, u alkohološkoj literaturi postoje i drugi opisi promjena koje se odvijaju u obitelji alkoholičara pa tako Thaller (49) opisuje sljedeće promjene u ponašanju partnera u rješavanju problema pijenja unutar obitelji: pokušaj izbjegavanja problema, napad, manipulacija, razmaženost, konstruktivno djelovanje i konstruktivno traženje pomoći. Thaller također opisuje i specifične tipove bračne dinamike. U jednom obliku bračne dinamike maritalne interakcije su postavljene na način da se čini kako supruga svojim ponašanjem potiče suprugovo pijenje, što je osobito često kod žena koje su imale očeve ovisnike o alkoholu pa udajom za ovisnika pokušavaju riješiti svoje intrapsihičke konflikte iz prošlosti. Svojim djelovanjem supruga može inducirati prekid liječenja, odnosno promjene u obiteljskom sustavu koje ima za cilj vraćanje na raniji stupanj funkcioniranja, odnosno kako je ranije opisano, vraćanje patološke homeostaze, a na apstinenciju ovisnika mogu „odgovoriti“ reaktivnim depresivnim poremećajem. Thaller opisuje i dodatni tip žena koje namjernom udajom za supruga ovisnika o alkoholu, nakon emotivnom veze u koju su mogle percipirati postojanje problematike potusa, žele dokazati vlastite sposobnosti, uživajući u dominaciji unutar obitelji te u ulozi majčinstva.

Steinglass i suradnici (226) stavljaju pak naglasak na razvojni tijek alkoholizma i obiteljske distorzije koje se mogu pojaviti njegovim utjecajem, opisuju obrasce dvostrukog ponašanja te stereotipnost ponašanja članova obitelji. Sve ove specifičnosti su u stalnoj interakciji s obiteljskom dinamikom u koju su uključeni svi članovi obitelji. Steinglass također koristi termin “alkoholičarska obitelj” označavajući time obitelj u kojoj je alkohol centralni organizirajući čimbenik te opisuje četiri osnovna principa na kojima se zasniva “alkoholičarska obitelj”:

1. Alkoholičarske obitelji su bihevioralni sustavi u kojima su alkoholizam i alkoholom uzrokovani problemi glavni organizirajući čimbenici oko kojih se strukturira obiteljski život.
2. Ulazak alkoholizma u obiteljski život ima potencijal da duboko promijeni odnos snaga i regulatorne mehanizme u obitelji.
3. Utjecaj alkoholizma i alkoholom uzrokovanih ponašanja na obiteljsko sistemsko funkcioniranje najjasnije se vidi po promjenama koje se pojavljuju kao dio regulatornih

mehanizama kojima se očekivanja obitelji postupno prilagođavaju očekivanjima koja se pojavljuju od strane ovisnog člana.

4. Promjene koje se pojavljuju u okviru regulatornih mehanizama obitelji mogu u konačnici duboko utjecati na rast i razvoj obitelji te uzrokovati daljnje promjene u okviru normativnog životnog ciklusa obitelji što se označava kao razvojna distorzija.

Nastasić (224) opisuje alkoholičarski brak kao dinamični sustav koji ima svoje specifičnosti te navodi kako odnosi u alkoholičarskom braku mogu biti simetrični i asimetrični. U simetričnim odnosima dominiraju kontinuirani konflikti i agresija, dok u asimetričnom odnosu postoji jedan partner koji popušta i trpi, najčešće je to supruga alkoholičara, dok suprug preuzima dominantnu ulogu. Dominantnost uloge alkoholičara sastoji se i u kontroliranju emocionalnih relacija pijenjem, dok supruga kontrolu ostvaruje emocionalnim distanciranjem i izbjegavanjem konflikta, kompromisima i kratkoročnim rješenjima. Emocionalni se procesi u alkoholičarskom braku mogu, u skladu s navedenim, manifestirati na sljedeći način: bračni konflikt, emocionalna distanca, disfunkcija supružnika i problem ili disfunkcija kod djeteta. Pored emocionalnih procesa unutar samog braka i kod supruge alkoholičara pojavljuju se emocionalni problemi poput tjeskobe, straha, osjećaja manje vrijednosti, samooptuživanja, ambivalencije te emocionalne deprivacije (227).

Navedeni opisi najčešćih emotivnih i bihevioralnih promjena, odnosno prilagodbi unutar obiteljskog sustava odnose se na najčešću situaciju kada je suprug alkoholičar. Međutim, važno je naglasiti kako i brakovi u kojima je supruga ovisnica o alkoholu također imaju svoje specifičnosti. Ove specifičnosti su dobrim dijelom odraz kulturološkog i sociološkog aspekta u kojem egzistira takva bračna zajednica. U takvim je brakovima dosta čest agresivan stav prema supruzi koja je ovisnica o alkoholu, proces obiteljskog isključivanja se odvija brže nego kod obitelji u kojima je muž alkoholičar, žene ovisnice češće i lakše napuštaju muževi koji pokazuju pasivnost i distanciranost glede uključivanja u terapijski protokol (121,228).

Osim odnosa između supružnika u braku u kojem je jedan partnera razvio ovisnost o alkoholu, također je važno opisati i utjecaj alkoholizma jednog od roditelja na djecu, s obzirom na to da je obitelj životna sredina kojoj pripada najvažnija funkcija u razvoju ličnosti djeteta. Poremećeni odnosi u alkoholičarskoj obitelji se procesom identifikacije prenose na djecu te se mogu ispoljiti u kasnijem tijeku života. Interes za psihološke i emotivne posljedice koje alkoholizam jednog od roditelja ostavlja na djecu pojavio se 80-ih godina prošlog stoljeća, u radovima Claudie Black (229) i Sharon Wegscheider-Cruse (230) koje su

istraživale razvojne utjecaje roditeljskog alkoholizma na djecu te su dodatno istražile kako takva iskustva utječu na djecu u kasnijem tijeku njihova života, kao odrasle osobe. Njihovim je radom uveden i opis tzv. ko-alkoholizma ili para-alkoholizma. U literaturi se opisuju najčešći čimbenici koji se pojavljuju u alkoholičarskim obiteljima, a koji imaju izražen psihološki utjecaj na djecu, poput nedostatka emocionalne topline s posljedičnim nezadovoljstvom i neadekvatnom psihološkom vezom s roditeljem, pritiska roditelja na dijete agresivnim ispadima ili omalovažavanjem što može precipitirati razvoj depresivnog poremećaja kod djece te tjeskobe i posljedične poteškoće u savladavanju nastavnog gradiva. Pored navedenog takva djeca mogu imati poteškoće u prihvaćanju autoriteta, poteškoće u realiziranju emotivnih odnosa i u interpersonalnim relacijama, mogu pokazivati osjetljivost i nesigurnost te sklonost rizičnom ponašanju u smislu uzimanja psihoaktivnih tvari te osobito kod dječaka sklonost razvijanju antisocijalnog ponašanja odnosno smetnji ponašanja poput impulzivnosti, hiperaktivnosti ili sklonosti delikventnom ponašanju (231). Podloga opisanih promjena može se sa sistemskog gledišta dijelom objasniti na način da se po iscrpljenju apsorpcijskog kapaciteta za napetost u odnosu između dvoje roditelja anksiogeni potencijal pokušava reducirati fuzijom s trećom osobom, najčešće djetetom u takvom braku. Međutim, pojedina su istraživanja pokazala kako je za razvoj posljedica pijenja na djecu bitna i socijalna upadljivost odnosno funkcionalnost jednog od roditelja pa tako djeca iz obitelji socijalno neupadnih alkoholičara ne pokazuju višu stopu poremećaja u ponašanju u odnosu na djecu iz obitelji nealkoholičara, dok djeca iz obitelji socijalno disfunkcionalnih alkoholičara imaju značajno veću stopu problema u ponašanju i od djece nealkoholičara i od djece socijalno neupadnih alkoholičara (232-234).

Ovisnost o alkoholu i radno funkcioniranje

Dostupna alkohološka literatura pored ranije opisanih socijalnih posljedica alkoholizma na obiteljsko funkcioniranje navodi i posljedice pijenja na radnom mjestu odnosno na radno funkcioniranje. Torre (121) navodi kako na kontinuumu disfunkcionalnosti radna disfunkcionalnost dolazi obično nakon obiteljske, a prije somatske disfunkcionalnosti te da njezin intenzitet ovisi i o fazi alkoholizma, pri čemu u ranoj fazi ovisnosti o alkoholu postoji reaktivno hiperkompenzirano ponašanje na radnom mjestu.

Utjecaj alkohola na radni proces radnika koji piju Midford i suradnici (235) opisuju na sljedeća tri načina:

1. prekomjerno pijeње tijekom slobodnog vremena,
2. prekomjerno i neadekvatno pijeње u situacijama koje su potencijalno opasne odnosno u kojima postoji opasnost od pojavljivanja štetnih posljedica takvog pijeња, poput pijeња prije smjene, tijekom stanke ili za vrijeme radnog vremena,
3. prekomjerno pijeње po završetku radnog procesa, koje obuhvaća različite socijalne prigode i proslave.

Midford (235) nadalje navodi kako učestalo i intenzivno opijanje tijekom slobodnog vremena može imati dugoročne učinke na radni kapacitet uposlenika, uzrokovati apsentizam, smanjenu radnu učinkovitost te imati negativan utjecaj na mentalni proces donošenja odluka i na socijalne relacije odnosno međuljudske odnose i radnu atmosferu na radnom mjestu. Postoje također specifični problemi koji se odnose na produktivnost, a koji uključuju produljenje odnosno odugovlačenje s izvedbom radnog ciklusa, inkonzistentnu uzvedbu, zanemarivanje detalja, slabiju kvalitetu rada, sniženje kvantitativne razine posla i češće pogreške.

Osim očitih i dobro poznatih psiholoških i fizioloških simptoma koji se razvijaju kao posljedice konzumacije alkohola i ovisnosti o alkoholu, 90-ih godina prošlog stoljeća proučavan je i učinak alkohola na radnu izvedbu, te je razvijena hipoteza da mjerljivo i značajno smanjenje radne učinkovitosti i radne izvedbe u osoba koje se mogu smatrati problemskim konzumentima alkohola prethodi razvoju alkoholizma. U tom svijetlu, smanjenje radne učinkovitosti predstavlja točku na kontinuumu, kojom označavamo evoluciju pijeња od potpune apstinencije do razvijenog alkoholizma, u kojoj je moguće provesti učinkovite preventivne intervencije. Blum i suradnici (236) proučavali su povezanost između radne učinkovitosti i obrazaca pijeња te su utvrdili da kada je ova povezanost istraživana samoocjenjivačkim upitnicima, nije registrirana povezanost između volumena popijenog alkohola i radne učinkovitosti te da su osobe koje više i učestalije piju navele manji apsentizam i manje kašnjenje na posao, što je u skladu s ranije navedenim hiperreaktivnim hiperkompentzirnim ponšanjem u ranim fazama alkoholizma. Međutim, kada je ova povezanost istraživana korelacijskim istraživanjem registrirano je značajno smanjenje u gotovo svim komponentama radnog procesa, osobito u dijelu koji se odnosi na socijalne i interpersonalne interakcije.

Među gore navedenim posljedicama konzumacije alkohola i alkoholizma na radnom mjestu učestalo se ponavlja apsentizam, odnosno izostajanje s radnog mjesta. Apsentizam se istražuje

dulji niz godina te su još Špicer i Hudolin (237) sa suradnicima provodili istraživanja u prometnim tvrtkama i zaključili kako su alkoholičari izostajali više dana s posla od ostalih radnika, kako su češće disciplinski kažnjavani te kako su okupirali znatan dio radnog vremena zdravstvene službe tvrtke. Opisuje se također i neformalna komponenta apsentizma koja se odnosi na učestale izlaske s posla prije kraja radnog vremena koju autori još nazivaju i parcijalni apsentizam i koji je prema Triceu i Romanu (238) jedan od najranijih znakova alkoholne ovisnosti.

Sljedeća važna posljedica alkoholizma na radnom mjestu je traumatizam odnosno ozljede na radu. Iako je bilo istraživanja koja su ukazivala na povećanu učestalost traumatizma u odnosu na ostale radnike, Despotović (239) navodi kako je važno o kojoj se fazi alkoholizma radi u odnosu na učestalost traumatizma te navodi kako radnici u fazi razvijanja alkoholizma imaju više traumatizma od ostalih radnika, a da ozljede pravih alkoholičara nisu češće nego kod ostalih radnika. Objašnjenje za ovu pojavu vidi u tome da alkoholičari u ranoj fazi bolesti još nisu naučili biti oprezni pa se zato češće ozljeđuju, dok su kod dugotrajnijeg i razvijenog alkoholizma oprezniji na način da tijekom opitosti radije izbjegavaju posao.

Nastasić (224) navodi kako je od posebnog značaja za održavanje alkoholizma u radnoj sredini postojanje procesa koji rezultiraju formiranjem i održavanjem rituala na radnom mjestu. Opisuje nadalje kako se radi o grupnim procesima koji podliježu pravilima o formiranju socijalnih grupa, odnosno kao krajnja posljedica razvija se i održava alkoholičarska subskupina unutar radne skupine ljudi. Osnovni je cilj ove skupine legalizacija i stavljanje u fokus rituala pijenja na radnom mjestu te veće pozitivno vrednovanje solidarnosti oko pijenja nego oko profesionalnih i radnih tema. Ove skupine uglavnom ne priznaju hijerarhiju radnog miljea, mogu biti utjecajne i legalizirane te toliko strukturirane da postaju višegeneracijske.

Ovisnost o alkoholu i interpersonalne relacije

Ovisnost o alkoholu, kako je ranije navedeno, ima široko i intenzivno djelovanje na interpersonalne relacije svake osobe koje se tijekom ovisnosti o alkoholu modificiraju, prilagođavajući realitet i svakodnevicu svakodnevnom pijenju. U ovom dijelu osobito su značajni i učinci samog alkohola, odnosno njegovo pozitivno djelovanje na socijaliziranje te na reduciranje socijalne fobije i na popuštanje socijalnih inhibicija. Interpersonalne relacije se općenito uzevši mogu razvijati u dva smjera: 1. tendencija socijalnoj izolaciji, uglavnom kod

socijalno upadnih alkoholičara odnosno kod onih alkoholičara koji nastoje paralelno s pijenjem prikriti posljedice pijenja te 2. grupiranje alkoholičara i stvaranje subkulture, skupina koje afirmativno i blagonaklono gledaju na pijenje i u kojima je pijenje jedna od glavnih organizirajućih čimbenika (121).

1.5.2. Specifičnosti socijalnih komplikacija ovisnika o kockanju

Problematično kockanje odnosno ovisnost o kockanju često se opisuje kao velik javno-zdravstveni problem, a kockanje se definira kao ponašanje koje ima negativne učinke kako za samog kockara, tako i za njegovu socijalnu okolinu odnosno za društvenu zajednicu u kojoj kockar živi (240).

U opisivanju socijalnih učinaka kockanja u ranijim se istraživanjima učestalo koristio termin „značajne druge osobe“ (engl. *concerned significant others*) opisujući time značajne osobe koje čine socijalno okruženje jednog kockara. Značajne druge osobe su u prvom redu supružnici, zatim roditelji, djeca, rođaci, prijatelji ili kolege s posla (241). Prema provedenim istraživanjima svaki problematični kockar ima između 7 i 16 značajnih drugih osoba koje mogu biti pogođene njegovim ili njezinim kockanjem (242). Posljedice kockanja na ove osobe mogu varirati od ekonomskih, zdravstvenih pa sve do socijalnih problema, pri čemu je uglavnom istraživana populacija koja je samoinicijativno potražila pomoć (243). Jedna norveška studija pokazala je kako problematično kockanje snažno utječe na kvalitetu života značajnih osoba problemskog kockara te da su značajne osobe problemskih kockara u ukupnoj populaciji zastupljene s 2 %. Većina značajnih osoba u ovoj studiji bile su ženskog spola, rastavljene, nezadovoljavajuće financijske situacije i te su osobe vlastito zdravstveno stanje opisivale kao nezadovoljavajuće. Učinci kockanja na značajne osobe ogledali su se u pogoršanju obiteljske financijske situacije, smanjenju socijalnih relacija odnosno smanjenju kontakata s obitelji i prijateljima, većoj zastupljenosti konfliktnih situacija unutar obitelji te su se u odnosu na opću populaciju značajne osobe češće žalile na psihičke probleme, uključujući depresivnost, anksioznost i poremećaje spavanja (244).

Obiteljske komplikacije ovisnosti o kockanju

Više je istraživanja pokazalo kako kod supruge kockara osim financijskih posljedica postoji cijeli niz intrapersonalnih, interpersonalnih i relacijskih stresora poput nedostatka samopoštovanja, osjećaja krivnje i samooptuživanja, zabrinutosti za budućnost, narušenih obiteljskih uloga i odgovornosti, nezadovoljstva seksualnim odnosima, gubitka povjerenja, simptoma anksioznosti, depresije i osjećaja melankolije, više izostanaka s posla u odnosu na opću populaciju, što sve u konačnici dodatno produbljuje izolaciju ovih osoba, kako od okoline tako i od samih kockara (241,245-247). Kao prijelomni trenutak u obiteljskoj dinamici često se navodi razotkrivanje problema s kockanjem u obitelji, što se opisuje kao

iznenadan, drastičan i devastirajući stresor čiji intenzitet može biti toliko velik da se prema nekim autorima kod supružnika može razviti i posttraumatski stresni poremećaj (248). Gaudia (249) je u članku u kojem opisuje utjecaj kompulzivnog kockanja na obitelj naveo kako su pokušaji suicida od strane supružnika ili partnera problematičnih kockara tri puta veći nego u općoj populaciji. Prema Nacionalnoj studiji o posljedicama kockanja (250) provedenoj u SAD-u učestalost rastave braka tijekom života kod problemskih kockara i kod ovisnika o kockanju bila je 39,5%, odnosno 53,5 %, dok je kod osoba koje nisu kockari učestalost bila 18,2%. Supruge kockara su se češće žalile i na određene tjelesne simptome poput kronične i teške glavobolje, poteškoća s disanjem, bolova u leđima i gastrointestinalnih problema (251).

Više je studija pokazalo kako je među značajnim osobama kockara, osobito među suprugama, izražen i problem fizičkog zlostavljanja, u prvom redu od strane intimnog partnera pa je tako istraživanje Kormana i suradnika (252) pokazalo kako je 25,4% problemskih kockara navelo da su teško zlostavljali intimnog partnera. Dowling i suradnici (253) proveli su pak meta analizu dostupnih empirijskih dokaza koji su se odnosili na povezanost problemskog kockanja i zlostavljanja intimnog partnera: analizirano je 14 dostupnih studija od kojih se 8 odnosilo na viktimizaciju, 4 na zlostavljanje i 2 na viktimizaciju i zlostavljanje. Zaključili su kako većina dostupnih istraživanja upućuje na to da postoji značajna povezanost između problemskog kockanja i postajanja žrtve intimnog partnerskog nasilja. Nadalje, provedena meta-analiza pokazala je kako se više od jedne trećine problemskih kockara izjasnilo da su bili žrtve intimnog partnerskog nasilja (38,1%) ili da su sami provodili intimno partnersko nasilje fizičkim zlostavljanjem (36,5%) te da je prevalencija problemskog kockanja u intimnom partnerskom nasilju oko 11,3 %. Također je pokazano kako na povezanost problemskog kockanja i intimnog partnerskog nasilja značajno utječe mlađa dob, neadekvatna zaposlenost odnosno zaposlenje koje ne obuhvaća puno radno vrijeme, impulzivnost te zloupotreba alkohola i psihoaktivnih tvari. Patford (254) opisuje zlostavljanje i prijetnje prema suprugama kockara i od strane kreditora kockara te navode zlostavljanja i distres kod djece, dodatne odgovornosti i obveze radi odsutnosti kockara iz obiteljskog okruženja i zanemarivanja obitelji.

Jednako kao na supružnike, odnosno bračne partnere, ovisnost o kockanju utječe i na djecu u obitelji kockara. Darbyshire i suradnici (255) pokazali su kako su djeca problematičnih kockara izložena većoj količini obiteljskog nasilja, koje može potjecati i od ovisnika o kockanju, ali i od bračnog partnera te utjecaj kockanja opisuju kao pervazivni gubitak, misleći

pri tome da djeca doživljavaju egzistencijalni i fizički gubitak roditelja, gubitak odnosa s roditeljem koji kocka, gubitak povjerenja i samopouzdanja te ekstenzivne materijalne gubitke. Prema Lesieuru i Rothshields-u (256) djeca problematičnih kockara imaju dva do tri puta veću vjerojatnost da budu zlostavljana od strane svojih vršnjaka. Više je istraživanja pokazalo kako problemi s kockanjem jednog od roditelja mogu uzrokovati niz negativnih psiholoških posljedica na njihovu djecu poput: osjećaja napuštenosti, odbacivanja, zanemarivanja, emocionalne deprivacije, ljutnje, povrijeđenosti, konfuzije, izolacije i/ili usamljenosti, anksioznosti, depresije, te da djeca značajnih osoba kockara također imaju veću vjerojatnost pokušaja suicida i zloupotrebe psihoaktivnih tvari (257,258). Studije su pokazale kako djeca čiji roditelji kockaju imaju, općenito gledajući, veći rizik ulaska u rizična i po zdravlje opasna ponašanja poput pušenja cigareta, konzumacije alkohola, psihoaktivnih tvari i problema s prehranom u smislu prejedanja (259). Ovakva ponašanja su osobito izražena u slučaju kada kod roditelja postoji ovisnost o kockanju u komorbiditetu s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (260).

Dostupna stručna literatura opisuje obitelji kockara kao najvećim djelom disfunkcionalne obitelji, s visokim intenzitetom i učestalošću unutar obiteljskih konflikata, s nedostatnom logističkom i financijskom potporom članovima te s nedostatnim funkcioniranjem i dezorganizacijom obitelji kao cjeline (7). Grant i Kim (261) su analizirali disfunkcionalnost, odnosno roditeljske stilove kod 33 patološka kockara koristeći upitnik za procjenu roditeljskog povezivanja (engl. *Parental Bonding Instrument*) te su registrirali kako je 17-30% osoba opisalo optimalno roditeljstvo, dok je istovremeno 39-43% ispitanika opisalo neadekvatno roditeljstvo. U kontrolnoj skupini koju su činile osobe bez problema s kockom, optimalno roditeljstvo je opisano kod 40-60% ispitanika.

Nakon pojave ovisnosti o kockanju kod jednog člana obitelji, ako se pođe od najčešće situacije kada suprug razvije ovisnost, prilagodba obitelji odvija se kroz nekoliko faza prateći razvoj bolesti. Slično kao kod obitelji ovisnika o alkoholu, inicijalna reakcija članova obitelji je poricanje činjenice patološkog kockanja svog člana. Nakon faze poricanja, s nastavkom kockanja člana te s nagomilavanjem posljedica kockanja, obitelj ulazi u fazu percepcije problema te počinje neuspješno nadzirati i kontrolirati kockara sve do faze potpunog sloma, odnosno stvaranja kaotično-destruktivne obiteljske sredine kada se uglavnom odlučuju potražiti pomoć ili uslijedi rastava odnosno odvajanje članova obitelji. Kaotično destruktivni životni stil kockara uvjetuje patološku prilagodbu drugih članova na suživot sa njime. Neka

od provedenih istraživanja jednako kao i kliničko iskustvo pokazali su da što se u obitelji više i češće kocka, veći je stupanj psihičkih poremećaja kod članova, osobito među djecom, više je unutarobiteljskih konflikata i niža je kvaliteta obiteljskog života u cjelini (101).

Ovisnost o kockanju i radno funkcioniranje

Osim narušenih obiteljskih i intersocijalnih relacija, među socijalne komplikacije ovisnosti o kockanju spadaju i posljedice koje ovisnost ostavlja na radno funkcioniranje ovisnika. Prema samoj definiciji patološkog kockanja, kockari troše enormne količine vremena na planiranje kockanja, na samo kockanje ili na saniranje posljedica kockanja, pa je time i očekivan postupni gubitak produktivnosti na radnom mjestu, odnosno s vremenom sve izraženija radna disfunkcionalnost. Prema nekim autorima, gubitak produktivnosti i vremena je možda i puno izraženija socijalna posljedica kockanja od najčešće spominjanih financijskih gubitaka. Poslodavci najčešće ne zamjećuju probleme uzrokovane kockanjem kod uposlenika kada su oni u ranoj fazi (probleme tada može eventualno primijetiti obitelj kockara), tim više jer kockar na radnom mjestu ulaže dodatne napore kako bi još adekvatnije funkcionirao, no s intenziviranjem kockanja sve je veća vjerojatnost pojave slijedećih posljedica: kašnjenje na posao, apsentizam zbog učestalih bolovanja, smanjena produktivnost i u konačnici čak i pronevjera (262). Torre i Zoričić (7) navode pak kako se u fazi najintenzivnijeg kockanja i na radnom mjestu mogu formirati ciljano strukturirane subskupine zaposlenika koje povezuje učestalo kockanje, koji se mogu učestalo sukobljavati s drugim zaposlenika ili s nadređenima te koji neadekvatno ispunjavaju radne obveze u cjelini. Rezultati istraživanja koja se bave ovom problematikom govore kako je gubitak posla tijekom prošle godine kod patoloških kockara bio dvostruko veći nego kod ne-patoloških kockara, 10% vs 5% (263).

1.6. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA I KLUBOVI LIJEČENIH OVISNIKA O KOCKANJU

S obzirom da je istraživanje prikazano u ovoj disertaciji provedeno na uzorku pacijenata članova klubova liječenih alkoholičara i kockara, te s obzirom na dugu tradiciju i prepoznatljivost koji ovakav oblik izvanbolničkog liječenja ima na našim prostorima, u posljednjem djelu teorijskog djela ćemo dodatno opisati i pojasniti osnovne koncepte rada i ustroja klubova.

Razvoj klubova liječenih alkoholičara započinje 1964.g. otvaranjem Centra za proučavanje i suzbijanje alkoholizma Kliničke bolnice „dr. Mladen Stojanović“ kao dio, tada međunarodno prepoznate i aktivne, Zagrebačke alkohološke škole predvođene profesorom Vladimirom Hudolinom. Prvi ogledni klub osnovan je 1. travnja 1964.g., a nekoliko mjeseci kasnije i prvi gradski klub u Zagrebu, KLA Maksimir. Osnivanje i ustroj Klubova liječenih alkoholičara pratio je najvećim dijelom i promjene koje su se odnosile na klinički te znanstveni pristup alkoholizmu, tako da klubovi postaju odraz sve većeg fokusa na izvanbolničko liječenje ovisnika o alkoholu u odnosu na ranije usvojeni i široko primjenjivani klasični medicinski model. Ranije navedena Zagrebačka alkohološka škola stavlja naglasak ne samo na što aktivniju ulogu alkoholičara nego i cijele obitelji u liječenju i rehabilitaciji, koristi se koncept terapijske zajednice te psihoedukacija, a navedene odrednice s vremenom postaju integrativnim dijelom rada i funkcioniranja i unutar klubova liječenih alkoholičara. Iako koncept klubova odnosno grupa samopomoći ima djelom izvorište u ranije opisanim Anonimnim alkoholičarima, njihov je model profesor Hudolin značajno modificirao i prilagodio našim prilikama. Anonimni alkoholičari stavljaju naglasak na uzajamnu pomoć koju mogu pružiti samo osobe koje su i same u problemu ovisnosti, nemaju stručnog suradnika te u rehabilitaciji ovisnika stavljaju naglasak i na duhovnu dimenziju. Za razliku od njih, osnovni model rada kluba liječenih alkoholičara je socioterapija, odnosno liječenje u okviru višeobiteljske terapijske zajednice, stavljen je naglasak na obiteljski pristup i unutar kluba i unutar cijelog modela liječenja alkoholičara, uvodi se stručni djelatnik u klubove (kasnije stručni radnik) koji ne mora nužno biti socijalno-medicinskog usmjerenja. Hudolin kroz klubove provodi i stavlja naglasak na depsihijatrizaciju i demedikalizaciju postupka s alkoholičarom i vidi u njima osnovni i dominantni odnosno preferirani oblik terapijskog pristupa. Naglašena je i potreba i što bolje i lakše pristupačnosti klubova pa se njima pokriva veliki broj tada mjesnih zajednica, a danas gradskih i županijskih središta, te se u skladu s

time i broj klubova značajno povećava, pa ih je prije izbijanja Domovinskog rata bilo oko 600. Početkom rata dolazi do prestanka djelovanja velikog broja klubova, no njihovo se djelovanje od 1993.g. počinje sve intenzivnije reaktivirati tako da danas u Hrvatskoj djeluje više od 170 klubova. Hudolinov model klubova liječenih alkoholičara bio je i međunarodno prepoznat, osobito u Italiji, gdje je kroz suradnju sa Zagrebačkom alkohološkom školom prvi klub osnovan u Trstu 1979.g. da bi se kasnije osnovalo više od 2000 klubova diljem Italije. Iako je svaki klub samostalna organizacija, kao udruga građana, oni se udružuju na gradskoj i županijskoj razini u zajednice klubova te u krovnu organizaciju – Hrvatski Savez Klubova liječenih alkoholičara. Glavna je uloga Saveza kao krovne organizacije promidžba, koordiniranje i unapređivanje rada klubova prema konceptu Zagrebačke alkohološke škole (41,121,264,265).

U organiziranju i strukturiranju terapijskog pristupa za ovisnike o kockanju velikim su dijelom primjenjivana iskustva koja su bila i kod ovisnika o alkoholu te je od početka stavljen naglasak na izvanbolničko liječenje kao dokazano učinkovit i isplativ oblik liječenja i rehabilitacije. U skladu s inozemnim istraživanjima stacionarno liječenje je predviđeno za samo za subpopulaciju kockara koji imaju izraženu komorbidnu kliničku sliku, suicidalne ideacije ili apstinencijske smetnje. Vođeni tim spoznajama skupina stručnjaka iz Kliničke bolnice „Sestre milosrdnice“, predvođena profesorom Zoranom Zoričićem osniva 2007.g. prvi klub liječenih ovisnika o kockanju. Prvi je klub ovisnika o kockanju osnovan u Zagrebu, a potom se klubovi osnivaju i u drugim, uglavnom i samo većim gradskim središtima. Grupe samopomoći kod ovisnika o kockanju započinju s osnivanjem anonimnih kockara, no za razliku od klubova koji postoje kod nas, u njima nije naglasak na obiteljskom pristupu te je isključivo ovisnik o kockanju osnovni nositelj promjena. Jednako kao i u klubovima liječenih alkoholičara, i u klubovima ovisnika o kockanju riječ je o otvorenim grupama samopomoći, naglasak je na socioterapiji, svi klubovi imaju stručno vodstvo odnosno koterapijski tim te je i ovdje naglasak na obiteljskom pristupu (7).

Svojim su osnivanjem i djelovanjem Klubovi liječenih alkoholičara i Klubovi liječenih ovisnika o kockanju postali okosnica terapijskog i rehabilitacijskog procesa ove populacije pacijenata uz višestruki pozitivni učinak na održavanje apstinencije i na kvalitetu života i ovisnika i članova njihovih obitelji. S obzirom na brojnost klubova, može se slobodno reći kako oni predstavljaju najveće i najživlje tkivo psihijatrije u našoj zajednici koje je prepoznato i priznato i na međunarodnoj razini.

2. CILJEVI, PROBLEMI I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

2.1. Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. utvrditi specifičnosti u psihosocijalnom funkcioniranju osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu i osoba koje se liječe radi ovisnosti o kockanju,
2. utvrditi eventualne razlike između ove dvije skupine te
3. utvrditi postoje li razlike u obilježjima psihosocijalnog funkcioniranja s obzirom na intenzitet izraženosti problema. Neposredan praktični cilj je istražiti navedena obilježja u svrhu terapijskih implikacija prilikom liječenja problema ovisnosti.

2.2. Problemi istraživanja

U istraživanju su postavljena sljedeća problemska pitanja:

1. Kakva su obilježja i specifičnosti psihološkog i društvenog funkcioniranja ovisnika o kockanju koji se liječe u klubovima liječenih ovisnika o kockanju?
2. Kakva su obilježja i specifičnosti psihološkog i društvenog funkcioniranja ovisnika o alkoholu koji se liječe u klubovima liječenih alkoholičara?
3. Postoje li razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između osoba koje se u klubovima liječe zbog ovisnosti o kockanju i onih koji se liječe zbog alkoholizma?
4. Postoje li razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između osoba s više i manje izraženim problemima (simptomima) ovisnosti o kockanju, odnosno o alkoholu?

2.3. Hipoteza istraživanja

Ne postoji razlika u psihosocijalnom funkcioniranju između osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu i onih koji se liječe od ovisnosti o kockanju, već su razlike izražene između osoba s manje i onih s više izraženim problemima ovisnosti, na način da osobe s više izraženim problemima manifestiraju štetnije i manje funkcionalne simptome u području depresivnosti, anksioznosti, suočavanja sa stresom, impulzivnosti i ostvarivanja primjerenih socijalnih interakcija.

3. METODOLOGIJA

3.1. Uzorak sudionika istraživanja

Istraživanjem je obuhvaćeno ukupno $N=194$ ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju, članova klubova s područja grada Zagreba. Uzorak čini 86.1% muškaraca i 13.9% žena. Raspon dobi sudionika kreće se od 22 do 77 godina, a prosječna dob sudionika je $M_{dob}=47.66$ godina ($SD_{dob}=13.16$).

U subuzorku ovisnika o alkoholu bilo je uključeno $n=140$ sudionika koji su na rehabilitaciji u 16 klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba, pri čemu je muškaraca bilo 82.9%, a žena 17.1%. Raspon dobi sudionika kreće se od 25 do 77 godina, a prosječna dob je $M_{dob}=53.09$ godina ($SD_{dob}=11.087$). Najveći broj sudionika bio je u braku, 57.9%, samaca je bilo 16.4%, razvedenih je 15.7%, udovaca 6.4% u ozbiljnoj vezi 3.6%, dok je djecu imalo 75.7% sudionika. Stalno zaposleno je 47.9% sudionika, povremeno 3.6%, nezaposlenih je 13.6%, umirovljenika je bilo 35.0%.

Kako je vidljivo iz Tablice 1., najveći broj sudionika ima srednju stručnu spremu, njih 70%, višu školu je završilo 10% sudionika, a fakultet 9.3%. Ukupni prihodi kućanstva su kod 52.9% sudionika bili manji od 6000 kuna, dok su kod 17.9% sudionika ukupni prihodi prelazili 10000 kuna.

Tablica 1. sociodemografska obilježja ovisnika o alkoholu, mjesečni prihodi i školska sprema (n=140)

		Do 4.000 kuna	4.000- 5.000 kuna	5.000- 6.000 kuna	6.000- 7.000 kuna	7.000- 8.000 kuna	8.000- 9.000 kuna	9.000- 10.000 kuna	Preko 10.000 kuna
Ukupan mjesečni prihod svih članova kućanstva	N	39	22	13	11	12	7	11	25
	%	27.9	15.7	9.3	7.9	8.6	5.0	7.9	17.9
		Bez osnovne škole	Završena osnovna škola	Završena srednja škola	Završena viša škola	Završen fakultet	Završen magisterij ili doktorat		
Najviša završena školska sprema	N	1	9	98	14	13	5		
	%	0.7	6.4	70.0	10.0	9.3	3.6		

Kod svih sudionika prije uključivanja u KLA provedena je klinička procjena ovisnosti o alkoholu od strane psihijatra te su svi zadovoljavali dijagnostičke kriterije sindroma ovisnosti o alkoholu prema MKB 10 klasifikacijskom sustavu.

U subuzorku ovisnika o kockanju bilo je uključeno $n=54$ sudionika na rehabilitaciji u sedam zagrebačkih klubova liječenih ovisnika o kockanju, pri čemu je muškaraca bilo 94.4%, a žena 5.6%. Raspon dobi sudionika kreće se od 22-52 godine, a prosječna dob je $M_{dob}=34.69$ godina ($SD_{dob}=7.72$). I u ovom subuzorku najveći broj sudionika je u bračnoj zajednici, njih 55.6%, u ozbiljnoj vezi je 18.5% sudionika, samaca je 24.1% dok je rastavljenih 1.9%. Kako je vidljivo iz Tablice 2. djecu ima 48.1% sudionika. Kada je riječ o zaposlenju, najveći je broj stalno zaposlenih, ukupno 72.2%, povremeno zaposlenih je 13%, nezaposlenih je 14.8%, dok umirovljenika nije bilo.

Tablica 2. sociodemografska obilježja ovisnika o kockanju, ukupan mjesečni prihod i najviša školska sprema (n=54)

		Do 4.000 kuna	4.000- 5.000 kuna	5.000- 6.000 kuna	6.000- 7.000 kuna	7.000- 8.000 kuna	8.000- 9.000 kuna	9.000- 10.000 kuna	Preko 10.000 kuna
Ukupan mjesečni prihod svih članova kućanstva	N	4	4	3	4	2	2	7	28
	%	7.4	7.4	5.6	7.4	3.7	3.7	13.9	51.9
		Bez osnovne škole	Završena osnovna škola	Završena srednja škola	Završena viša škola	Završen fakultet	Završen magisterij ili doktorat		
Najviša završena školska sprema	N	1	1	36	5	8	3		
	%	1.9	1.9	66.7	9.3	14.8	5.6		

Rezultati u Tablici 2. pokazuju da najveći broj ovisnika o kockanju ima završenu srednju školu, njih 66.7%, višu školu je imalo završeno 9.3% sudionika, a fakultet je završilo 14.8% sudionika. Ukupni prihodi kućanstva, za razliku od sudionika u klubovima liječenih alkoholičara, su kod 65.8% sudionika bili veći od 9000 kuna.

Svi sudionici, uz psihijatrijsku kliničku procjenu ovisnosti o kockanju, zadovoljavali su i kriterije Patološke sklonosti kockanju prema MKB-10 klasifikaciji te ovisnosti o kockanju prema DSM-5 klasifikaciji.

T-testom za nezavisne uzorke provedeno je testiranje statističke značajnosti razlike u dobi između ova dva subuzorka. Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika u dobi ($p < .001$), odnosno članovi klubova liječenih alkoholičara ($M_{dob} = 53.09$ godina) su stariji od članova klubova liječenih ovisnika o kockanju ($M_{dob} = 34.69$ godina). Kako bismo provjerili razlike u spolnoj distribuciji između ova dva subuzorka proveden je hi-kvadrat test kojim je identificirano da u klubovima liječenih alkoholičara ima nešto više žena nego u klubovima liječenih ovisnika o kockanju ($\chi^2 = 4.367$; $p < .050$).

Iz istraživanja su isključeni ovisnici o alkoholu i ovisnici o kockanju koji boluju od teže tjelesne bolesti, kod kojih postoji zloupotreba droga ili nekog drugog psihoaktivnog sredstva u zadnjoj godini istraživanja, sudionici s očiglednim organskim poremećajima, sudionici s dijagnozom psihotičnog poremećaja te sudionici s primarnim dubljim oštećenjem inteligencije. Pritom je važno navesti kako su ta obilježja mjerena samoiskazom samih sudionika istraživanja.

3.2. Mjerni instrumenti

Budući da rezultati brojnih empirijskih istraživanja, prikazanih i u uvodnom dijelu ove disertacije, potvrđuju značajnu zastupljenost različitih simptoma psihopatologije poput depresivnosti i anksioznosti, zatim utjecaj određenih karakternih crta na ovisničko ponašanje, poput impulzivnosti, neadekvatnih mehanizama suočavanja sa stresnim situacijama te značajne socijalne komplikacije, istraživačkom nacrtu trebalo je pristupiti složenom baterijom instrumenata. U istraživanju je korišteno paralelna forma instrumentarija, s većim brojem upitnika i skala koje su se primijenjivale u oba subuzorka. Pritom je nekoliko instrumenata specifično primijenjeno u subuzorku alkoholičara, odnosno subuzorku ovisnika o kockanju. Shematski je struktura instrumentarija s referencama prikazana u Tablici 3. a cjelokupni instrumentarij nalazi se u prilogu ove disertacije.

Tablica 3. Shematski prikaz instrumentarija korištenog u istraživanju

	KONSTRUKT		INSTRUMENT	KLA	KLOK
1.	Opća socio-demografska pitanja		Pojedinačna pitanja (npr. spol, dob, obrazovanje, SES, itd.)	X	X
2.	Zdravstveni status		Pojedinačna pitanja o postavljenim dijagnozama mentalnog i fizičkog zdravlja	X	X
3.	Uključenost i učestalost aktivnosti kockanja		Ček-lista kockarskih aktivnosti (modificirana verzija od Ricijaš i Dodig, 2013)	X	X
4.	Pitanja o modalitetu kockanja putem web-a i mobilnih aplikacija		Posebno konstruirana za potrebe ovog istraživanja	X	X
5.	Rizičnost-problematičnost kockanja		SOGS (South Oaks Gambling Screen, Lesieur and Bloom, 1987)	X	X
6.	A) Dg. poremećaja kockanja prema DSM-5 kriterijima - prije uključivanja u KLOK	B) Dg. alkoholizma prema DSM-5 kriterijima - prije uključivanja u KLA	DSM-5 kriteriji u verziji samoiskaza	X	X
7.	A) Pojedinačna pitanja o liječenju i obilježjima kockanja	B) Pojedinačna pitanja o liječenju i obilježjima konzumacije alkohola	Varijable posebno konstruirane za potrebe ovog istraživanja	X	X
8.	Mehanizmi suočavanja sa stresom		CISS (Coping Inventory Stress Situations, Endler i Parker, 1990)	X	X
9.	Impulzivnost		BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale, Version 11, Paton i sur., 1995)	X	X
10.	Simptomi psihopatologije (anksioznost, depresivnost i stresne situacije)		DASS – 21 (Depression, Anxiety, Stress Scale, Lovibond SH i Lovibond PF, 1995)	X	X
11.	A) Dg. poremećaja kockanja prema DSM-5 kriterijima - u posljednja 3 mjeseca	B) Dg. alkoholizma prema DSM-5 kriterijima - u posljednja 3 mjeseca	DSM-5 kriteriji u verziji samoiskaza	X	X

12.	Pojedinačna pitanja o obilježjima odnosa s: - partnerom/icom - članovima obitelji - kolegama na poslu - prijateljima	Posebno konstruirane varijable za potrebe ovog istraživanja	X	X
13.	Procjena prekomjerne konzumacije alkohola	AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Tool)	X	X

Upitnik o općim i sociodemografskim podacima

Za potrebe ovog istraživanja kreirali smo upitnik općih podataka o ispitanicima (sudionicima istraživanja), a kojim su se dobile informacije o dobi, spolu, bračnom statusu, djeci, najvišoj školskoj spremi, obrazovanju te o mjesečnim prihodima.

Upitnik o zdravstvenom statusu

Upitnik o zdravstvenom statusu sadrži pojedinačna pitanja o postavljenim dijagnozama mentalnog i fizičkog zdravlja. Prva skupina pitanja (prve četiri tvrdnje) ispituje trenutno bolovanje od težih tjelesnih bolesti, primjerice zloćudne bolesti, ciroze jetre i sl. Druga skupina pitanja (sljedeće tri tvrdnje) ispituje je li osoba ikada bolovala od nekih težih neuroloških bolesti, poput epilepsije ili moždanog udara. Treća, posljednja skupina pitanja (7 tvrdnji) ispituje je li sudioniku ikada dijagnosticiran neki psihički poremećaj, poput poremećaja raspoloženja ili anksioznih poremećaja. Na sva postavljena pitanja sudionici su mogli odgovoriti s na dihotomnoj ljestvici odgovora (ne ili da).

Ček-lista kockarskih aktivnosti

Upitnik predstavlja modificiranu i skraćenu verziju Upitnika aktivnosti kockanja (266) te sadrži pitanja o vrstama i učestalosti igranja određenih igara na sreću na prostoru Hrvatske. U upitniku je navedeno ukupno šest najzastupljenijih igara na sreću na našim prostorima, od kojih je pet formalnih (one koje službeno postoje na tržištu, registrirane su od formalnih priređivača), te jedna neformalna (odnosi se na kartanje za novac među prijateljima). Formalne igre na sreću uključivale su igranje lota, jednokratnih srećki, sportsko kladenje, igre na automatima i rulet. Zadatak sudionika bio je za svaku igru označiti jesu li je ikada u životu igrali te, ukoliko jesu, koliko često to čine. Ljestvica odgovora je skala od 7 stupnja, pri čemu

brojevi koje su sudionici zaokruživali imaju sljedeća značenja: 0=nikada, 1=jednom godišnje ili manje od toga, 2=par puta godišnje, 3=jedan do dva puta mjesečno, 4=jednom tjedno, 5=par puta tjedno, 6=svakodnevno.

Pitanje o kockanju putem Interneta i mobilnih aplikacija

Posebno konstruirano pitanje za potrebe ovog istraživanja u kojem je navedeno 5 najčešćih igara na sreću koje se mogu u Hrvatskoj igrati preko Interneta i/ili mobilnih aplikacija, pri čemu ispitanik treba označiti koju je od navedenih igara igrao za novac: sportsko klađenje, lutrijske igre (loto, Eurojackpot i slično), automati, rulet i kartaške igre.

Pojedinačna pitanja o liječenju i obilježjima konzumacije alkohola te o kockanju

Pitanja u ovom djelu odnose se na načine kako je sudionik liječio ovisnost o alkoholu/kockanju, dob prve konzumacije alkohola/dob prvog kockanja, duljina konzumacije alkohola/kockanja na način koji se danas opisuje kao problematičan prije javljanja na liječenje, koliko dugo su članovi Kluba, koliko redovito dolaze u Klub, jesu li imali recidive od ulaska u Klub te koliko dugo apstiniraju.

Pitanja o kvaliteti socijalnih interakcija

Upitnik za procjenu socijalnih interakcija sadrži posebno konstruirane varijable za potrebe ovog istraživanja kojima se istražuju interakcije koje ovisnik o alkoholu, odnosno ovisnik o kockanju ima s partnerom/icom, članovima obitelji, kolegama na poslu te s prijateljima. Ispitanik na ljestvici odgovora od 5 stupnjeva (pri čemu je 1=jako sam nezadovoljan, a 5=jako sam zadovoljan) izražava svoj stupanj zadovoljstva u navedenim odnosima, odnosno ispitanik ocjenjuje zadovoljstvo odnosom, procjenjuje podršku i razumijevanje u odnosu te koliko često ulazi u sukobe.

Upitnik South Oaks Gambling Screen (SOGS)

South Oaks skala kockanja (South Oaks Gambling Screen-SOGS) mjera je samoiskaza utemeljena na DSM-III kriterijima za patološko kockanje koja se koristi za (samo)procjenu

rizičnosti kockanja, odnosno za razlikovanje tri skupine kockara: (1) društveni, (2) rizični/problematični i (3) patološki kockari (267). Radi se o popularnom i široko primjenjivanom instrumentu samoprocjene problema povezanih s kockanjem, koji je posljednjih tridesetak godina postao „zlatni standard“ za procjenu rizičnosti kockanja metodom samoiskaza (268-271). Iako je upitnik izvorno bio usklađen s kriterijima u DSM-III klasifikaciji, postoji dobra korelacija između DSM-IV kriterija za patološko kockanje i upitnika SOGS, te je konvergentna valjanost s DSM-IV kriterijima $r=.92$. (272). Jedna od kritika SOGS upitnika odnosila se na lažno pozitivne nalaze u prevalencijskim studijama, odnosno SOGS upitnik je u istraživanjima detektirao veći broj osoba s problemom kockanja nego što je realno, u odnosu na ispitivanja koja su bila temeljena na DSM-IV kriterijima. Međutim, izdavanjem DSM-5 klasifikacije u kojoj je prag za postavljanje dijagnoze spušten s 5 na 4, te je smanjen broj kriterija (ima ih 9 umjesto ranijih 10 u DSM-IV klasifikaciji) dolazi do približavanja, odnosno ujednačavanja SOGS-a s dijagnostičkim kriterijima u izdanoj klasifikaciji (99,273). Ostale kritike SOGS-a odnosile su se na prenaplašavanje financijskih posljedica, te na činjenicu da su kao temelj instrumenta poslužili DSM-III kriteriji koji služe za postavljanje psihijatrijske dijagnoze (274). Upitnik konzistentno pokazuje dobre metrijske karakteristike u različitim istraživanjima i kulturama, a računanjem ukupnog rezultata dobiva se informacija o razini izraženosti psihosocijalnih problema, pri čemu veći broj bodova označava i veći intenzitet problema s kockanjem (2,99,275,276).

Upitnik se sastoji od 26 tvrdnji, dok se za kategorizaciju psihosocijalnih problema i postavljanje dijagnoze boduje njih 20. Svaka tvrdnja boduje se s 0 ili 1, ovisno o potvrdnom ili niječnom odgovoru na postavljeno pitanje, stoga je teorijski raspon ukupnog rezultata od 0 do 20. Primjeri tvrdnji su: „Jeste li se ikada osjećali da biste htjeli prestati s kockanjem/klađenjem, ali ste mislili da to ne možete učiniti?“, „Koliko često ste se vraćali drugi dan kako biste pokušali vratiti novac izgubljen kockanjem/klađenjem?“, „Jeste li ikada posudili novac od nekoga i potom ga niste vratili, radi kockanja/klađenja?“. Kategorizacija za postavljanje dijagnoze ima sljedeće razrede: 0 bodova=nepostojanje problema povezanih s kockanjem, 1-4 boda=neki problemi povezani s kockanjem; 5 ili više bodova= vjerojatno patološko kockanje.

Stinchfield je u svom istraživanju pokazao kako upitnik ima zadovoljavajuću pouzdanost i valjanost u uzorku opće populacije (Cronbach alpha $\alpha=.69$) te u uzorku osoba koje kockaju

(Cronbach alpha $\alpha=.86$), osjetljivost testa je .94, a specifičnost .99 (u općoj populaciji i kod patoloških kockara) (276).

U uzorku sudionika ovog istraživanja također su potvrđene dobre metrijske karakteristike, te je dobiven vrlo visoki koeficijent pouzdanosti na ukupnom uzorku svih sudionika, i ovisnika o kockanju i ovisnika o alkoholu, na način da Cronbachov alpha iznosi $\alpha=.97$. Kada se analizira primjena SOGS-a u svakom subuzorku zasebno, onda koeficijent pouzdanosti za skupinu koju čine članovi KLOK-a iznosi $\alpha=.58$, a za skupinu koju čine članovi KLA $\alpha=.93$. Niži alfa koeficijent za podskupinu ovisnika o kockanju moguće je objasniti manjim uzorkom sudionika, što je svakako potrebno provjeriti daljim istraživanjima na većim kliničkim uzorcima ovisnika o kockanju na hrvatskim prostorima.

DSM-5 skala za ovisnost o alkoholu - verzija samoprocjene

Strukturirani upitnik samoprocjene prema DSM-5 kriterijima za ovisnost o alkoholu odnosio se na samoprocjenu ponašanja i osjećaja (simptoma) kod sudionika prije uključivanja u klub liječenih ovisnika o alkoholu.

Upitnik se sastoji od 11 tvrdnji na koje sudionici odgovaraju na dihotomnoj ljestvici odgovora, s „ne“ ili „da“, ovisno o tome kako pojedine tvrdnje opisuju njihova iskustva prije uključivanja u klub. Primjeri tvrdnji su: „Jeste li alkohol često uzimali u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što ste namjeravali?, „Jeste li imali žudnju, snažnu želju ili poriv za uzimanjem alkohola?“, „Jeste li ponavljano uzimali alkohol u situacijama u kojima je to fizički opasno?“. Svaki potvrdni odgovor boduje se jednim bodom, a niječan s nulom. Teorijski, ukupan rezultat je stoga od 0 do 11, a prema DSM-5 dijagnostičkom priručniku (10) težina ovisnosti označava se kao blaga, ako je sudionik pozitivno odgovorio na 2-3 tvrdnje, umjerena, ako je pozitivno odgovoreno na 4-5 tvrdnji, te kao teška, ako je pozitivno odgovoreno na najmanje 6 tvrdnji.

Nakon modifikacije dijagnostičkih kriterija u novom izdanju priručnika, istraživanja su pokazala odličnu konkordanciju s ranijim, DSM-IV-TR dijagnostičkim sustavom, te da osjetljivost i specifičnost kriterija prelaze 85% (10,52).

Na uzorku sudionika ovog istraživanja također su potvrđene dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alpha iznosi visokih $\alpha=.84$.

DSM-5 skala za ovisnost o kockanju – verzija samoprocjene

Strukturirani upitnik samoprocjene prema DSM-5 kriterijima za ovisnost o kockanju odnosio se na samoprocjenu ponašanja i osjećaja (simptoma) kod sudionika prije uključivanja u klub liječenih ovisnika o kockanju.

Devet dijagnostičkih kriterija iz DSM-5 priručnika modificirano je u tvrdnje koje se odnose na najčešće simptome ovisnosti o kockanju poput zaokupljenosti kockanjem, bezuspješnim pokušajima kontrole, smanjenja ili prekida kockanja, „lova gubitaka“ itd. Primjeri tvrdnji su: „Jeste li imali potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?“, „Jeste li osjećali nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?“ ili „Nakon što ste na kocki izgubili novac, jeste li se često vraćali drugi dan da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?“. Na sve tvrdnje sudionik istraživanja odgovara s „ne“ ili „da“. Svaki potvrdni odgovor bodovan je jednim bodom, pa je teorijski ukupan rezultat stoga od 0 do 9, a prema DSM-5 dijagnostičkom priručniku (10) težina ovisnosti označava se kao blaga, ako je sudionik pozitivno odgovorio na 4-5 tvrdnji, umjerena, ako je pozitivno odgovoreno na 6-7 tvrdnji, te kao teška ako je pozitivno odgovoreno na 8-9 tvrdnji.

Istraživanje Petryja i suradnika (98), a koje je izvorno analiziralo utjecaj isključivanja kriterija antisocijalnog ponašanja te smanjenja dijagnostičkog praga u DSM-5 klasifikacijskom sustavu na prevalenciju i dijagnostičku preciznost ovisnosti o kockanju, pokazalo je kako DSM-5 pokazuje jednaku internu konzistentnost kao i DSM-IV. Cronbachov alfa koeficijent je ostao konstantan ($\alpha=.95$), dok je *inter-item* korelacija $r=.60$ do $r=.79$. Navedeno je istraživanje nadalje pokazalo kako je na promatranom uzorku osjetljivost kriterija u DSM-5 klasifikaciji i nadalje vrlo visoka ($>97\%$) nakon uklanjanja kriterija koji se odnosio na antisocijalno ponašanje, jednako kao što je i vrlo visoka specifičnost ($>97\%$) nakon smanjenja dijagnostičkog praga.

Na uzorku sudionika ovog istraživanja ostvarena je zadovoljavajuća pouzdanost skale (Cronbachova $\alpha=.62$).

Test identifikacije poremećaja uzrokovanih alkoholom (AUDIT)

Upitnik za procjenu prekomjerne konzumacije alkohola (Alcohol Use Disorder Identification Tool – AUDIT) koji je razvila Svjetska Zdravstvena Organizacija često je korišten instrument za procjenu prekomjerne konzumacije alkohola koji se koristi za utvrđivanje navike konzumiranja alkohola i ocjenu ovisnosti o alkoholu, s jednakom uspješnošću kod žena i kod muškaraca (277).

AUDIT upitnik sastoji se od 10 pitanja pri čemu se pitanja od 1-3 odnose na konzumaciju alkohola, pitanja rednog broja 4-6 na ovisnost o alkoholu, a pitanja rednog broja 7-10 odnose se na probleme uzrokovane alkoholom. Raspon bodovanja za pitanja od 1 do 8 je od 0 do 4, pri čemu brojevi imaju sljedeća značenja: 0=nikada, 1=jednom mjesečno ili manje, 2=2 do 4 puta mjesečno, 3=2 do 3 puta tjedno i 4=više od tri puta tjedno. Mogući broj bodova na 9. i 10. pitanje je od 0 do 4, pri čemu 0 označava da osoba nije imala nikakve posljedice radi pijenja, 2 označava da je posljedica bilo, ali ne u prošloj godini, dok 4 označava da su se posljedice dogodile u protekloj godini. S obzirom na odgovore, najmanji mogući rezultat u ovom upitniku (za one koji ne piju) je 0, a najveći mogući rezultat je 40. Rezultat od 8 ili više kod muškaraca (7 ili više kod žena) indicira vjerojatnost riskantnog i škodljivog pijenja (278). Rezultat od 20 ili više visoko je suspektan za ovisnost o alkoholu te je potrebna daljnja dijagnostička obrada u tom smjeru (279).

Studija iz 2005. godine pokazala je kako AUDIT upitnik s pragom od 7/8 bodova ima osjetljivost od 81.8% i specifičnost od 76.1% za detektiranje problema uzrokovanih pijenjem. Nadalje, kada se kod ovog praga primjene MKB-10 kriteriji za postavljanje dijagnoze štetne uporabe alkohola odnosno ovisnosti o alkoholu, osjetljivost je bila 100% za štetnu uporabu alkohola i 93.8% za ovisnost o alkoholu, specifičnost je bila 69.9% za štetnu uporabu i 87.4% za ovisnost o alkoholu (280). Drugo istraživanje koje se bavilo proučavanjem metrijskih značajki najčešće korištenih upitnika za probir alkoholom uzrokovanih problema u općoj populaciji došlo je do zaključka kako je AUDIT pokazao nedovoljnu osjetljivost kod korištenja standardnog praga za detektiranje rizičnog pijenja i štetne uporabe alkohola, no zato je pokazao adekvatnu učinkovitost u detektiranju ovisnosti o alkoholu. U navedenom istraživanju je test-retest pouzdanost kod AUDIT-a tijekom razdoblja od 6 tjedana bila $r=0.88$ (281). Mackenzie i suradnici su 1996. godine (282) uspoređivali osjetljivost AUDIT-a, CAGE i MAST upitnika tjednog prekomjernog pijenja te su zaključili kako je ona 93%, 79% i 35 %, dok su Daepfen i suradnici (283) analizirali osjetljivost i specifičnost AUDIT-a u detekciji

ovisnosti o alkoholu u odnosu na strukturirani klinički intervju, i zaključili su kako je osjetljivost 91.7% a specifičnost 90.2% .

U našem istraživanju dobiveni rezultati pokazuju vrlo visok koeficijent pouzdanosti upitnika – Cronbachov alfa iznosi visokih $\alpha=.95$.

Skala suočavanja sa stresnim situacijama (C I S S)

Skala suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (Coping Inventory for Stresful Situations - CISS) predstavlja široko primjenjivani instrument za mjerenje suočavanja sa stresom. Upitnik sadrži 48 čestica koje čine tri subskale (po 16 tvrdnji) a odnose se na tri dimenzije suočavanja: (1) suočavanje usmjereno na emocije, (2) suočavanje usmjereno na problem i (3) izbjegavanje. Skala izbjegavanja može se još podijeliti na dvije subskale: distrakciju i socijalnu diverziju.

Zbog relativno visoke i značajne povezanosti između faktora distrakcije i socijalne diverzije, Endler i Parker obje skale tretiraju kao jednu koja mjeri strategiju suočavanja sa stresom izbjegavanjem. Zadatak ispitanika je da procjeni u kojoj mjeri koristi određeni tip aktivnosti/ponašanje kad se susretne sa stresnom situacijom na skali od pet stupnjeva (1- uopće ne do 5 – u potpunosti da). Rezultat na svakoj od tri subskale predstavlja zbroj rezultata dobivenih na pojedinim česticama. Više vrijednosti na pojedinim subskalama znače da osoba u stresnim situacijama više pribjegava načinima ponašanja koja se odnose na određenu strategiju suočavanja, s time da je srednja normativna vrijednost za sve tri skale 50 (SD=10) (214).

Autori upitnika su u istraživanjima na različitim uzorcima (odrasle osobe i psihijatrijski bolesnici) utvrdili kako upitnik ima visoku unutarnju konzistentnost koja za sve tri skale prelazi .80 (284). Osim navedenog istraživanja koje su proveli sami autori upitnika i druga su istraživanja pokazala kako je unutarnja konzistentnost upitnika dobra, pri čemu su se vrijednosti kretale od .72 do .92 (285,286). Za hrvatski uzorak Sorić i Proroković (287) navode rezultate unutarnje pouzdanosti tipa Cronbach alfa za sve skale CISS upitnika: Suočavanje usmjereno na emocije $\alpha=.82$, Suočavanje usmjereno na problem $\alpha=.80$, Izbjegavanje $\alpha=.80$, Distrakcija $\alpha=.73$ i Socijalna diverzija $\alpha=.76$.

Na uzorku sudionika ovog istraživanja također su potvrđene dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti za skalu Suočavanja usmjerenog na problem iznosi

$\alpha=.88$, za Skalu suočavanja usmjerenog na emocije iznosi $\alpha=.86$, dok za skalu koja se odnosi na Izbjegavanje iznosi $\alpha=.78$.

Barratova skala procjene impulzivnosti (BIS-11)

Jedanaesta verzija Barratove Skale Impulzivnosti (Barratt impulsiveness Scale, BIS-11) mjera je samoiskaza sastavljena od tvrdnji koje imaju za cilj otkrivanje tragova impulzivnosti. Skala je razvijena s ciljem procjene impulzivnog i s impulzivnošću povezanog ponašanja i razmišljanja te je izvorno promatrala impulzivnost kao jednodimenzionalnu kategoriju ličnosti, ortogonalno mjerama anksioznosti. BIS-11 mjeri impulzivnost kroz tri čimbenika drugog reda:

- 1) namjernu impulzivnost koja se definira kao nedostatna fokusiranost na aktualne zadatke i koja obuhvaća dva čimbenika prvog reda, a to su pozornost i kognitivna nestabilnost;
- 2) motoričku impulzivnost koja se definira kao djelovanje bez inhibicije i prethodnog razmišljanja, a obuhvaća dva čimbenika prvog reda i to motoričku impulzivnost i ustrajnost, te
- 3) neplanirajuću impulzivnost koja se definira kao veća fokusiranost na sadašnjost u odnosu na budućnost, ima dva čimbenika prvog reda, samokontrolu i kognitivnu kompleksnost (288).

Aktualna verzija Barratove skale impulzivnosti sastoji se od 30 čestica koje opisuju česta impulzivna ili neimpulzivna (za obrnuto bodovane tvrdnje) ponašanja i preference, podijeljene na ranije navedene čimbenike prvog i drugog reda. Sudionik istraživanja odgovara na svaku od tvrdnji izražavajući koliko je često u ispitivanom vremenskom intervalu doživljavao stanje opisano u tvrdnji, na način da zaokruži jedan od odgovora na ljestvici od četiri stupnja. Zbraja se ukupan broj bodova za svaku tvrdnju, s posebnom pozornošću na obrnuto bodovane odgovore te se potom impulzivnost analizira prema tablici koja se nalazi u prilogu.

Skala je provjerena na uzorku osoba koji su sačinjavali studenti, ovisnici o psihoaktivnim tvarima, psihijatrijski pacijenti i pritvorenici te je zaključeno kako ima dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alfa iznosi $\alpha=.83$ te skala ima dobru test-retest pouzdanost, Spearmanov $\rho=.83$ (289).

Rezultati našeg istraživanja pokazali su prihvatljive koeficijente pouzdanosti, Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti za faktor Namjerne impulzivnosti iznosi $\alpha=.74$, za faktor Motoričke impulzivnosti iznosi $\alpha=.60$ dok za faktor Neplanirajuće impulzivnosti iznosi $\alpha=.67$.

Skala za procjenu depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21)

Skala za procjenu depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21) služi procjeni simptoma psihopatologije kod ispitanika. Ispitanik odgovara na svaku od 21 tvrdnje, izražavajući koliko je često u ispitivanom vremenskom intervalu doživljavao stanje opisano u tvrdnji, na način da zaokruži jedan od odgovora na ljestvici od četiri stupnja. Svaka od 3 subskale (subskale depresivnosti, anksioznosti i stresa) sastoji se od 7 tvrdnji, s time da subskala depresivnosti mjeri beznadežnost, nisko samopoštovanje i snižen pozitivni afekt (tvrdnje pod rednim brojem: 3,5,10,13,16,17,21); subskala anksioznosti procjenjuje simptome pojačane pobuđenosti autonomnog živčanog sustava, mišićno-skeletne simptome, situacijsku anksioznost i subjektivno iskustvo anksioznosti (tvrdnje pod rednim brojem: 2,4,7,9,15,19,20), dok subskala stresa procjenjuje tenziju, agitaciju i negativni afekt (tvrdnje pod rednim brojem: 1,6,8,11,12,14,18). S obzirom da je izvorna skala sadržavala 42 tvrdnje, ukupan zbroj bodova koji se dobije u svakoj subskali se množi s 2 i potom se intenzitet ocjenjuje prema tablici koja se nalazi u prilogu. Iako se izvorno DASS-21 odnosio na razdoblje od „proteklih tjedan dana“, vremenski okvir u testu se može promijeniti, te je u našem istraživanju naveden vremenski okvir „posljednjih godinu dana“ (290).

Istraživanje koje su proveli Antony i suradnici (291) pokazalo je kako je DASS-21 instrument visoke interne konzistentnosti, Cronbachov alfa za subskalu Depresivnosti iznosi $\alpha=.94$, za Anksioznost $\alpha=.87$ i Stres $\alpha=.91$. Korelacija između subskale Stres i Depresivnost iznosi $r=.94$, između subskala Stres i Anksioznost iznosi $r=.53$, a subskale Anksioznost i Depresivnost su u korelaciji $r=.28$. Također je provedena validacijska studija hrvatske inačice upitnika na heterogenom kliničkom uzorku od 208 psihijatrijskih pacijenata, prosječne dobi 46 godina. Studija je pokazala kako je Cronbachov alfa za subskale depresivnosti, anksioznosti i stresa vrlo visok ($\alpha=.92$, $\alpha=.89$, $\alpha=.93$), da je visoka interkorelacija između tri subskale ($r=.76$ do $r=.86$), te da upitnik ima zadovoljavajuća psihometrijska obilježja (292).

U uzorku sudionika ovog istraživanja također su potvrđene vrlo dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alpha koeficijent iznosi $\alpha=.90$ za subskalu depresivnosti, za subskalu anksioznosti $\alpha=.90$, dok za subskalu stresa iznosi visokih $\alpha=.91$.

3.3. Postupak provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od lipnja do listopada 2016.g. na uzorku kojeg su činili članovi klubova liječenih alkoholičara (KLA) i članovi klubova liječenih ovisnika o kockanju (KLOK) na području grada Zagreba. Radi se o transverzalnom-korelacijskom istraživačkom nacrtu u jednoj vremenskoj točki s dvije nezavisne skupine sudionika, u kojem su članovi KLOK i KLA klubova ispunjavali instrumentarij posebno konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

Sudionici su anketni upitnik popunjavali na redovitim sastancima kluba, a ispunjavanje upitnika trajalo je između 20 i 25 minuta. Prikupljanje podataka provedeno je po principu papir-olovka. Svi sudionici bili su upoznati s osnovnim ciljem istraživanja te su dali svoj dobrovoljni pisani informirani pristanak za sudjelovanjem.

Anketni upitnik bio je anoniman, a sudionicima je sugerirano da u odgovaranju budu iskreni iznoseći vlastita iskustva, odnosno da nema točnih i netočnih odgovora, dok god iskreno iskazuju svoje iskustvo, svoju percepciju i samoprocjenu. Sudionici su u bilo kojem trenutku mogli odustati od ispunjavanja upitnika, bez obrazloženja i bez ikakvih posljedica.

Provođenje istraživanja je odobreno od strane Saveza klubova liječenih alkoholičara i od strane Etičkog povjerenstva Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, te je provedeno u skladu s principima sadržanim u Helsinškoj Deklaraciji.

3.4. Metode obrade podataka

U svrhu ostvarivanja istraživačkih ciljeva ovog transverzalno-korelacijskog istraživačkog nacrta, uz deskriptivnu statistiku (frekvencije odgovora, χ^2 -test), korištena je neparametrijska metoda testiranja razlika između subuzoraka. Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilkov test pokazali su značajna odstupanja od normalne distribucije, zbog čega su razlike između sudionika provjeravane Mann-Whitneyev U-testom, uz testiranje veličine efekta za neparametrijske statističke analize, te je također računan i Spearmanov-rho koeficijent korelacije.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1. Obilježja kockanja i psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o kockanju u KLOK-u

Kako bismo dobili uvid i utvrdili samoiskazanu učestalost kockanja pacijenata prije uključivanja u KLOK-u, izračunali smo frekvencije odgovora na Ček-listi kockarskih aktivnosti za svaku pojedinu igru (Tablica 4.). Iz rezultata je vidljivo kako su se sudionici najčešće kladili na sportske rezultate, njih 87%, potom su igrali igre na automatima 75.9%, rulet i loto igre je igralo 70.4% sudionika, jednokratne srećke je igralo 57.4%, a 42.6% sudionika je kartalo za novac s prijateljima. Što se tiče učestalosti, uočavamo da sudionici samoiskazom izvještavaju o jako učestalom kockanju igara s visokim adiktivnim potencijalom u razdoblju prije uključivanja u KLOK, pri čemu se redovito (jedanput tjedno ili češće od toga) 70.3% sudionika kladilo na sportske rezultate, 50.0% sudionika je redovito igralo igre na aparatima, a rulet u casinu igralo je redovito 26.0% sudionika. U usporedbi s navedenim igrama, frekvencija igranja lutrijskih igara bila je manja, pa je tako loto redovito igralo svega 5.6% sudionika, jednokratne srećke 3.8% sudionika, dok je 7.4% sudionika redovito kartalo za novac s prijateljima.

Tablica 4. Samoiskaz učestalosti kockanja ovisnika o kockanju prije uključivanja u KLOK (n=54)

IGRE		NIKADA	1X godišnje ili manje	Par puta godišnje	1-2x mjesečno	1x tjedno	Par puta tjedno	Svako- dnevno
Loto igre (Lotto 6/45, EuroJackpot, Bingo i sl.)	N	16	10	19	6	1	2	0
	%	29.6	18.5	35.2	11.1	1.9	3.7	0.0
Jednokratne srećke / strugalice	N	23	12	14	3	1	1	0
	%	42.6	22.2	25.9	5.6	1.9	1.9	0.0
Sportsko kladenje	N	7	2	6	1	2	10	26
	%	13.0	3.7	11.1	1.9	3.7	18.5	48.1
Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i sl.)	N	13	4	7	3	2	13	12
	%	24.1	7.4	13.0	5.6	3.7	24.1	22.2
Rulet u casinu	N	16	11	9	4	3	7	4
	%	29.6	20.4	16.7	7.4	5.6	13.0	7.4
Kartanje za novac (s	N	31	12	4	2	2	2	1

prijateljima, kod kuće i sl.)	%	57.4	22.2	7.4	3.7	3.7	3.7	1.9
-------------------------------	---	------	------	-----	-----	-----	-----	-----

Ovisnicima o kockanju u KLOK-u postavili smo pitanja u kojima smo tražili da se prisjete dobi početka kockanja te da probaju odrediti vremensku liniju od početka kockanja do pojave problema uzrokovanih kockanjem pa sve do javljanja liječenja. Radi se o samoprocjeni koja se dobiva s određenim vremenskim odmakom pa se samim time dobiveni podaci ne moraju nužno poklapati s realnom dobi kada su počeli kockati ili kada su se realno pojavili problemi s kockanjem.

Tablica 5. Obilježja kockanja članova KLOK-a prije ulaska u klub (n=54)

	N	Min	Max	M	SD
S koliko godina ste prvi puta kockali?	54	7	41	18.83	6.53
S koliko godina ste prvi puta imali osjećaj da imate problem s kockanjem?	54	18	45	28.37	7.67
Koliko dugo ste kockali na način koji danas doživljavate problematičnim prije nego što ste se javili na liječenje (u mjesecima)?	54	2	30	7.59	6.03

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

Iz Tablice 5. vidljivo je kako je najranije iskustvo prvog kockanja bilo u dobi od 7 godina, dok je najkasniji početak kockarskih aktivnosti bio u dobi od 41 godine, pri čemu je prosječna dob početka kockanja bila 18.8 godina. Kada promatramo s koliko godina su prvi puta imali osjećaj da imaju problema s kockanjem, prosječna dob bila je 28.37 godina, što znači da su u prosjeku kockali 10 godina prije nego su shvatili da imaju problem. Iz tablice je također vidljivo da prođe u prosjeku 7.7 mjeseci od kada misle da imaju problem dok se ne jave na liječenje.

Upotrebom DSM-5 skale samoprocjene članovi KLOK-a su procijenili svoja ponašanja i osjećaje prije početka liječenja i potom su kategorizirani obzirom na ukupan zbroj bodova. Jednako kao i ovisnici o alkoholu, svi su sudionici zadovoljavali i formalno kriterije za postavljanje dijagnoze patološke sklonosti kockanju prema MKB-10 klasifikacijskom sustavu, a ovom smo samoprocjenom htjeli dobiti uvid u njihovu razinu razumijevanja i kritičnosti u probleme uzrokovane kockanjem.

Iz frekvencija odgovora za svaku pojedinu tvrdnju vidljiva je visoka zastupljenost svih devet dijagnostičkih kriterija modificiranih u tvrdnje samoiskaza. Svi sudionici su pozitivno odgovorili na tvrdnju koja se odnosila na laganje s ciljem prikrivanja uvučenosti u kockanje, njih 92.6% se oslanjalo na druge kako bi olakšali financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem te je jednako toliko sudionika „lovilo dugove“, odnosno vraćalo se drugi dan kako bi nadoknadili izgubljeni novac. Iz Tablice 6. je nadalje vidljivo kako je 90.7% sudionika bilo često okupirano kockanjem, 87.8% je imalo višestruka i neuspješna nastojanja da kontroliraju, smanje ili prestanu s kockanjem, 85.2% je kockalo vremenom za sve veće iznose, odnosno razvijalo toleranciju i jednako toliko sudionika je kockalo kada se osjećalo loše, dok je simptome sustezanja odnosno nemir ili razdražljivost kada nisu mogli kockati osjećalo 77.8% sudionika. Najmanje sudionika pozitivno je odgovorilo na tvrdnju koja se odnosi na socijalne posljedice kockanja, odnosno utjecaj kockanja na vezu, posao ili obrazovne prilike, ukupno 66.7% sudionika.

Tablica 6. Frekvencije odgovora na tvrdnjama DSM-5 skale samoprocjene ovisnosti o kockanju prije KLOK-a (n=54)

TVRDNJA	NE (%)	DA (%)
1. Jeste li imali potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	14.8	85.2
2. Jeste li osjećali nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	22.2	77.8
3. Jeste li imali ponovljena neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka kockanja?	13.0	87.8
4. Jeste li često bili zaokupljeni kockanjem (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	9.3	90.7
5. Jeste li ste često kockali kada ste se osjećali loše (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)	14.8	85.2
6. Nakon što ste na kocki izgubili novac, jeste li se često vraćali drugi dan da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	7.4	92.6
7. Jeste li lagali kako biste prikrili veličinu uključenosti u kockanje?	0.0	100.0
8. Jeste li ugrozili ili izgubili važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	33.3	66.7
9. Jeste li se oslanjali na druge kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	7.4	92.6

Ukupan teorijski raspon u DSM-5 skali samoprocjene je od 0 do 9 bodova, a težina ovisnosti označava se kao blaga, ako je sudionik afirmativno odgovorio na 4-5 tvrdnji, umjerena, ako je afirmativno odgovoreno na 6-7 tvrdnji te kao teška, ako je afirmativno odgovoreno na 8-9 tvrdnji. Iz Tablice 7. vidljivo je kako je realan raspon bodova u ispitivanju bio od 4 do 9, odnosno da je aritmetička sredina bila 7.77 bodova, što znači da su svi sudionici zadovoljavali kriterije za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju, pri čemu je najveći broj sudionika ispunjavao kriterije za tešku ovisnosti o kockanju, njih 64.8%, 22.2% je ispunjavalo kriterije za umjerenu ovisnost o kockanju, dok je 13.0% sudionika ispunjavalo kriterije za dijagnozu blage ovisnosti o kockanju (Tablica 8.). Zaključno se može reći da rezultati upućuju na relativno visoku razinu samokritičnosti i uvida kod sudionika istraživanja, odnosno pacijenata u KLOK-u.

Tablica 7. Ukupni rezultati na DSM-5 skali za ovisnost o kockanju – prije KLOK-a (n=54)

	N	MIN	MAX	M	SD
DSM-5 UKUPNI REZULTATI	54	4.00	9.00	7.77	1.48

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

Tablica 8. Kategorizacija ovisnosti o kockanju prema DSM-5, prije KLOK-a (n=54)

RAZINA PROBLEMA	N	%
BLAGA OVISNOST O KOCKANJU	7	13.0
UMJERENA OVISNOST O KOCKANJU	12	22.2
TEŠKA OVISNOST O KOCKANJU	35	64.8

Za ispitivanje izraženosti problema povezanih s kockanjem korišten je i SOGS upitnik s ciljem samoprocjene problema povezanih s kockanjem, no za razliku od DSM-5 upitnika koji se odnosio na razdoblje prije liječenja, ovdje su sudionici procjenjivali iskustva s kockanjem koja su imali tijekom života.

Kada se gleda zastupljenost pojedinih tvrdnji (Tablica 9.) najveći broj članova KLOK-a odgovorio je potvrdno na pitanje koje se odnosi na gubitak kontrole, njih 96.3% se kladilo odnosno kockalo više nego što su namjeravali, a 88.9% sudionika je htjelo prestati s kockanjem, ali je mislilo da to nisu u stanju. Kada je riječ o utjecaju kockanja na ljude u najbližoj okolini, iz Tablice 9. je vidljivo kako je čak 94.4% sudionika skrivalo kockanje od supruge/supružnika, djece ili drugih važnih ljudi u životu, 92.6% ljudi se prepiralo s ljudima s kojima žive radi upravljanja novcem, kod 85.2% sudionika su te prepirke bile vezane uz kockanje ili klađenje, a 79.6% sudionika se nalazilo u situaciji da su ih drugi ljudi kritizirali radi kockanja/klađenja. Iz Tablice 9. je nadalje vidljivo da se čak 90.7% sudionika osjećalo loše zbog načina na koji kockaju ili zbog onog što im se događalo dok su kockali, te da je ukupno 77.8% njih imalo osjećaj da je kockanje ili klađenje za njih problem. Svi su sudionici odgovorili potvrdno na pitanje koje se odnosi na „lov na dugove“, odnosno njih 66.7% se u većini slučajeva vraćalo drugi dan kako bi nadoknadili izgubljeno, njih 22.2% je to činilo svaki puta kada bi izgubili, a 11.1% je to činilo povremeno. Racionaliziranje kockanja, odnosno razvijanje kognitivnih distorzija o kockanju kao načinu da se dobije novac mada su u realitetu novac gubili, imalo je ukupno 85.2% kockara u KLOK-u. Jednako kao i u DSM-5 skali samoprocjene, i ovdje je najmanji broj sudionika odgovorio potvrdno na pitanje koje se odnosi na posljedice kockanja na socijalno funkcioniranje, odnosno 59.3% sudionika izostalo je s posla, škole ili drugih obveza radi kockanja/klađenja.

Kada je riječ o nabavljanju novca za kockanje/klađenje, 70.4% sudionika je posudilo novac od nekoga za kockanje i potom ga nisu vratili. Kako je vidljivo iz Tablice 10. za financiranje kockanja/klađenja najveći broj sudionika, njih 94.4%, koristio je kućni budžet, 79.6% kockara koristilo je maksimalno prekoračenje s tekućeg računa, a kredite u banci, kreditnim zadrugama ili kompanijama za zajmove koristilo je 70.4% kockara. Iz tablice je nadalje vidljivo kako je najmanji broj kockara novac pribavljao prodajom dionica ili obveznica, njih 24.1% te posuđivanjem novca od kamatarata, njih 29.6%.

Tablica 9. Frekvencije odgovora na tvrdnjama SOGS upitnika članova KLOK-a, pitanja 1-12 (n=54)

		NIKADA	Povremeno ali manje od 1/2 puta kada sam izgubio/la	Većinu puta kada sam izgubio	Svaki puta kada sam izgubio/la
1. Koliko često ste se vraćali drugi dan kako bi pokušali vratiti novac izgubljen kockanjem/klađenjem?	N	0	6	36	12
	%	0.0	11.1	66.7	22.2
2. Jeste li ikada tvrdili da kockanjem dobivate novac, a da to nije bilo tako odnosno da ste zapravo gubili		NIKADA	Da, manje od polovice puta kada sam gubio	Da, većinu vremena	
	N	8	23	23	
	%	14.8	42.6	42.6	
3. Jeste li se ikada osjećali kao da je kockanje ili klađenje za Vas problem?		NE	DA	Da, ranije, ali ne danas	
	N	12	32	10	
	%	22.2	59.3	18.5	
4. Jeste li se ikada kockali ili kladili više nego što ste namjeravali?	N	2	52		
	%	3.7	96.3		
5. Jesu li Vas ljudi kritizirali radi kockanja/klađenja ili Vam rekli da imate problem, bez obzira jeste li se slagali s njima ili ne?	N	11	43		
	%	20.4	79.6		
6. Jeste li se osjećali loše zbog načina na koji kockate / kladite se, ili zbog onoga što Vam se događalo dok kockate / kladite se?	N	5	49		
	%	9.3	90.7		
7. Jeste li se ikada osjećali da biste htjeli prestat s kockanjem / klađenjem, ali ste mislili da to ne možete učiniti?	N	6	48		
	%	11.1	88.9		
8. Jeste li ikada skrivali listiće od klađenja, lutrije, novac od klađenja ili druge znakove klađenja ili kockanja od Vaše supruge/supružnika, djece ili drugih važnih osoba u Vašem životu?	N	3	51		
	%	5.6	94.4		
9. Jeste li se ikada prepirali s osobama s kojima živite oko toga kako upravljate novcem?	N	4	50		
	%	7.4	92.6		
10. (Ako ste odgovorili s „da“ na pitanje broj 9) Jesu li prepirke oko novca ikada bile vezane uz Vaše kockanje/klađenje?	N	8	46		
	%	14.8	85.2		
11. Jeste li ikada posudili novac od nekoga i potom ga niste vratili radi kockanja/klađenja?	N	16	38		
	%	29.6	70.4		
12. Jeste li ikada izostali s posla ili škole ili drugih obveza zbog kockanja/klađenja?	N	22	32		
	%	40.7	59.3		

Tablica 10. Frekvencije odgovora na tvrdnje SOGS upitnika članova KLOK-a, načini financiranja kockanja/klađenja, 13. pitanje (n=54)

13. Ako ste posudili novac za kockanje ili vraćanje kockarskih dugova, od koga je to bilo?	NE (%)	DA (%)
a. Od kućnog budžeta	5.6	94.4
b. Od supružnika/ce ili partnera/ice	40.7	59.3
c. Od rođaka ili kumova	35.2	64.8
d. Od banke, kreditnih zadruga ili kompanija za zajmove	29.6	70.4
e. Od kreditnih kartica	33.3	66.7
f. Od kamatara	70.4	29.6
g. Od novca kojeg ste imali u obveznicama, dionicama i sl.	75.9	24.1
h. Od novca nakon prodaje osobne ili obiteljske imovine	48.1	51.9
i. Od novca posuđenog s tekućeg računa (odlazak u minus)	20.4	79.6

S obzirom na ukupan zbroj bodova, svi sudionici su kategorizirani na sljedeći način: 0 bodova: nepostojanje problema povezanih s kockanjem, 1-4 boda: neki problemi povezani s kockanjem; 5 ili više bodova: vjerojatno patološko kockanje. Ukupan teorijski raspon bodova na ovom upitniku je 0-20, a kako je vidljivo iz Tablice 11. realni raspon bodova kod članova KLOK-a bio je od 8-14, aritmetička sredina bila je 14.57, što znači da su svi sudionici prešli bodovni prag (pet i više bodova) za postavljanje sumnje na patološko kockanje. Primjenom SOGS-a također smo potvrdili relativno visoku razinu uvida i samokritičnosti kod sudionika, jednako kao i DSM-5 upitnikom.

Tablica 11. Ukupni rezultati SOGS-a kod članova KLOK-a tijekom života(n=54)

	N	MIN	MAX	M	SD
SOGS-KLOK UKUPNI REZULTATI	54	8.00	18.00	14.57	2.68

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

Nakon prikaza rezultata SOGS upitnika i DSM-5 skale samoprocjene pristupilo se i provjeri povezanosti između ukupnih rezultata koji se ostvaruju na ova dva instrumenta. Testirala se normalnost distribucije na ukupnom rezultatu DSM-a skale samoprocjene pri čemu Kolmogorov-Smirnov test (statistic=.257; df=54; $p<.001$) i Shapiro-Wilkov test (statistic=.792; df=54; $p<.001$) potvrđuju da distribucija nije normalna. Na ukupnim rezultatima SOGS upitnika također je potvrđeno značajno odstupanje od normalne distribucije (Kolmogorov-Smirnov test: statistic=.193; df=54; $p<.001$; Shapiro-Wilkov test: statistic=.916; df=54; $p<.001$). S obzirom da je kod oba upitnika identificirano značajno odstupanje od normalne distribucije računao se Spearmanov-rho koeficijent korelacije koji iznosi $r=.521$ ($p<.001$) čime je dobivena umjerena, ali značajna korelacija na 1% rizika, odnosno drugim riječima možemo zaključiti da ova dva instrumenta dijele 27% zajedničke varijance.

Svim sudionicima istraživanja su također postavljena pitanja koja su se odnosila na procjenu socijalnih/odnosa interakcija s ključnim osobama prema ekološkom sustavu. Sukladno tome sudionike se pitalo o bračnim/partnerskim odnosima, potom o obiteljskim, poslovnim te o prijateljskim odnosima. Cilj ovog djela istraživanja bio je dobiti uvid u zadovoljstvo tim odnosima na općenitoj razini, potom u razinu podrške/razumijevanja koje dobivaju, ali i procijeniti učestalost sukoba. Uvid u socijalne posljedice ovisnosti o kockanju, ali i socijalno funkcioniranje kockara općenito, ima značajnu ulogu u moduliranju i modificiranju predviđenih terapijskih intervencija te u održivost dugoročne apstinencije od kockanja s jedne strane, a s druge strane u adekvatnoj resocijalizaciji i rehabilitaciji ovisnika o kockanju.

Tablica 12. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLOK-a u braku ili ozbiljnijoj/trajnijoj emocionalnoj vezi (frekvencije odgovora, n=54)

emocionalnoj vezi (nekvalitetne odgovore, n=34)				
Jeste li u braku ili ozbiljnoj/trajnijoj emocionalnoj vezi?			NE	DA
N			13	41
%			24.1	75.9
a) Koliko ste zadovoljni bračnim/emocionalnim odnosom kojeg imate?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=2	N=2	N=9	N=17	N=11
4.9%	4.9%	22.0%	41.5%	26.8%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate u ovom odnosu?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=1	N=3	N=5	N=12	N=20
2.4%	7.3%	12.2%	29.3%	48.8%
c) Koliko često ulazite u sukobe s partnerom/icom?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=3	N=18	N=14	N=6	N=0
7.3%	43.9%	34.1%	14.6%	0.0%

Upitnik o kvaliteti socijalnih interakcija pokazao je kako je većina članova KLOK-a u braku ili ozbiljnijoj /trajnijoj emocionalnoj vezi, njih 75.9%, te da je u toj skupini većina jako zadovoljna (26.8%) ili prilično zadovoljna (41.5%) bračnim odnosno emocionalnim odnosom koji imaju. Nadalje, većina sudionika procjenjuje kako ima prilično (29.3%) odnosno puno (48.8%) podrške i razumijevanja u ovom odnosu. Kada je riječ o sukobima s partnerom/icom, 7.3% sudionika navelo je kako gotovo nikada s njima ne ulaze u sukobe, 43.9% se sukobljava rijetko, povremeno 34.1%, a često 14.6%, dok kod nikog od sudionika sukobi nisu svakodnevni (Tablica 12.).

Tablica 13. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLOK-a s drugim članovima obitelji (frekvencije odgovora, n=54)

a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate sa svojom obitelji?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=1	N=3	N=17	N=23	N=10
1.9%	5.6%	31.5%	42.6%	18.5%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju dobivate od svoje obitelji?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=3	N=1	N=14	N=19	N=17
5.6%	1.9%	25.9%	35.2%	31.5%
c) Koliko često ulazite u sukobe s članovima svoje obitelji?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=6	N=24	N=19	N=5	N=0
11.1%	44.4%	35.2%	9.3%	0.0%

Iz Tablice 13. vidljivo je kako ovisnici o kockanju u KLOK-u dijele visoku razinu zadovoljstva odnosom i s drugim članovima obitelji, jednako kao i odnosom s partnerom/icom, pa je tako odnosom sa svojom obitelji prilično zadovoljno 42.6% sudionika, a jako zadovoljno 18.5% sudionika, te više od 66% sudionika procjenjuje kako ima puno podrške i razumijevanja od svoje obitelji. Jednako kao i u odnosu s partnerom, više od 55% sudionika rijetko ili nikada ulazi u sukobe s drugim članovima obitelji, povremeno u sukobe ulazi 35.2% sudionika, često 9.3%, a nitko od sudionika ne sukobljava se svakodnevno sa drugim članovima obitelji. Može se zaključno reći kako većina sudionika istraživanja izražava zadovoljstvo odnosima u obitelji te zadovoljstvo potporom i razumijevanjem koje dobivaju od partnera/ice ili drugih članova obitelji, što je važno za dugoročnu rehabilitaciju i resocijalizaciju ovisnika o kockanju.

Tablica 14. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLOK-a na radnom mjestu (frekvencije odgovora, n=54)

Jeste li zaposleni?		NE	DA	
N		11	43	
%		20.4	79.6	
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate na radnom mjestu?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=0	N=4	N=10	N=23	N=6
0.0%	9.3%	23.3%	53.5%	14.0%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate od osoba na radnom mjestu?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=1	N=5	N=15	N=17	N=5
2.3%	11.6%	34.9%	39.5%	11.6%
c) Koliko često ulazite u sukobe s osobama na radnom mjestu?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=17	N=12	N=14	N=0	N=0
39.5%	27.9%	32.6%	0.0%	0.0%

Najveći broj ispitivanih ovisnika o kockanju u KLOK-u je u radnom odnosu, njih 79.6%, a od njih je većina prilično, odnosno jako zadovoljna odnosom koji imaju na radnom mjestu, ukupno njih 67.5%, niti zadovoljno niti nezadovoljno je njih 23.3%, a prilično nezadovoljnih 9.3%, jako nezadovoljnih nije bilo. Kada je riječ o podršci i razumijevanju na radnom mjestu, 2.3% sudionika je navelo kako uopće nema podršku na radnom mjestu, 11.6% ima jako malo podrške, osrednju podršku ima 34.9% sudionika, dok prilično i puno podrške na radnom mjestu ima ukupno 51.1% sudionika. Iz Tablice 14. vidljivo je kako 39.5% sudionika gotovo nikada ne ulazi u sukobe na radnom mjestu, kod 27.9% sukobi su rijetki, dok se na radnom mjestu povremeno sukobljava 32.6% sudionika, nitko od sudionika ne sukobljava se često ili svakodnevno na radnom mjestu. Može se primijetiti kako iako sudionici navode visoku razinu podrške i razumijevanja u braku odnosno emocionalnoj vezi, te od strane drugih članova obitelji i to značajno više nego na radnom mjestu te da su sukobi na radnom mjestu puno rjeđi nego u braku, vezi ili unutar obitelji.

Tablica 15. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLOK-a s prijateljima i drugim važnim osobama (frekvencije odgovora, n=54)

a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate s prijateljima?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	nitko zadovoljan, nitko nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=0	N=4	N=18	N=26	N=6
0.0%	7.4%	33.3%	48.1%	11.1%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju imate od prijatelja?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=3	N=4	N=16	N=22	N=9
5.6%	7.4%	29.6%	40.7%	16.7%
c) Koliko često ulazite u sukobe s prijateljima?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=21	N=25	N=8	N=0	N=0
38.9%	46.3%	14.8%	0.0%	0.0%

Iz Tablice 15. vidljivo je kako najveći broj sudionika prilično, odnosno jako zadovoljan odnosom koji imaju s prijateljima, njih skoro 60%, dok jako nezadovoljnih nije bilo. Kada je riječ o podršci i razumijevanju, ukupno 57.4% sudionika je ocijenilo kako ima prilično odnosno puno podrške, što je više nego na radnom mjestu, a manje nego unutar obitelji ili u bračnom odnosno emocionalnom odnosu. U sukobe s prijateljima gotovo nikada ne ulazi 38.9% sudionika, rijetko 46.3% sudionika, a povremeno 14.8% sudionika, dok se nitko ne sukobljava često odnosno svakodnevno, te se može zaključiti kako su sukobi s prijateljima manje izraženi u odnosu na sve ostale socijalne interakcije (obitelj, partnera, radno mjesto).

Jednako kao što smo SOGS-om nastojali istražiti prevalenciju problema uzrokovanih kockanjem kod alkoholičara, AUDIT upitnikom smo istražili prevalenciju pojedinih simptoma i problema uzrokovanih pijenjem kod članova KLOK-a.

Kada se gleda zastupljenost pojedinih kriterija, frekvencije odgovora na prvu tvrdnju pokazale su kako veliki broj ovisnika o kockanju konzumira alkohol, s time da je redovita konzumacija (2-3x tjedno i više od 3x tjedno) registrirana kod 11% sudionika, dok je rizična konzumacija od više od tri pića u tipičnom danu pijenja prisutna kod 16.7% sudionika. Pitanja koja se odnose na ovisnost u alkoholu pokazala su kako je čak 18.5% sudionika imalo osjećaj imalo osjećaj gubitka kontrole nad pijenjem u prošloj godini kada su počeli piti, a 25.9% sudionika u tom razdoblju je zbog pijenja propustilo učiniti ono što se od njih očekuje. S obzirom da su rezultati pokazali kako gotovo nema ovisnika o alkoholu, i apstinencijske smetnje je iskusio

jako mali broj sudionika, no radi pijenja je gotovo 15% sudionika imalo krivnju i grižnju savjesti ili bilo amnestično za razdoblje pijenja. Pitanje koje se odnosi na percepciju pijenja od strane drugih osoba pokazalo je kako u 98.1% sudionika nije bilo potrebe da ih netko iz njihove okoline ili zdravstveni radnik savjetuje da smanje pijenje, što je puno manje od onih koji su radi pijenja osjećali krivnju ili grižnju savjesti (Tablica 16.).

Tablica 16. Frekvencije odgovora na tvrdnje AUDIT upitnika članova KLOK-a u posljednjih godinu dana (n=54)

		NIKADA	1X mjesečno ili manje	2-4 puta mjesečno	2-3x tjedno	Više od 3x tjedno
1. Koliko često pijete alkoholna pića?	N	11	22	14	5	2
	%	20.4	40.7	25.9	9.3	3.7
		1 ili 2 pića	3 ili 4 pića	5 ili 6 pića	7 do 9 pića	10 i više pića
2. Koliko prosječno alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	N	35	9	7	1	2
	%	64.8	16.7	13.0	1.9	3.7
		NIKADA	Manje od 1x mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
3. Koliko često popijete 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi?	N	23	23	6	2	0
	%	42.6	42.6	11.1	3.7	0.0
4. Koliko često ste u protekloj godini dana primijetili da ne možete prestati piti onda kada ste započeli?	N	44	5	2	2	1
	%	81.5	9.3	3.7	3.7	1.9
5. Koliko ste često u protekloj godini dana propustili učiniti ono što se od Vas normalno očekuje zbog pijenja alkoholnih pića?	N	40	11	2	1	0
	%	74.1	20.4	3.7	1.9	0.0
6. Koliko ste često u protekloj godini dana imali potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro, da se pokrenete nakon teškog pijenja?	N	51	2	1	0	0
	%	94.4	3.7	1.9	0.0	0.0
7. Koliko ste često u protekloj godini dana imali osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon pijenja alkohola?	N	46	5	2	1	0
	%	85.2	9.3	3.7	1.9	0.0
8. Koliko se često u protekloj godini niste mogli sjetiti što se događalo prošle noći zato što ste bili pijani?	N	46	6	1	1	0
	%	85.2	11.1	1.9	1.9	0.0
		NE	Da, ali ne u prošloj godini	Da, u protekloj godini		
9. Jeste li Vi ili netko iz Vaše okoline bili ozlijeđeni tijekom razdoblja konzumacije alkohola?	N	50	1	3		
	%	92.6	1.9	5.6		

10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog Vašeg pijenja ili Vam savjetovali da smanjite pijenje?	N	53	0	1
	%	98.1	0.0	1.9

Ukupni teorijski raspon bodova AUDIT upitnika je 0-40, a za potrebe ovog istraživanja, uzimajući u obzir dosadašnje rezultate provedenih studija, postavljena je sljedeća kategorizacija: zbroj bodova od 0-7 označava kako ne postoji štetna konzumacija alkohola, od 8-19 ukazuje kako postoji štetno pijenje, dok zbroj bodova od 20 i više ukazuje na ovisnost o alkoholu. Iz Tablice 17. vidljivo je kako je realan raspon bodova u ispitivanju bio od 0 do 20, odnosno da je aritmetička sredina bila 4.25 bodova, samo je kod jednog sudionika registrirana ovisnost o alkoholu, a kod 20.4 % sudionika štetna uporaba alkohola. Drugim riječima, kod ovisnika o kockanju moguća pojava problema povezanih s pijenjem prezentirala se gotovo isključivo na razini štetne uporabe alkohola, no i nadalje u postotku značajno većem nego u općoj populaciji (Tablica 18.).

Tablica 17. Ukupni rezultati AUDIT upitnika kod članova KLOK-a u posljednjih godinu dana (n=54)

	N	MIN	MAX	M	SD
AUDIT - UKUPNI REZULTATI	54	.00	20.00	4.25	4.62

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

Tablica 18. Kategorizacija konzumacije alkohola u posljednjih godinu dana kod članova KLOK-a prema AUDIT-u (n=54)

	N	%
BEZ ŠTETNE KONZUMACIJE	42	77.8
ŠTETNA UPORABA ALKOHOLA	11	20.4
OVISNOST O ALKOHOLU	1	1.9

4.2. Obilježja konzumacije alkohola, kockanja i psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu u KLA

Temeljem DSM-5 skale samoprocjene ovisnici o alkoholu, članovi KLA, procjenjivali su svoja iskustva (ponašanja i osjećaje) u odnosu na razdoblje prije početka liječenja, čime smo s jedne strane mogli procijeniti razinu uvida i kritičnosti u odnosu na ovisnost o alkoholu, a s druge strane procijeniti i intenzitet problema uzrokovanih alkoholom.

Iz Tablice 19. vidljiva je visoka zastupljenost svih jedanaest dijagnostičkih kriterija modificiranih u tvrdnje za samoprocjenu. Najveći broj sudionika, njih 88.5% pozitivno je odgovorio na tvrdnju koja se odnosi na uzimanje alkohola u većim količinama nego li su planirali, 82.9% sudionika je nastavilo s pijenjem unatoč socijalnim posljedicama pijenja, 80.9% ih je imalo gubitak kontrole odnosno neuspješno su nastojali kontrolirati ili smanjiti pijenje, a 80.7% je nastavilo s pijenjem unatoč postojanju trajnog i ponavljano fizičkog ili psihološkog problema uzrokovanog alkoholom. Apstinencijske smetnje kod smanjenja ili prekida pijenja imalo je 76.4% sudionika, a porast tolerancije je primijetilo 75.0% sudionika. Kada je riječ o socijalnim posljedicama pijenja, one su kod sudionika bile manje zastupljene, pa je tako 66.4% sudionika zbog alkohola doživjelo neuspjeh u ispunjavanju važnih obveza na poslu, u školi ili kod kuće, a 65.7% sudionika je radi pijenja prekinulo ili smanjilo važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti.

Tablica 19. Frekvencije odgovora na tvrdnjama DSM-5 skale samoprocjene ovisnosti o alkoholu prije KLA (n=140)

TVRDNJA	NE (%)	DA (%)
1. Jeste li alkohol često uzimali u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što ste namjeravali?	11.5	88.5
2. Jeste li imali trajnu težnju ili neuspješno nastojali smanjiti ili kontrolirati uzimanje alkohola?	19.3	80.7
3. Jeste li velik dio vremena provodili u aktivnostima vezanim uz nabavljanje alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka?	38.6	61.4
4. Jeste li imali žudnju, snažnu želju ili poriv za uzimanjem alkohola?	23.6	76.4
5. Jeste li zbog ponavljano uzimanja alkohola doživjeli neuspjeh u ispunjavanju važnih obaveza na poslu, u školi ili kod kuće?	33.6	66.4
6. Jeste li nastavljali s uzimanjem alkohola unatoč stalnom ili opetovanom pojavljivanju društvenih ili problema u odnosima s drugim ljudima izazvanih ili otežanih učincima alkohola?	17.1	82.9
7. Jeste li zbog uporabe alkohola prekinuli ili smanjili važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti?	34.3	65.7
8. Jeste li ponavljano uzimali alkohol u situacijama u kojima je to fizički opasno?	28.6	71.4
9. Jeste li nastavili uzimati alkohol usprkos znanju o postojanju nekog trajnog i ponavljano fizičkog ili psihološkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan uporabom alkohola?	19.3	80.7
10. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) potrebu za sve većim količinama alkohola kako bi postigli željeni učinak ili b) značajno smanjenje učinka iako ste i dalje uzimali istu količinu alkohola.	25.0	75.0
11. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) nemir, razdražljivost, umor, mučninu/povraćanje ili imali epileptični napadaj pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s pijenjem ili b) kako bi smanjili ili izbjegli navedene tegobe uzimali ste alkohol (ili srodnu tvar, kao što su benzodiazepini)	23.6	76.4

Prema DSM-5 skali samoprocjene ukupan teorijski raspon bodova je od 0 do 11, a kategorizacija se prema Priručniku obavlja na sljedeći način: ukoliko je ispitanik potvrdno odgovorio samo na jednu tvrdnju nema ovisnosti o alkoholu, blagu ovisnost o alkoholu ima ako je pozitivno odgovorio na 2-3 tvrdnje, umjerenu ako je pozitivno odgovoreno na 4-5 tvrdnji i tešku ako je pozitivno odgovorio na 6-11 tvrdnji. Rezultati u Tablici 20. pokazuju kako je realan raspon bodova u istraživanju bio od 0 do 11, a da je aritmetička sredina $M=8.29$ bodova, pri čemu je 80.6% sudionika sebe procijenilo na način da zadovoljava

kriterije teškog alkoholizma, njih 10.8% umjerenog, 5.8% blagog, a interesantno 2.9% (odnosno 4 sudionika) je procijenilo sebe da nije imalo problema s alkoholom, što je svakako terapijski vrlo upečatljiv indikator, osobito u usporedbi sa skupinom ovisnika o kockanju u KLOK-u koji su svi samoprocjenom potvrdili barem blagu ovisnost o kockanju. (Tablica 21.).

Tablica 20. Ukupni rezultati na DSM-5 skali samoprocjene za ovisnost o alkoholu – prije KLA (n=139)

	N	MIN	MAX	M	SD
DSM-5 UKUPNI REZULTATI	139	0.0	11.00	8.29	2.87

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

Tablica 21. Kategorizacija ovisnosti o alkoholu prema DSM-5, prije KLA (n=140)

	N	%
NEMA OVISNOSTI O ALKOHOLU	4	2.9
BLAGA OVISNOST O ALKOHOLU	8	5.8
UMJERENA OVISNOST O ALKOHOLU	15	10.8
TEŠKA OVISNOST O ALKOHOLU	112	80.6

Upotrebom AUDIT upitnika istražili smo pak kolika je prevalencija problema povezanih s alkoholom u posljednjih godinu dana, odnosno je li došlo do promjene u prevalenciji alkoholizma u ovom specifičnom kliničkom uzorku.

Iz frekvencije odgovora pojedinih pitanja AUDIT-a (Tablica 22), odmah možemo primijetiti kako je gotovo 40% sudionika u proteklih godinu dana konzumiralo alkohol, što je veliki broj osobito ako uzmemo u obzir da je u liječenju alkoholizma osnovni postulat potpuna apstinencija, odnosno potpuni i doživotni prekid pijenja. Nadalje, jednako toliko sudionika je u posljednjih godinu dana imalo osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon konzumacije alkohola, odnosno zbog alkohola su propustili učiniti ono što se od njih očekuje ili su bili amnestični za protekla zbivanja. Kada je riječ o prosječnoj konzumaciji alkohola u tipičnom danu pijenja rezultati su pokazali kako 66.4% sudionika popije 1-2 pića, 12.1% sudionika popije 3-4 pića, 5% sudionika popije 5 ili 6 pića, dok više od 10 pića u tipičnom danu pijenja popije 12.9% sudionika, što bi ukupno govorilo u prilog smanjenoj kritičnosti ili nedostatku uvida u problematiku potusa, te potencijalnoj disimulativnosti. Pitanja koja se odnose na ovisnost o alkoholu pokazala su kako u proteklih godinu dana 63.6% sudionika nikada nije imalo osjećaj gubitka kontrole nad pijenjem kada bi počeli piti, kod 11.4% sudionika se to događalo manje od jednom mjesečno, a svakodnevno kod 13.6% sudionika. Nadalje, situaciju da popiju 6 i više pića u jednoj prigodi u proteklih godinu dana nikada nije imalo 65% sudionika, a u 8.6% njih ona je svakodnevna pojava. Kada je riječ o pijenju s ciljem otklanjanja apstinencijskih smetnji što je značajan klinički indikator za intenzitet ovisnosti o alkoholu, rezultati su pokazali kako 69.3% sudionika nije nikada imalo potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro da bi se mogli pokrenuti nakon teškog pijenja, a kod 11.4% njih je to bila svakodnevna pojava. Što se tiče utjecaja pijenja na druge osobe iz okoline rezultati su nadalje pokazali kako kod 85% sudionika u navedenom razdoblju nitko iz njihove okoline nije stradao radi konzumacije alkohola te da kod 62.1% sudionika nitko iz njihove okoline nije pokazao zabrinutost radi njihova pijenja ili ih savjetovao da smanje pijenje.

Tablica 22. Frekvencije odgovora na tvrdnje AUDIT upitnika članova KLA u posljednjih godinu dana (n=140)

		NIKADA	1X mjesečno ili manje	2-4 puta mjesečno	2-3x tjedno	Više od 3x tjedno
1. Koliko često pijete alkoholna pića?	N	86	17	7	9	21
	%	61.4	12.1	5.0	6.4	15.0
		1 ili 2 pića	3 ili 4 pića	5 ili 6 pića	7 do 9 pića	10 i više pića
2. Koliko prosječno alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	N	93	17	7	5	18
	%	66.4	12.1	5.0	3.6	12.9
		NIKADA	Manje od 1x mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
3. Koliko često popijete 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi?	N	91	17	9	11	12
	%	65.0	12.1	6.4	7.9	8.6
4. Koliko često ste u protekloj godini dana primijetili da ne možete prestati piti onda kada ste započeli?	N	89	16	9	7	19
	%	63.6	11.4	6.4	5.0	13.6
5. Koliko ste često u protekloj godini dana propustili učiniti ono što se od Vas normalno očekuje zbog pijenja alkoholnih pića?	N	89	20	9	9	13
	%	63.6	14.3	6.4	6.4	9.3
6. Koliko ste često u protekloj godini dana imali potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro, da se pokrenete nakon teškog pijenja?	N	97	12	6	9	16
	%	69.3	8.6	4.3	6.4	11.4
7. Koliko ste često u protekloj godini dana imali osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon pijenja alkohola?	N	86	18	6	9	21
	%	61.4	12.9	4.3	6.4	15.0
8. Koliko se često u protekloj godini niste mogli sjetiti što se događalo prošle noći zato što ste bili pijani?	N	94	20	12	5	9
	%	67.1	14.3	8.6	3.6	6.4
		NE	Da, ali ne u prošloj godini	Da, u protekloj godini		
9. Jeste li Vi ili netko iz Vaše okoline bili ozlijeđeni tijekom razdoblja konzumacije alkohola?	N	119	12	9		
	%	85.0	8.6	6.4		
10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog Vašeg pijenja ili Vam savjetovali da smanjite pijenje?	N	87	17	36		
	%	62.1	12.1	25.7		

Kako je ranije navedeno, ukupni teorijski raspon u AUDIT upitniku je od 0 do 40 bodova, pri čemu ukupan zbroj bodova od 8 i više odnosno od 20 i više ukazuje na postojanje štetne uporabe alkohola odnosno ovisnosti o alkoholu. Prema Tablici 23. realan raspon bodova kod članova KLA u ispitivanju je od 0 do 40, a aritmetička sredina je $M=8.66$ bodova, što znači da kod najvećeg broja sudionika odnosno kod njih 62.1% ne postoji štetna konzumacija alkohola. Kada se gledaju rizični obrasci konzumacije alkohola u posljednjih godinu dana, kod 15% sudionika postoji štetna uporaba alkohola a 22.9% sudionika ispunjava bodovni prag za ovisnost o alkoholu. Prevalencija ovisnika o alkoholu upotrebom ovom upitnika pokazuje značajno smanjenje ovisnika o alkoholu u usporedbi na razdoblje koje je procijenjeno DSM-5 skalom samoprocjene, no i nadalje gotovo 40% sudionika unatoč liječenju pokazuje neki oblik štetne konzumacije alkohola. (Tablica 24.).

Tablica 23. Ukupni rezultati AUDIT upitnika kod članova KLA u posljednjih godinu dana (n=140)

	N	MIN	MAX	M	SD
AUDIT - UKUPNI REZULTATI	140	.00	40.00	8.66	12.14

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

Tablica 24. Kategorizacija konzumacije alkohola u posljednjih godinu dana kod članova KLA prema AUDIT-u (n=140)

	N	%
BEZ ŠTETNE KONZUMACIJE	87	62.1
ŠTETNA UPORABA ALKOHOLA	21	15.0
OVISNOST O ALKOHOLU	32	22.9

Nakon procjene konzumacije alkohola kod članova KLA prema DSM-5 skali i AUDIT upitniku i ovdje smo pristupili provjeri korelacije između ova dva instrumenta. U prvom koraku testirana je normalnost distribucije oba instrumenta. Rezultati pokazuju da DSM-5 skala za ovisnost o alkoholu značajno odstupa od normalne distribucije (Kolmogorov-Smirnov test: statistic=.209; df=24; $p<.010$; Shapiro-Wilkov test: statistic=.825; df=24; $p<.001$), dok ukupni rezultati na AUDIT upitniku pokazuju normalnu distribuciju što potvrđuju i Kolmogorov-Smirnov test (statistic= .166; df=24; $p>.050$) i Shapiro-Wilkov test (statistic= .939; df=24; $p>.050$). S obzirom na to da jedan upitnik ima normalnu distribuciju, a drugi nema, odlučili smo prisupiti neparametrijskoj metodi mjerenja korelacije odnosno računanja Spearmanovog-rho koeficijenta korelacije. Dobiveni rezultat pokazao je kako je $r=.751$ ($p<.001$) što znači da između ova dva instrumenta postoji značajna i visoka korelacija, te da ova dva instrumenta dijele 54% zajedničke varijance.

Jednako kao i ovisnici o kockanju u KLOK-u, svi članovi KLA upitani su da se prisjete i procijene navike konzumacije alkohola iz razdoblja kada su pili odnosno dok se nisu javili na liječenje te nas je osobito zanimala dob kada su svoje pijenje počeli doživljavati problematičnim. Ovdje je ponovno važno naglasiti kako se radi o njihovoj procjeni ponašanja iz prošlosti koje se radi s određenim vremenskim odmakom, što znači kako se navedena dob ne mora nužno odnositi ili poklapati s realnom dobi početka konzumacije alkohola.

Tablica 25. Obilježja konzumacije alkohola članova KLA (n=140)

	N	Min	Max	M	SD
S koliko godina ste prvi puta konzumirali alkohol?	140	4	58	18.80	6.67
S koliko godina ste prvi puta imali osjećaj da imate problem s alkoholom?	138	15	70	36.82	10.07
Koliko dugo ste pili na način koji danas doživljavate problematičnim prije nego što ste se javili na liječenje (u mjesecima)?	139	0	48	11.66	9.73

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

Kada je riječ o obilježjima konzumacije alkohola prije ulaska u KLA, rezultati u Tablici 25. pokazuju kako je prosječna dob početka konzumacije alkohola članova bila 18.8 godina, pri čemu je najranija dob prve konzumacije alkohola bila 4 godine, a najkasnija dob prve konzumacije alkohola bila je 54 godine. Iz tablice je nadalje vidljivo kako prođe u prosjeku 18 godina od početka konzumacije alkohola do doživljavanja pijenja problematičnim, a nakon toga prođe oko godinu dana do javljanja na liječenje.

Ovisnost o alkoholu i ovisnost o kockanju rijetko postoje kao samostalni zdravstveni problemi, pa je unutar ove subpopulacije ovisnika česta pojava komorbiditeta, odnosno istovremenog pojavljivanja drugih psihičkih poremećaja te osobito drugih oblika ovisnosti, što ima značajan utjecaj na klinički tijek, terapijski ishod i rehabilitaciju ovisnika. U skladu s time jedan od ciljeva ovog rada je i analizirati kockarske aktivnosti specifično na subuzorku ovisnika o alkoholu te konzumaciju alkohola kod ovisnika o kockanju i time odrediti prevalenciju/učestalost kockanja registriranih alkoholičara, kao i njihovu prevalenciju patološkog kockanja te prevalenciju/učestalost konzumacije alkohola i ovisnosti o alkoholu kod ovisnika o kockanju. Kako bismo to provjerili koristili smo ranije navedeni AUDIT upitnik za procjenu rizičnosti konzumacije alkohola kod ovisnika o kockanju, dok smo kod ovisnika o alkoholu podatke o kockarskim aktivnostima dobili iz ček liste kockarskih aktivnosti.

Tablica 26. Samoiskaz učestalosti kockanja ovisnika o alkoholu prije uključivanja u KLA (n=140)

IGRE		NIKADA	1X godišnje ili manje	Par puta godišnje	1-2x mjesečno	1x tjedno	Par puta tjedno	Svako- dnevno
Loto igre (Lotto 6/45, EuroJackpot, Bingo i sl.)	N	57	20	35	12	11	5	0
	%	40.7	14.3	25.0	8.6	7.9	3.6	0.0
Jednokratne srećke / strugalice	N	89	28	16	5	1	1	0
	%	63.6	20.0	11.4	3.6	0.7	0.7	0.0
Sportsko kladenje	N	101	8	10	4	6	6	5
	%	72.1	5.7	7.1	2.9	4.3	4.3	3.6
Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i sl.)	N	118	11	7	1	0	2	1
	%	84.3	7.9	5.0	0.7	0.0	1.4	0.7
Rulet u casinu	N	129	6	4	1	0	0	0
	%	92.1	4.3	2.9	0.7	0.0	0.0	0.0

Kartanje za novac (s prijateljima, kod kuće i sl.)	N	130	9	1	0	0	0	0
	%	92.9	6.4	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0

Ček lista kockarskih aktivnosti, korištena s ciljem utvrđivanja učestalosti igranja pojedinih igara na sreću, pokazala je kako su sudionici istraživanja najviše iskustva imali s lutrijskim igrama (loto igre i jednokratne srećke) a zatim iskustvo sa sportskim klađenjem. Promatramo li samu učestalost kockanja, iz rezultata je vidljivo kako sudionici ne izvještavaju o jako učestalom uključivanju u ovu aktivnosti, pri čemu redovito (jednom tjedno, par puta tjedno ili svakodnevno), 11.5% sudionika igra loto te se 12.2% sudionika kladi na sportske rezultate (Tablica 26.). Ovdje je ponovno važno naglasiti činjenicu da sportsko klađenje ima puno veći adiktivni potencijal, odnosno potencijal za razvoj patološkog kockanja, u odnosu na loto (297).

Računanjem ukupnog rezultata na SOGS-u i kategorizacijom u tri skupine istražili smo kolika je prevalencija problema povezanih s kockanjem kod alkoholičara, odnosno kolika je zastupljenost patoloških kockara u ovom specifičnom uzorku.

Promatrajući zastupljenost pojedinih dijagnostičkih kriterija u SOGS-u rezultati u Tablici 27. pokazuju da je najveći broj sudionika odgovorio potvrdno na prvo pitanje koje se odnosi na „lov na dugove“, njih ukupno 17.1%, a 14.3% sudionika se kockalo više nego što su namjeravali. Kako je vidljivo iz tablice, pitanja koja se odnose na gubitak kontrole, percepciju da se s kockanjem dobiva novac, loše osjećanje zbog načina na koji se kocka ili kladi te na kritiku osoba iz okoline radi kockanja, pokazuju približno jednaku zastupljenost od oko 10%. Najmanji broj sudionika, njih 2.9%, potvrdno je odgovorio na pitanje koje se odnosi na socijalne posljedice kockanja, odnosno na izostajanje s posla ili iz škole radi kockanja te je svega 3.6% sudionika posuđivalo novac od nekoga za kockanje i potom ga nisu vratili. Sukladno tome, Tablica 28. pokazuju malu zastupljenost svih oblika mogućeg financiranja kockanja ili klađenja kod članova KLA.

Tablica 27. Frekvencije odgovora na tvrdnje SOGS upitnika članova KLA (pitanja 1-12, n=140)

		NIKADA	Povremeno ali manje od 1/2 puta kada sam izgubio/la	Većinu puta kada sam izgubio	Svaki puta kada sam izgubio/la
1. Koliko često ste se vraćali drugi dan kako bi pokušali vratiti novac izgubljen kockanjem/klađenjem?	N	116	15	5	4
	%	82.9	10.7	3.6	2.9
2. Jeste li ikada tvrdili da kockanjem dobivate novac, a da to nije bilo tako odnosno da ste zapravo gubili		NIKADA	Da, manje od polovice puta kada sam gubio	Da, većinu vremena	
	N	125	9	6	
	%	89.3	6.4	4.3	
3. Jeste li se ikada osjećali kao da je kockanje ili klađenje za Vas problem?		NE	DA	Da, ranije, ali ne danas	
	N	126	8	6	
	%	90.0	5.7	4.3	
4. Jeste li se ikada kockali ili kladili više nego što ste namjeravali?	N	120	20		
	%	85.7	14.3		
5. Jesu li Vas ljudi kritizirali radi kockanja/klađenja ili Vam rekli da imate problem, bez obzira jeste li se slagali s njima ili ne?	N	127	13		
	%	90.7	9.3		
6. Jeste li se osjećali loše zbog načina na koji kockate / kladite se, ili zbog onoga što Vam se događalo dok kockate / kladite se?	N	126	14		
	%	90.0	10.0		
7. Jeste li se ikada osjećali da biste htjeli prestati s kockanjem / klađenjem, ali ste mislili da to ne možete učiniti?	N	128	12		
	%	91.4	8.6		
8. Jeste li ikada skrivali listiće od klađenja, lutrije, novac od klađenja ili druge znakove klađenja ili kockanja od Vaše supruge/supružnika, djece ili drugih važnih osoba u Vašem životu?	N	131	9		
	%	93.6	6.4		
9. Jeste li se ikada prepirali s osobama s kojima živite oko toga kako upravljate novcem?	N	117	23		
	%	83.6	16.4		
10. (Ako ste odgovorili s „da“ na pitanje broj 9) Jesu li prepirke oko novca ikada bile vezane uz Vaše kockanje/klađenje?	N	126	14		
	%	90.0	10.0		
11. Jeste li ikada posudili novac od nekoga i potom ga niste vratili radi kockanja/klađenja?	N	135	5		
	%	96.4	3.6		
12. Jeste li ikada izostali s posla ili škole ili drugih obveza zbog kockanja/klađenja?	N	136	4		
	%	97.1	2.9		

Tablica 28. Frekvencije odgovora na tvrdnje SOGS upitnika članova KLA, načini financiranja kockanja/klađenja, 13. Pitanje (n=140)

13. Ako ste posudili novac za kockanje ili vraćanje kockarskih dugova, od koga je to bilo?	NE (%)	DA (%)
a. Od kućnog budžeta	95.0	5.0
b. Od supružnika/ce ili partnera/ice	97.9	2.1
c. Od rođaka ili kumova	96.4	3.6
d. Od banke, kreditnih zadruga ili kompanija za zajmove	99.3	0.7
e. Od kreditnih kartica	96.4	3.6
f. Od kamatara	97.9	2.1
g. Od novca kojeg ste imali u obveznicama, dionicama i sl.	99.3	0.7
h. Od novca nakon prodaje osobne ili obiteljske imovine	97.9	2.1
i. Od novca posuđenog s tekućeg računa (odlazak u minus)	95.0	5.0

Ukupan teorijski raspon bodova prema ovom upitniku je 0 – 20, a kategorizaciju smo proveli sukladno većini provedenih istraživanja koja kao prag za vjerojatno patološko kockanje uzimaju zbroj od pet i više bodova. Prema ovoj kategorizaciji, sudionici koji su imali nula bodova svrstani su u kategoriju koja nije imala problema s kockanjem, a oni sa zbrojem bodova od 1-4 svrstani su u kategoriju problematičnog ili rizičnog kockanja. Iz Tablice 29. vidljivo je kako je realan raspon bodova u ispitivanju bio od 0 do 17, odnosno da je aritmetička sredina bila 1.17 bodova, dok iz Tablice 30. možemo vidjeti kako 10% sudionika zadovoljava kriterije patološkog kockanja, oko 12.9% rizičnog, odnosno problematičnog kockanja, što je značajno više od prevalencije problema u općoj populaciji. Ukupno gledajući, oko 23% ovisnika o alkoholu zapravo ima i neke probleme povezane s ovisnosti o kockanju, što je četvrtina ove specifične kliničke populacije.

Tablica 29. Ukupni rezultati SOGS-a kod članova KLA tijekom života (n=140)

	N	MIN	MAX	M	SD
SOGS-KLOK UKUPNI REZULTATI	140	.00	17.00	1.17	3.03

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

Tablica 30. Kategorizacija kockanja prema SOGS-u kod članova KLA (n=140)

RAZINA PROBLEMA	N	%
NEMA PROBLEMA	108	77.1
NEKI PROBLEMI VEZANI UZ KOCKANJE	18	12.9
VJEROJATNO PATOLOŠKO KOCKANJE	14	10.0

Jednako kao i ovisnike o kockanju, i ovisnike o alkoholu u KLA smo pitali o kvaliteti njihovih socijalnih interakcija s partnerom/icom, članovima obitelji, kolegama na poslu te s prijateljima. I u ovoj smo skupini nastojali dobiti uvid u razinu zadovoljstva odnosima koje imaju, uvid u razinu potpore i razumijevanja koje imaju te koliko često ulaze u sukobe, obzirom da su provedena istraživanja jednako kao i kliničko iskustvo pokazali značajnu ulogu socijalnih interakcija u dugotrajnom oporavku i ove skupine sudionika.

Tablica 31. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLA u braku ili ozbiljnijoj/trajnijoj emocionalnoj vezi (frekvencije odgovora, n=140)

Jeste li u braku ili ozbiljnoj/trajnijoj emocionalnoj vezi?		NE	DA	
N		50	90	
%		35.7	64.3	
a) Koliko ste zadovoljni bračnim/emocionalnim odnosom kojeg imate?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=4	N=7	N=12	N=38	N=30
4.4%	7.7%	13.2%	41.8%	33.0%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate u ovom odnosu?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=6	N=3	N=17	N=24	N=41
6.6%	3.3%	18.7%	26.4%	45.1%
c) Koliko često ulazite u sukobe s partnerom/icom?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=10	N=34	N=33	N=13	N=1
11.0%	37.4%	36.3%	14.3%	1.1%

Iz Tablice 31. vidljivo je kako je većina članova KLA u braku ili ozbiljnijoj /trajnijoj emocionalnoj vezi, njih 64.3%, te da je većina njih zadovoljna odnosom koji imaju, odnosno 41.8% sudionika je prilično zadovoljno, a 33% sudionika je jako zadovoljno tim odnosom. Kada je riječ o podršci i razumijevanju u odnosu, 45.1% sudionika procjenjuje kako imaju puno podrške i razumijevanja, 26.4% razinu podrške ocjenjuje priličnom, 18.7% sudionika misli kako ima osrednju podršku u odnosu, dok svega 6.6% sudionika misli kako uopće nema podrške ili ju ima jako malo, njih 3.1%. U sukobe s partnerom/icom gotovo nikada ne ulazi 11% sudionika, rijetko 37.4%, povremeno se sukobljava 36.3%, često 14.3% a svakodnevno samo 1% sudionika.

Tablica 32. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLA s drugim članovima obitelji (frekvencije odgovora, n=140)

a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate sa svojom obitelji?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	nití zadovoljan, nití nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=4	N=8	N=27	N=60	N=41
2.9%	5.7%	19.3%	42.9%	29.3%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju dobivate od svoje obitelji?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=4	N=8	N=28	N=36	N=64
2.9%	5.7%	20.0%	25.7%	45.7%
c) Koliko često ulazite u sukobe s članovima svoje obitelji?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=34	N=51	N=46	N=9	N=0
24.3%	36.4%	32.9%	6.4%	0.0%

Iz Tablice 32. vidljivo je kako je većina članova KLA zadovoljna odnosom koji imaju s drugim članovima obitelji, odnosno da je 42.9 sudionika prilično zadovoljno tim odnosom, a njih 29.3% je jako zadovoljno tim odnosom. Kada je riječ o podršci i razumijevanju unutar obitelji, 45.7% sudionika misli kako imaju puno podrške i razumijevanja, 25.7% misli kako ima prilično podrške i razumijevanja, 25% sudionika podršku ocjenjuje osrednjom, dok jako malo podrške ima 5.7%, a uopće ju nema svega 2.9% sudionika. Unatoč velikoj količini podrške i razumijevanja, 32.9% sudionika se povremeno sukobljava s članovima svoje obitelji, 36.4% se sukobljava rijetko, a gotovo nikada 24.3% sudionika.

Tablica 33. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLA na radnom mjestu (frekvencije odgovora, n=140)

odgovora, n = 116)

Jeste li zaposleni?		NE	DA	
N		69	71	
%		49.3	50.7	
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate na radnom mjestu?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=3	N=3	N=19	N=30	N=17
4.2%	4.2%	26.4%	41.7%	23.6%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate od osoba na radnom mjestu?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=1	N=4	N=22	N=21	N=24
1.4%	5.6%	30.6%	29.2%	33.3%
c) Koliko često ulazite u sukobe s osobama na radnom mjestu?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=29	N=27	N=15	N=1	N=0
40.3%	37.5%	20.8%	1.4%	0.0%

Prema Tablici 33. vidljivo je kako je u radnom odnosu 50.7% sudionika i gotovo jednako toliko sudionika, članova KLA, nije zaposleno. Ne čudi da imamo podatak samo za 50% sudionika budući je iz općih sociodemografskih podataka vidljivo kako je 35% sudionika u mirovini, 13.6% sudionika je nezaposleno, dok je povremeno zaposleno 3.6% sudionika. Od onih koji su stalno zaposleni najviše je onih koji su prilično zadovoljni odnosima na radnom mjestu, njih 41.7%, jako je zadovoljno 23.6%, niti zadovoljno niti nezadovoljno je 26.4%, a nezadovoljstvo odnosima na radnom mjestu iskazalo je ukupno 8.4% sudionika. Kada je riječ o podršci i razumijevanju od osoba na radnom mjestu, 33.3% sudionika misli kako ima puno podrške i razumijevanja, priličnu razinu podrške ima 29.2% sudionika dok je podršku na radnom mjestu osrednjom percipiralo 30.6% sudionika. Vezano za sukobe na radnom mjestu, iz tablice je vidljivo kako zaposleni članovi KLA gotovo nikada ne ulaze u sukobe na radnom mjestu i to njih 40.3%, kod 37.5% sukobi su rijetki, povremeno se sukobljava 20.8% sudionika, a gotovo svakodnevno nitko od sudionika.

Tablica 34. Upitnik procjene socijalnih interakcija članova KLA s prijateljima i drugim važnim osobama (frekvencije odgovora, n=140)

a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate s prijateljima?				
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	nići zadovoljan, nići nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
N=3	N=5	N=28	N=71	N=33
2.1%	3.6%	20.0%	50.7%	23.6%
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju imate od prijatelja?				
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
N=3	N=7	N=30	N=64	N=36
2.1%	5.0%	21.4%	45.7%	25.7%
c) Koliko često ulazite u sukobe s prijateljima?				
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno
N=65	N=56	N=19	N=0	N=0
46.4%	40.0%	13.6%	0.0%	0.0%

Prema Tablici 34. najveći broj sudionika je prilično zadovoljan odnosom kojeg imaju s prijateljima, njih 50.7%, jako je zadovoljno njih 23.6%, što je gotovo jednako zadovoljstvu kojeg su sudionici percipirali u emocionalnoj vezi i u obitelji, a više u odnosu na zadovoljstvo odnosima na radnom mjestu. Kada je riječ o podršci i razumijevanju od prijatelja, ukupno 71.4% sudionika misli kako ima prilično i puno podrške i razumijevanja od prijatelja, što je gotovo jednako podršci koju dobivaju u emocionalnoj vezi ili braku te u obitelji, i ponovno više nego razina podrške na radnom mjestu. Iz tablice 34 nadalje je vidljivo kako se najveći broj sudionika gotovo nikada ne sukobljava s prijateljima, njih 46.4%, rijetko se sukobljava njih 40%, a često odnosno svakodnevno nitko od sudionika, pa se može reći kako su sukobi s prijateljima najmanje zastupljeni u svim istraživanim socijalnim interakcijama u ovom upitniku.

4.3. Razlike u ovisničkom ponašanju članova KLOK-a i članova KLA

Nakon djela koji je obuhvatio obilježja kockanja, odnosno konzumacije alkohola, i nekih aspekata psihosocijalnog funkcioniranja ove dvije skupine sudionika, u ovom ćemo djelu usporediti ovisnička ponašanja u svakoj skupini, odnosno testirat ćemo postoje li razlike u konzumaciji alkohola i kockanju između ovisnika o kockanju i ovisnika o alkoholu. Za ostvarivanje tog cilja proveli smo Mann-Whitneyev U-test, uz testiranje veličine efekta, na Ček listi kockarskih aktivnosti te upitnicima SOGS i AUDIT.

Tablica 35. Razlike u učestalosti kockanja po svih 6 igara između članova u Klubovima liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova u Klubovima liječenih ovisnika o alkoholu (n=140); Mann-Whitneyev U-test

IGRE	Skupina	N	Mean Rank	MW-U	p	r
Loto igre (Lotto 6/45, EuroJackpot, Bingo i sl.)	KLOK	54	102.20	3526	.450	-
	KLA	140	95.69			
Jednokratne srećke / strugalice	KLOK	54	114.43	2866	.003	.21
	KLA	140	90.97			
Sportsko kladenje	KLOK	54	148.16	1044	.000	.62
	KLA	140	77.96			
Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i sl.)	KLOK	54	144.91	1220	.000	.63
	KLA	140	79.21			
Rulet u casinu	KLOK	54	142.96	1325	.000	.66
	KLA	140	79.96			
Kartanje za novac (s prijateljima, kod kuće)	KLOK	54	123.19	2393	.000	.43
	KLA	140	87.59			

Legenda: Mean Rank=prosječni rang; MW U=Mann-Whitney U-test; p=značajnost razlike; r=veličina efekta

Kako je vidljivo iz Tablice 35. kada se gleda razlika u učestalosti kockanja šest najzastupljenijih igara na sreću na našim prostorima, sve igre učestalije igraju ovisnici o kockanju u KLOK-u s time da jedino kod loto igara nema statistički značajne razlike u odnosu na ovisnike o alkoholu članove KLA. Ovaj rezultat je još jedan doprinos objašnjenju da loto igre imaju puno manji adiktivni potencijal od ostalih igara na sreću, osobito u odnosu na sportsko kladenje, igre na automatima i rulet. Veličina efekta za sportsko kladenje, igre na automatima i rulet u casinu vrlo je velika i kreće se od $.62 < r < .66$.

U sljedećem djelu Mann-Whitneyevim U-testom usporedili smo ukupne rezultate na AUDIT-u i SOGS-u, a kako bismo utvrdili postoji li razlika između rizične i patološke konzumacije alkohola kod ovisnika o kockanju s jedne strane u odnosu na rizično i problematično kockanje ovisnika o alkoholu s druge strane.

Tablica 36. Usporedba ukupnih rezultata na AUDIT-u i SOGS-u kod članova klubova liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova klubova liječenih alkoholičara (n=140); Mann-Whitneyev U-test

INSTRUMENT	Skupina	N	Mean Rank	MW-U	p	r
AUDIT-ukupan rezultat	KLOK	54	105.00	3375	.221	-
	KLA	140	94.61			
SOGS – ukupan rezultat	KLOK	54	165.74	95.00	.001	.83
	KLA	140	71.18			

Legenda: Mean Rank=prosječni rang; MW U=Mann-Whitney U-test; p=značajnost razlike; r=veličina efekta

Rezultati u Tablici 36. pokazali su kako u ukupnim rezultatima na SOGS upitniku postoji značajna razlika između ove dvije skupine sudionika, odnosno ukupni rezultati ovog upitnika su značajno veći kod patoloških kockara nego kod ovisnika o alkoholu u KLA, dok u ukupnim rezultatima na AUDIT upitniku nije bilo razlike između ove dvije skupine sudionika. Pritom je i veličina efekta na SOGS-u vrlo visoka ($r=.83$).

Jednako kao što su i kockarske aktivnosti heterogena pojava i sama konzumacija alkohola može imati različite aspekte koji ne moraju u jednakom intenzitetu i s jednakom učestalošću biti zastupljeni kod ovisnika. Kako bismo analizirali postoji li razlika u specifičnim odrednicama konzumacije alkohola između članova KLOK-a i članova KLA proveli smo Mann-Whitneyev U-test na svim tvrdnjama AUDIT-a (njih ukupno 10) koje su prema autorima upitnika kategorizirane na način da se pitanja od 1-3 odnose na konzumaciju alkohola, pitanja rednog broja 4-6 na ovisnost o alkoholu, a pitanja rednog broja 7-10 odnose na probleme uzrokovane alkoholom.

Tablica 37. razlike u zastupljenosti simptoma alkoholizma prema AUDIT-u između članova klubova liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova Klubova liječenih ovisnika o alkoholu (n=140)

AUDIT- tvrdnje	Skupina	Mean Rank	MW-U	p	r
1. Koliko često pijete alkoholna pića?	KLOK	117.77	2685	.001	.24
	KLA	89.68			
2. Koliko prosječno alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	KLOK	96.33	3717	.831	-
	KLA	97.95			
3. Koliko često popijete 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi?	KLOK	106.30	3305	.127	-
	KLA	94.11			
4. Koliko često ste u protekloj godini dana primijetili da ne možete prestati piti onda kada ste započeli?	KLOK	83.56	3027	.009	.19
	KLA	102.88			
5. Koliko ste često u protekloj godini dana propustili učiniti ono što se od Vas normalno očekuje zbog pijenja alkoholnih pića?	KLOK	87.10	3218	.056	-
	KLA	101.51			
6. Koliko ste često u protekloj godini dana imali potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro, da se pokrenete nakon teškog pijenja?	KLOK	79.19	2791	.000	.27
	KLA	104.56			
7. Koliko ste često u protekloj godini dana imali osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon pijenja alkohola?	KLOK	79.01	2781	.001	.25
	KLA	104.63			
8. Koliko se često u protekloj godini niste mogli sjetiti što se događalo prošle noći zato što ste bili pijani?	KLOK	83.69	3034	.007	.19
	KLA	102.83			
9. Jeste li Vi ili netko iz Vaše okoline bili ozlijeđeni tijekom razdoblja konzumacije alkohola?	KLOK	92.44	3506	.180	-
	KLA	99.45			
10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog Vašeg pijenja ili Vam savjetovali da smanjite pijenje?	KLOK	72.45	2427	.000	.35
	KLA	107.16			

Legenda: Mean Rank=prosječni rang; MW U=Mann-Whitney U-test; p=značajnost razlike; r=veličina efekta

Kada se promatraju pojedine tvrdnje iz Tablice 37., vidljivo je kako statistički značajna razlika postoji u učestalosti konzumacije alkohola (tvrdnja 1) koja je jedina zastupljenija kod ovisnika o kockanju u KLOK-u u odnosu na članove KLA, što je i logično uzme li se u obzir činjenica da je kod ovisnika o alkoholu osnovni postulat u liječenju doživotna apstinencija od alkohola. Tvrdnje koje se odnose na ovisnost o alkoholu i to gubitak kontrole nad

konzumacijom alkohola (pod rednim brojem 4), na otklanjanje apstinencijskih smetnji pijenjem (pod rednim brojem 6) su statistički značajno više zastupljene kod članova KLA, s relativno velikim efektom razlika. U konačnici, i kod tvrdnji koje se odnose na probleme uzrokovane alkoholom (pod rednim brojem 7,8 i 10) također postoji statistički značajna razlika, odnosno zastupljenije su kod članova KLA, što se sve također može objasniti prirodom same ovisnosti o alkoholu.

4.4. Psihičko funkcioniranje članova klubova liječenih ovisnika o kockanju i članova klubova liječenih ovisnika o alkoholu

Psihičko funkcioniranje sudionika ovog istraživanja mjerili smo upotrebom ciljanih skala i upitnika kojima su se zahvatile odrednice intrapsihičkog funkcioniranja za koje su i prethodna domaća i inozemna istraživanja, ali i kliničko iskustvo, pokazali da imaju važnu ulogu u dijagnostici, kliničkom tijeku, liječenju i rehabilitaciji ovih skupina pacijenata. Za mjerenje istraživačkim nacrtom definiranih simptoma psihopatologije korišten je DASS-21 upitnik (depresivnost, anksioznost, stress), Barratovoa skala impulzivnosti (različite dimenzije impulzivnosti), te CISS skala koja mjeri mehanizme suočavanja sa stresnim situacijama.

Simptomi depresivnosti, anksioznosti i stresa članova KLOK-a i članova KLA

Prilikom primjene DAS-21 upitnika, postavljeni vremenski okvir samoprocjene odnosio na posljednjih godinu dana. Temeljem ukupnog rezultata (bodova) ostvarenog na pojedinim subskalama, sudionike istraživanja klasificirali smo s obzirom na norme, odnosno pragove koji odražavaju izraženost mjerenih simptoma, a koji se klasificiraju u pet skupina: bez simptoma, blagi, umjereni, teški i vrlo teški (290).

Tablica 38. DASS-21, samoprocjena depresivnosti, anksioznosti i stresa članova klubova liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova klubova liječenih ovisnika o alkoholu (n=139)

		PRAG	KLOK	KLA
DEPRESIVNOST	Normalni, bez simptoma	0-9	29.7%	31.0%
	Blagi	10-13	22.3%	15.9%
	Umjereni	14-20	18.7%	20.2%
	Teški	21-27	14.8%	10.8%
	Vrlo teški	28+	14.9%	22.4%
ANKSIOZNOST	Normalni, bez simptoma	0-7	35.2%	30.7%
	Blagi	8-9	7.4%	6.4%
	Umjereni	10-14	27.9%	17.1%
	Teški	15-19	13.0%	10.7%
	Vrlo teški	20+	16.8%	35.0%
STRES	Normalni, bez simptoma	0-14	37.2%	37.6%
	Blagi	15-18	20.4%	13.0%
	Umjereni	19-25	24.1%	16.0%
	Teški	26-33	13.0%	17.3%

	Vrlo teški	34+	5.6%	15.9%
--	------------	-----	------	-------

Kako je vidljivo iz Tablice 38. oko 70% sudionika, članova KLOK-a i KLA, prema DASS-21 skali ima određeni stupanj depresivnosti koji prelazi granice normalnog psihičkog funkcioniranja, pri čemu je depresivnost blagog do umjerenog stupnja kod ovisnika o kockanju zastupljena s više od 40% a kod ovisnika o alkoholu u više od 35% sudionika, dok su najteži oblici depresivnosti (teška i vrlo teška depresivnost) u obje skupine prisutni u oko 30% sudionika.

Rezultati na subskali anksioznosti pokazali su kako više od jedne trećine sudionika iz obje skupine nije prelazilo bodovni prag za registriranje anksioznosti. Kod ovisnika o kockanju, registrirana anksioznost je bila uglavnom blagog do umjerenog stupnja kod više od 34% sudionika, kod 13% je bila teška a kod 16.8% sudionika registrirana anksioznost je bila vrlo teškog intenziteta. Kod članova KLA kod oko 23% sudionika anksioznost je bila blagog do umjerenog stupnja, a kod čak 45.7% sudionika anksioznost je bila teškog i vrlo teškog intenziteta (Tablica 38.).

Prema subskali stresa DASS-21 upitnika vidljivo je kako se kod oko 37% sudionika u obje skupine ne registriraju simptomi nastali djelovanjem stresa poput kronične, nespecifične pobuđenosti, teškoće opuštanja, uznemirenost, nestrpljenja i sl. Kod članova KLOK-a ovi simptomi su u blagom ili umjerenom intenzitetu prisutni kod ukupno 44% sudionika, a u teškom i vrlo teškom stupnju kod oko 18% sudionika. Za razliku od njih, kod članova KLA simptomi stresa blagog do umjerenog stupnja registrirani su kod ukupno 30% sudionika, a teškog ili vrlo teškog stupnja kod čak 33% sudionika (Tablica 38.).

Samoprocjena impulzivnosti članova KLOK-a i članova KLA

Odrednica psihičkog funkcioniranja koja se odnosi na procjenu impulzivnog i s impulzivnošću povezanog ponašanja i razmišljanja ispitana je upitnikom BIS-11 koji mjeri impulzivnost kroz tri faktora drugog reda: (1) namjernu, (2) motoričku i (3) neplanirajuću impulzivnost. Dobiveni rezultati komparirani su s rezultatima inozemnih istraživanja koja su se odnosila na opću populaciju te su također komparirani s inozemnim istraživanjima koja su obuhvaćala kliničku populaciju, odnosno ovisnike o alkoholu i patološke kockare. S obzirom da je u niže navedenim istraživanjima fokus stavljen samo na tri faktora impulzivnosti drugog reda, bez dodatne analize čimbenika prvog reda, i mi smo u ovom djelu proveli komparaciju naših rezultata s osnovnim razinama impulzivnosti.

Tablica 39. Procjena faktora drugog reda impulzivnosti na BIS-11 upitniku članova klubova liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova klubova liječenih ovisnika o alkoholu (n=140)

ISTRAŽIVANI UZORAK	Namjerna impulzivnost M(SD)	Motorička impulzivnost M(SD)	Neplanirajuća impulzivnost M(SD)
Opća populacija (Stanford i sur., 2009.)	16.7(4.1)	22.0(4.0)	23.6(4.9)
Opća populacija (Patton i sur., 1995.)	16.81(3.95)	36.36(7.03)	25.57(4.78)
Ovisnici o alkoholu (Bjork i sur., 2004.)	17.7(3.7)	25.7(4.5)	27.2(5.0)
Patološki kockari s ADHD-om (Rodriguez-Jimenez i sur., 2006.)	25.1(5.2)	26.9(8.8)	27.0(3.8)
Patološki kockari bez ADHD-a (Rodriguez-Jimenez i sur., 2006.)	20.9(5.6)	15.4(6.2)	23.9(5.1)
KLOK	16.65(3.53)	22.85(4.39)	25.94(4.92)
KLA	16.06(4.27)	22.15(4.42)	23.94(4.79)

Legenda: M=aritmetička sredina; SD=standardna devijacija

Rezultati u Tablici 39. pokazuju kako su sva tri oblika impulzivnosti sličniji vrijednostima koje su dobivene u inozemnim istraživanjima na općoj populaciji, nego inozemnim istraživanjima na kliničkoj populaciji. Vrijednosti namjerne impulzivnosti kod obje skupine iznose oko 16 koliko iznose i vrijednosti u inozemnim istraživanjima na općoj populaciji, dok

se vrijednosti na kliničkoj populaciji ovisnika o alkoholu kreću oko 17, a kod patoloških kockara bez ADHD-a oko 21. Prosječni rezultat motoričke impulzivnosti je oko 22, dok se u inozemnim istraživanjima na općoj populaciji ovaj rezultat kreće od 22-36, a u kliničkoj populaciji ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju s ADHD-om od 25-27. Rezultat neplanirajuće impulzivnosti je sličniji rezultatima opće populacije, kreće se od 24-26 u obje skupine sudionika, dok su vrijednosti na ciljanoj kliničkoj populaciji ovisnika o alkoholu i patoloških kockara bez ADHD-a od 24-27.

Samoprocjena stilova suočavanja članova KLOK- i članova KLA

Stilovi suočavanja sa stresnim situacijama evaluirani su korištenjem CISS upitnika Endlera i Parkera (214) kojim se analiziraju tri dimenzije suočavanja: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje. Više vrijednosti na pojedinim subskalama znače da osoba u stresnim situacijama više pribjegava načinima ponašanja koja se odnose na određenu strategiju suočavanja, s time da je srednja normativna vrijednost za sve tri skale 50 (SD=10).

Tablica 40. CISS, samoprocjena metoda suočavanja sa stresnim situacijama kod članova klubova liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i članova klubova liječenih ovisnika o alkoholu (n=140)

Stilovi suočavanja sa stresnim situacijama	Skupina	N	MIN	MAX	M	SD
Suočavanje usmjereno na problem	KLOK	54	29.00	69.00	55.11	9.42
	KLA	140	34.00	80.00	58.81	9.44
Suočavanje usmjereno na emocije	KLOK	54	21.00	70.00	47.61	10.27
	KLA	140	18.00	75.00	48.94	10.68
Suočavanje izbjegavanjem	KLOK	54	22.00	67.00	43.92	8.65
	KLA	140	16.00	80.00	48.27	9.23

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

Rezultati u tablici 40. pokazuju kako obje skupine ispitanika jedino na subskali suočavanja usmjerenog na problem prelaze prag značajnosti (KLOK 55.11, KLA 58.81), što znači da je to dominantna metoda suočavanja koju koriste u stresnim situacijama. S obzirom na to da se suočavanje usmjereno na problem i suočavanje izbjegavanjem povezuju s povećanjem ovisničkog ponašanja, kao strategije koje udaljavaju ili pružaju distancu od stresora, u obje skupine dominantna je najfunkcionalnija strategija suočavanja usmjerenog na problem, što se može protumačiti kao učinak provedenih terapijskih intervencija u dosadašnjem liječenju.

4.5. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između članova KLOK-a i članova KLA

U našem istraživanju psihosocijalno funkcioniranje zahvatili smo mjerenjem i opisivanjem različitih aspekata psihološkog (unutarnjeg ili intrapsihičkog) i socijalnog funkcioniranja koje se veže uz odnose ili interpersonalne relacije s drugim ljudima. Sukladno tome, psihosocijalno funkcioniranje kao meta-konstrukat operacionalizirali smo kroz 16 varijabli: impulzivnost kroz 6 dimenzija prvog reda BISS-11 skale, depresivnost, anksioznost i stres (DASS), tri dimenzije suočavanja sa stresom (CISS) te varijable samoprocjene zadovoljstva interpersonalnih odnosa u partnerstvu, s članovima obitelji, na poslu i s prijateljima.

Kako bi se odredila primjerena metoda inferencijalne statistike pristupilo se testiranju normalnosti distribucije svih navedenih varijabli. Rezultati Kruskal-Wallisova i Shapiro-Wilksova testa pokazuju značajno odstupanje od normalne distribucije zbog čega je za ostvarivanje ovog istraživačkog cilja također korišten Mann-Whitneyev U-test kao neparametrijska statistička metoda, s testiranjem efekta razlika.

Tablica 41. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju sudionika u Klubovima liječenih ovisnika o kockanju (n=54) i Klubovima liječenih ovisnika o alkoholu (n=140); Mann-Whitneyev U-test

Psihosocijalno funkcioniranje	Skupina	M	SD	Mean Rank	MW-U	p	r
BIS-pozornost	KLOK	10.62	2.13	108.61	3126	.069	-
	KLA	10.08	2.81	92.49			
BIS-kognitivna nestabilnost	KLOK	6.01	1.90	98.77	3711	.843	-
	KLA	5.98	1.97	97.01			
BIS-motorika	KLOK	16.11	3.79	110.33	3087	.047	.14
	KLA	14.83	3.59	92.55			
BIS-ustrajnost	KLOK	6.74	1.51	86.13	3166	.076	-
	KLA	7.31	1.89	101.89			
BIS-samokontrola	KLOK	13.70	3.18	117.83	2682	.002	.22
	KLA	12.05	3.20	89.66			
BIS-kognitivna kompleksnost	KLOK	12.24	2.54	103.67	3447	.337	-
	KLA	11.89	2.39	95.12			
DASS-depresivnost	KLOK	7.59	4.74	94.33	3609	.679	-
	KLA	8.31	6.12	98.04			
DASS-anksioznost	KLOK	5.77	4.59	85.77	3146	.070	-
	KLA	7.79	6.13	102.03			
DASS-stres	KLOK	9.11	4.43	91.45	3453	.430	-
	KLA	9.88	5.84	98.47			
CISS-problem	KLOK	55.11	9.42	83.31	3013	.029	.15
	KLA	58.81	9.44	102.98			
CISS-emocije	KLOK	47.61	10.27	91.69	3466	.370	-
	KLA	48.94	10.68	99.74			
CISS-izbjegavanje	KLOK	43.92	8.65	77.80	2716	.002	.21
	KLA	48.28	9.24	105.10			
Veza-zadovoljstvo	KLOK	3.80	1.05	63.00	1722	.455	-
	KLA	3.91	1.08	68.08			
Obitelj-odnosi	KLOK	3.70	.90	87.53	3241	.104	-
	KLA	3.90	.98	101.35			
Posao-odnosi	KLOK	3.72	.82	56.28	1474	.648	-
	KLA	3.76	1.00	59.03			
Prijatelji-odnosi	KLOK	3.63	.78	83.39	3018	.019	.16
	KLA	3.90	.87	102.94			

Legenda: M=aritmetička sredina; SD=standardna devijacija; Mean Rank=prosječni rang; MW U=Mann-Whitney U-test; p=značajnost razlike; r=veličina efekta

Rezultati prikazani u Tablici 41. pokazuju kako razlike u psihosocijalnom funkcioniranju članova KLOK-a i članova KLA postoje u određenim dimenzijama impulzivnosti sadržanim u motorici (MW-U=3087; $p<.050$; $r=.14$) i samokontroli (MW-U=2682; $p<.010$; $r=.22$), a koji su više izraženi kod ovisnika o kockanju te u mehanizmima suočavanja usmjerenim na problem (MW-U=3013; $p<.050$; $r=.15$) i suočavanju izbjegavanjem (MW-U=2716; $p<.010$; $r=.21$) koji su zastupljeniji kod ovisnika o alkoholu u KLA. Kada je riječ o socijalnom funkcioniranju statistički značajna razlika postoji samo u zadovoljstvu odnosima s prijateljima (MW-U=3018; $p<.050$; $r=.16$), koje je izraženije kod ovisnika o alkoholu. Kako bismo dodatno provjerili snagu tih razlika, izračunali smo veličinu efekta, čime smo dobili da je efekt razlika srednji kod dimenzije impulzivnosti opisanoj kao samokontrola koja je izraženija kod ovisnika o kockanju i kod suočavanja izbjegavanjem koji je zastupljeniji kod ovisnika o alkoholu. Efekt razlika najmanji je kod motoričke impulzivnosti, suočavanja usmjerenog na problem i kod zadovoljstva odnosima s prijateljima.

4.6. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju s obzirom na izraženost problema

S ciljem utvrđivanja razlika između sudionika u odnosu na izraženost, odnosno intenzitet simptomatike vezane uz njihovu primarnu ovisnost, sudionici su kategorizirani u dvije skupine s obzirom na postignute ukupne rezultate na DSM-5 skali samoprocjene:

- 1) Skupina s blagim i umjerenim simptomima ovisnosti
- 2) Skupina s teškim simptomima ovisnosti.

Također je provedena serija Mann-Whitneyevih U-testova s ciljem testiranja razlike u izraženosti simptoma između i ove dvije skupine.

Tablica 42. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju s obzirom na izraženost simptoma, Mann-Whitneyev U-test

Psihosocijalno funkcioniranje	Skupina	M	SD	Mean Rank	MW-U	p	r
BIS-pozornost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	9.63	2.61	83.39	2755	.064	-
	TEŠKI SIMPTOMI	10.43	2.65	100.63			
BIS-kognitivna nestabilnost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	5.50	1.92	81.35	2661	.027	.15
	TEŠKI SIMPTOMI	6.14	1.94	101.90			
BIS-motorika	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	14.54	3.74	86.34	2890	.136	-
	TEŠKI SIMPTOMI	15.40	3.66	100.34			
BIS-ustrajnost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	6.78	1.68	85.15	2836	.095	-
	TEŠKI SIMPTOMI	7.27	1.84	100.71			
BIS-samokontrola	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	12.41	3.26	95.00	3289	.780	-
	TEŠKI SIMPTOMI	12.56	3.28	97.63			
BIS-kognitivna kompleksnost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	11.50	2.75	83.62	2765	.060	-
	TEŠKI SIMPTOMI	12.14	2.32	101.19			
DASS-depresivnost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	6.67	4.46	84.55	2808	.094	-
	TEŠKI SIMPTOMI	8.58	6.07	100.26			
DASS-anksioznost	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	5.71	4.96	83.25	2748	.055	-
	TEŠKI SIMPTOMI	7.72	5.99	101.30			
DASS-stres	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	8.15	4.53	80.39	2617	.028	.15
	TEŠKI SIMPTOMI	10.20	5.66	100.95			

CISS-problem	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	58.56	9.25	100.11	3238	.665	-
	TEŠKI SIMPTOMI	57.52	9.69	96.03			
CISS-emocije	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	46.41	10.81	85.43	2849	.107	
	TEŠKI SIMPTOMI	49.26	10.46	100.62			
CISS-izbjegavanje	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	45.26	9.47	87.03	2922	.165	-
	TEŠKI SIMPTOMI	47.69	9.16	100.12			
Veza-zadovoljstvo	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	3.77	1.13	62.32	1404	.522	-
	TEŠKI SIMPTOMI	3.90	1.05	67.09			
Obitelj-odnosi	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	3.74	1.02	92.05	3153	.466	-
	TEŠKI SIMPTOMI	3.87	.94	98.55			
Posao-odnosi	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	3.68	.90	55.40	1060	.702	-
	TEŠKI SIMPTOMI	3.76	.95	58.09			
Prijatelji-odnosi	BLAGI/UMJERENI SIMPTOMI	3.91	.78	102.48	3129	.410	-
	TEŠKI SIMPTOMI	3.80	.88	95.29			

Legenda: M=aritmetička sredina; SD=standardna devijacija; **Mean Rank**=prosječni rang; **MW U**=Mann-Whitney U-test; **p**=značajnost razlike; **r**=veličina efekta

Provedena analiza razlika u psihosocijalnom funkcioniranju pokazala je kako između ove dvije skupine sudionika, onih s blažim/umjerenim intenzitetom ovisnosti s jedne, i onih s teškim intenzitetom ovisnosti s druge strane, ne postoje statistički značajne razlike u većini istraživanih varijabli. Razlika je dobivena jedino u dimenziji impulzivnosti opisanoj kao kognitivna nestabilnost (MW-U=2661; $p<.050$; $r=.15$) i u simptomima psihopatologije uzrokovanim djelovanjem stresa (MW-U=2617; $p<.050$; $r=.15$), na način da su obje varijable zastupljenije kod sudionika s teškim intenzitetom ovisnosti, s malenim efektom razlika (Tablica 42.).

5. RASPRAVA

5.1. Prevalencija problematičnog i patološkog kockanja ovisnika o alkoholu

Jedan od razloga za rekategorizaciju patološkog kockanja među bolesti ovisnosti u DSM-5 priručniku je i visoka stopa komorbiditeta s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima, osobito ovisnosti o alkoholu (83, 84). El-Guebaly i sur. (86) proveli su istraživanje u općoj populaciji na velikom uzorku od 14.934 osobe, te su zaključili kako osobe s dijagnozom štetne uporabe alkohola ili ovisnosti o alkoholu imaju 2.9 puta veći rizik za razvoj umjerenog ili teškog kockanja. Na uzorku ovisnika koji se nalaze na stacionarnom liječenju od ovisnosti o alkoholu ili ovisnosti o drugim psihoaktivnim tvarima, 15% osoba je tijekom života zadovoljavalo kriterije za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju, a 11% je zadovoljavalo kriterije tijekom ispitivanja (5). Kada je pak riječ o ovisnicima o alkoholu koji su na vanbolničkom liječenju, istraživanje Sellmana i sur. (87) je, korištenjem SOGS upitnika za samoprocjenu rizičnosti kockanja, pokazalo kako njih 19.4% tijekom ispitivanja pokazuje značajke problemskog kockanja, dok je 4% ispitanih spadalo u skupinu patoloških kockara, prema tada važećim kriterijima u DSM-IV. Usporedbe radi, epidemiološki podaci o prevalenciji problematičnog i patološkog kockanja u općoj populaciji najčešće se kreću između 0.5-2%, ovisno metodologiji istraživanja, odnosno primijenjenom instrumentariju (2-5).

U našem istraživanju rezultati su pokazali kako je prevalencija patološkog kockanja kod liječenih alkoholičara, prema SOGS upitniku, 10%, a prevalencija problematičnog kockanja 12.9%, što možemo smatrati visokom zastupljenosti, i vjerojatno višom nego li u općoj populaciji odraslih osoba u Hrvatskoj, iako valjanih istraživanja prevalencije ovisnosti o kockanju na reprezentativnom uzorku odraslih osoba u Hrvatskoj nemamo. Kada se rezultati usporede s ranije navedenim inozemnim istraživanjima na ciljanoj populaciji ovisnika o alkoholu, vidljivo je da naši rezultati nisu pokazali tendenciju prema kojoj je patološko kockanje manje prevalencije kod ovisnika o alkoholu na vanbolničkom liječenju, odnosno pokazali su da je prevalencija patološkog kockanja sličnija kod ovisnika o alkoholu koji su na stacionarnom liječenju.

5.2. Prevalencija štetne uporabe alkohola i ovisnosti o alkoholu ovisnika o kockanju

Kako je ranije navedeno, pojava komoriditeta ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o kockanju je izražena i učestala pojava. U istraživanju Welta i suradnika (85) potvrđena je značajna povezanost između trenutne ovisnosti o alkoholu i trenutnog patološkog kockanja, te je također utvrđeno kako dnevna količina popijenog alkohola povećava intenzitet i učestalost kockanja. Kada je riječ o prevalenciji alkoholom uzrokovanih poremećaja u općoj populaciji, izvješće SZO za Hrvatsku iz 2014.g., (1) govori kako je ukupna prevalencija ovisnosti o alkoholu i štetne uporabe alkohola 5.1 %, dok je prevalencija samo ovisnosti o alkoholu 3.4% (prema DSM-5 klasifikaciji, štetna uporaba alkohola i ovisnost o alkoholu su sjedinjeni u jedinstveni poremećaj - poremećaji uzrokovani uzimanjem alkohola). Rezultati našeg istraživanja pokazali su kako je prema AUDIT-u prevalencija štetne uporabe alkohola kod ovisnika o kockanju značajno veća nego u općoj populaciji, iznosi 20.4%, dok je prevalencija ovisnosti o alkoholu manja nego u općoj populaciji i iznosi 1.9%.

Ovako visoka prevalencija patološkog kockanja kod ovisnika o alkoholu te štetne uporabe alkohola kod ovisnika o kockanju konzistentna je s ranijim nalazima o povezanosti kockanja općenito i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, te na tragu pretpostavljene teorije o postojanju ovisničkog sindroma prema kojem postoji zajednička etiologija (poput genetske predispozicije) i za ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i za ovisnost o kockanju, s time da je razlika jedino u aktualnoj ekspresiji modaliteta ovisničkog ponašanja (104,293,294). Rezultati istraživanja, nadalje, potvrđuju i ranije postavljene korelacije ove dvije skupine ovisnosti, prema kojima jedna vrsta ovisničkog ponašanja (poput alkoholizma) povećava rizik od razvoja druge vrste ovisnosti (poput ovisnosti o kockanju), s time da se utjecaj alkohola može ogledati u lakšem ulaženju u rizična ponašanja, dok s druge strane kockanje svojim kumuliranim psihosocijalnim posljedicama može pogodovati razvijanju ili relapsu problema s alkoholom (295). Pritom se ne smije zanemariti niti pozitivna korelacija problema povezanih s kockanjem i učestalosti rizičnog i delinkventnog ponašanja (300).

Visoka prevalencija patološkog kockanja u populaciji liječenih alkoholičara, odnosno štetne uporabe alkohola kod ovisnika o kockanju, ima i praktične implikacije, s obzirom da su ranije studije pokazale kako liječenje samo jednog poremećaja nije dovoljno učinkovito, te da su u ovoj skupini bolesnika izraženija funkcionalna oštećenja i lošija prognoza u odnosu na

bolesnike sa samo jednim poremećajem (296). Kako bi terapijske intervencije bile pravovremene, potrebno je i provođenje sustavnog probira na problemsko i patološko kockanje među ovisnicima o alkoholu i PAT, odnosno na ovisnost o alkoholu među ovisnicima o kockanju, što bi trebalo postati djelom standardnog kliničkog pristupa ovoj populaciji pacijenata, čemu u prilog govore i rezultati ovog, ali i inozemnih istraživanja. Istraživanje Kauscha i suradnika (172) pokazalo je kako integriranje adekvatnih dijagnostičkih testova za probir ovisnosti o kockanju, unutar terapijskog protokola za ovisnike o alkoholu, može imati učinak i na smanjenje intenziteta problema s kockanjem, ali i na ishod liječenja ovisnosti o alkoholu. Više je inozemnih istraživanja pokazalo da pravovremeno prepoznavanje subpopulacije pacijenata s pojavom komorbiditetne ovisnosti može dati značajan doprinos u provođenju personaliziranog terapijskog pristupa kojim bi se povećala terapijska učinkovitost, zadovoljstvo i suradljivost samog bolesnika, te smanjila učestalost relapsa i troškova liječenja (181, 182).

5.3. Prevalencija specifičnih kockarskih aktivnosti ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju

Kockarske aktivnosti su raznovrsne, te predstavljaju heterogenu društvenu pojavu, pri čemu svi oblici igara imaju tzv. adiktivni potencijal, odnosno sadrže obilježja zbog kojih igrač može razviti ovisnost, problematično i/ili patološko kockanje. Međutim, osim općenitih, postoje i određena specifična obilježja igara koja su više povezana s vjerojatnosti razvoja problema kod igrača u smislu da doprinose bržem stvaranju ovisnosti i psihosocijalnih problema, poput visoke frekvencije igranja, percipirane vještine, razvoja kognitivnih distorzija povezanih s kockanjem, okruženja u kojim se igra odvija, mogućnosti manipuliranja ulozima itd. (297).

Sukladno provedenim inozemnim istraživanjima, većina ovisnika o kockanju u našem kliničkom uzorku bila je muškog spola, u radnom odnosu (2,3,259), a kada je riječ o učestalosti igranja, rezultati su pokazali kako su jako učestalo igrali igre s većim adiktivnim potencijalom, odnosno sportsko klađenje njih 87%, igre na automatima 75.9% i rulet 70.4% sudionika. Za razliku od njih, kod ovisnika o alkoholu u klubovima liječenih alkoholičara nije se registriralo jako učestalo kockanje, pri čemu su sudionici najčešće igrali lutrijske igre što dodatno govori u prilog činjenici da lutrijske igre imaju manji adiktivni potencijal od ranije navedenog sportskog klađenja, igara na automatima i ruleta.

5.4. Kvaliteta socijalnih interakcija ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju

Ovisnost o kockanju i ovisnost o alkoholu osim negativnih psihičkih učinaka na ovisnika, u značajnoj mjeri utječu i na njegove socijalne interakcije. Kvalitetu socijalnih interakcija ispitali smo koristeći posebno konstruirane varijable kojima smo analizirali percepciju socijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju u braku ili emocionalnoj vezi, s drugim članovima obitelji, s prijateljima i na radnom mjestu. Rezultati istraživanja pokazali su kako i kod jedne i kod druge skupine sudionika postoji visoka razinu zadovoljstva odnosima, potporom i razumijevanjem koje dobivaju od partnera te od drugih članova obitelji. Ovi rezultati ne iznenađuju uzme li se u obzir kako je istraživanje provedeno na populaciji pacijenata koji su članovi klubova, koji se definiraju kao višeobiteljske zajednice ovisnika i članova njihovih obitelji, u kojima se sukladno tome preporuča i očekuje aktivan angažman obitelji u rehabilitaciji i resocijalizaciji ovisnika. Također, na neki način, sudionici u oba subuzorka čine pozitivno selekcioniranu skupinu ovisnika - onih koji se liječe i koji su spremni poduzeti osobni angažman u rješavanju svoje problema ovisnosti - što se vjerojatno percipira pozitivnijim od strane drugih važnih osoba u njihovoj socijalnoj okolini. Kada je riječ o socijalnom interakcijama na radnom mjestu, vidljivo je kako je zaposlenost kod članova KLOK-a gotovo 80%, dok je kod članova KLA oko 50%, te da je oko 70% članova KLOK-a i oko 60% članova KLA zadovoljna odnosima i razumijevanjem koje dobivaju na radnom mjestu. Ovdje je zanimljivo primijetiti kako oko 20% članova KLA i čak 30% članova KLOK-a ulazi u povremene sukobe na radnom mjestu. Opisana razlika može se djelom protumačiti i time da je kod ovisnika u KLA, kako je navedeno u opisu uzorka, populacija pacijenata starije dobi, pa time i dulje apstinira, odnosno provedena je faza resocijalizacije, ali i činjenicom da je ovisnost o kockanju nova ovisnost o kojoj se u društvu malo zna, pa se samim time i ovisnicima nerijetko pristupa moralistički i osuđujuće, dok se sama uključenost u igu često ne osuđuje.

5.5. Obilježja konzumacije alkohola članova KLA i kockarskih aktivnosti članova KLOK-a

Više je istraživanja pokazalo kako dob početka kockanja ima značajan utjecaj na klinički tijek, dinamiku razvoja ovisnosti o kockanju te na prognozu primijenjenih terapijskih intervencija, s time da je važno naglasiti kako je ranija dob početka kockanja povezana s većim rizikom za kasniji razvoj patološkog kockanja (17). Kockanje ima jednaku dobnu distribuciju kao i ovisnost o psihoaktivnim tvarima što znači da najčešće započinje u razdoblju adolescencije, a to je potvrdilo i naše istraživanje u kojem je prosječna dob početka kockanja ili klađenja bila oko 18 godina. Adolescentska dob je osobito ranjiva za razvoj patološkog kockanja i prevalencija kockanja u ovoj dobi je značajno veća u odnosu na odraslu populaciju. Inozemna istraživanja pokazala su kako se prevalencija kockanja među adolescentima na području Europske unije najčešće kreće od 0.2 do čak 12.3%, uz stalni porast (298, 299). Kada je riječ o Hrvatskoj, provedeno istraživanje na velikom uzorku od 2702 učenika svih razreda sva tri srednjoškolska programa pokazalo je kako je gotovo 13% učenika imalo ozbiljne psihosocijalne probleme radi kockanja i klađenja, što je značajno više u odnosu na inozemna istraživanja provedena na sličnim uzorcima (300).

Prosječna dob kada su sudionici počeli doživljavati svoje kockanje problematičnim u našem istraživanju bila je oko 28 godina, što znači da je u prosjeku prošlo 10 godina od početka kockarskih aktivnosti do percepcije kockanja kao problema. Opisani rezultati se razlikuju u odnosu na inozemna istraživanja u kojima je dob početka doživljavanja kockanja problematičnim viša, te se najčešće kreće oko 33 godine, a trajanje problematičnog kockanja je najčešće oko 6 godina, što znači da u našem istraživanju kockari ranije razviju probleme s kockanjem i duže kockaju po problematičnom obrascu (301-303). Opisana pojava se može djelom objasniti nedostatnom senzibiliziranošću šire društvene sredine u odnosu na problematiku ovisnosti o kockanju, liberalnom zakonskom legislativom koja značajno pozitivno djeluje na dostupnost i pristupačnost kockanja, tolerancijom kockanja osobito psihosocijalnih posljedica kockanja u užoj socijalnoj sredini (u obitelji, na radnom mjestu), ali i činjenicom da u Hrvatskoj do otvaranja KLOK-a i potom Dnevne bolnice za ovisnike o kockanju u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ nije postojao strukturirani terapijski protokol za ovu populaciju pacijenata, što znači da su ovi bolesnici kada je u pitanju liječenje i oporavak dobrim djelom bili prepušteni sebi i svojim obiteljima.

Kada je riječ o ovisnosti o alkoholu, odnosno o dobi početka razvoja ovisnosti o alkoholu i dobi početka konzumacije alkohola među članovima KLA, i ovdje je poznata rizičnost ranije dobi konzumacije alkohola za koju je više istraživanja pokazalo kako je značajan prediktor kasnijeg razvoja ovisnosti o alkoholu, ali i o drugim psihoaktivnim tvarima, te da ima važne dijagnostičke, prognostičke i terapijske implikacije (304,305). Ne treba zaboraviti kako i poznata Cloningerova tipologija alkoholizma (53) zasnovana na specifičnim značajkama ličnosti alkoholičara, dijeli ovisnike o alkoholu na dva tipa ovisno o dobi pojavljivanja ovisnosti. U našem istraživanju pitanja koja se odnose na obilježja konzumacije alkohola pokazala su kako je početak pijenja gotovo jednak kao kod ovisnika o kockanju i kreće se oko dobi od 18 godina. Zanimljivo je primijetiti kako je prosječna dob kada su primijetili da imaju problem kod ovisnika o alkoholu puno viša i iznosi oko 37 godina, dok kod ovisnika o kockanju iznosi 28 godina, odnosno u prosjeku je prošlo gotovo dvostruko više vremena od početka pijenja do percepcije pijenja problematičnim, u odnosu na ovisnike o kockanju u KLOK-u. Navedeni podatak možemo protumačiti dinamikom razvoja ovisnosti o alkoholu, razvijanju porasta i potom pada tolerancije na alkohol, postupnim razvojem apstinencijskih smetnji, postupnim kumuliranjem psihosocijalnih posljedica, dok je kod ovisnika o kockanju dinamika kumuliranja posljedica puno brža, osobito kada se uzme u obzir financijski aspekt.

5.6. Razlike u psihosocijalnom funkcioniranju između članova KLOK-a i članova KLA

S obzirom na reklasifikaciju patološkog kockanja u petom izdanju DSM-a koja je imala za podlogu niz sličnosti u kliničkoj slici, neurobiološkoj i etiopatogenetskoj sličnosti s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima, te uzimajući u obzir nastojanje radne skupine koja provodi izradu 11. izdanja MKB-a u kojem se naglašavaju razlike između patološkog kockanja i ovisnosti o PAT, radi čega patološko kockanje ostaje među poremećajima kontrole impulsa, postavlja se pitanje jesu li ovisnici o kockanju i ovisnici o PAT više slični ili više različiti? Opisana dvojba sadržana je u trećem problemskom pitanju našeg istraživanja kojemu je cilj utvrditi razlike u psihosocijalnom funkcioniranju ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju. Ranija istraživanja, provedena zasebno kod ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju pokazala su kako u obje skupine bolesnika postoji značajan utjecaj i zastupljenost pojedinih simptoma psihopatologije poput depresivnosti i anksioznosti, zatim utjecaj određenih karakternih crta na ovisničko ponašanje, poput impulzivnosti, neadekvatnih mehanizama suočavanja sa stresnim situacijama te značajne socijalne komplikacije pod kojima se podrazumijeva nesposobnost ili nemogućnost ispunjavanja određenih i očekivanih socijalnih uloga, u obitelji, na radnom mjestu odnosno u široj društvenoj zajednici. (12,57).

Kao i kod drugih oblika ovisnosti, i kod ovisnika o alkoholu i kockanju postoji čest komorbiditet odnosno pojavljivanje drugih psihičkih poremećaja uz dijagnozu ovisnosti, značajno veće prevalencije nego u općoj populaciji (129-132). Veliki je broj istraživanja pokazao kako pojava drugih psihičkih poremećaja ili simptoma psihopatologije kod ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju najčešće dolazi kroz dva modaliteta: na način da se radi o primarnim poremećajima ili podliježećim simptomima psihopatologije koji onda povećavaju rizik za pojavu ovisnosti koja ima ulogu automedikacije (7,142-145,129,131,150,151,158,159,164,165) i može biti po tipu razvoja poremećaja radi kumuliranih psihosocijalnih posljedica ovisnosti (3,154,157). U našem istraživanju nisu registrirani značajniji elementi psihopatologije pri čemu ovdje treba naglasiti kako se radi o bolesnicima koji su unutar terapijskog protokola i obuhvaćeni psihosocijalnim intervencijama unutar samog kluba, te koji su i prije kluba prošli različite modalitete liječenja (stacionarno liječenje, parcijalna hospitalizacija, ambulantno praćenje itd). Opisano govori u prilog tome da ova skupina ovisnika s jedne strane posjeduje adekvatne intrapsihičke kapacitete za uključivanje u navedene vrste terapijskog protokola, a s druge strane da su upravo tim

navedenim terapijskim intervencijama postigli dostatnu razinu oporavka, ne samo po pitanju ovisnosti nego i po pitanju sveukupnog psihičkog funkcioniranja

Više je provedenih istraživanja pokazalo kako je jedan od najvažnijih čimbenika razvoja i održavanja ovisnosti impulzivnost. Impulzivnost kao crta osobnosti je tako dio multidimenzionalnih tipologija alkoholizma, gdje Babor i suradnici (54) opisuju alkoholizam tipa A, dok Cloninger i suradnici (53) opisuju alkoholizam tipa II te se i sami dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze sindroma ovisnosti o alkoholu također u određenoj mjeri preklapaju s elementima definicije impulzivnosti (1,10) i zaključno impulzivnost se opisuje i kao važan rizični čimbenik za pojavu relapsa u ovoj populaciji pacijenata (185,186). Kod ovisnika o kockanju pak, osim ranije klasifikacije patološkog kockanja u poremećaje kontrole impulsa, što ukazuje na važnost impulzivnosti u etiopatogenezi patološkog kockanja, više je provedenih studija pokazalo kako je među patološkim kockarima koji su uključeni u terapijski protokol, impulzivnost značajan prediktivni čimbenik pojave relapsa i neuspjeha terapijskih intervencija, te da općenito postoji značajna i pozitivna korelacija između impulzivnosti i ovisnosti o kockanju, osobito u slučaju komorbiditeta s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (201,208,209). Kada je riječ o tipu impulzivnosti, provedena istraživanja kod ovisnika o alkoholu pokazala su veću zastupljenost kognitivne impulzivnosti, sadržane i u kognitivnoj nestabilnosti i u kognitivnoj kompleksnosti, označenoj kao fokusiranost na zbivanja u sadašnjosti i na potrebu za trenutnom gratifikacijom konzumacijom alkohola (183,188,189). Kod ovisnika o kockanju rezultati provedenih istraživanja se razlikuju s obzirom na primijenjenu metodologiju i instrumentarij koji se koristio za procjenu impulzivnosti, no većina rezultata stavlja u prvi plan motoričku impulzivnost koja je u upitniku koji smo primijenili u našem istraživanju opisana kao djelovanje bez inhibicije i razmišljanja (288,198,203,204). Rezultati našeg istraživanja pokazali su kako je kod ovisnika o kockanju izraženija motorička impulzivnost i nedostatna samokontrola, s time da je efekt razlika kod nedostatne samokontrole bio srednji, a kod motoričke impulzivnosti najmanji. Opisana razlika se djelom može objasniti i činjenicom da između ove dvije skupine sudionika postoji značajna razlika u dobi, odnosno da su ovisnici o alkoholu ($M_{dob}=53.09$ godina) stariji od ovisnika o kockanju ($M_{dob}=34.69$ godina), dulje vrijeme apstiniraju i dulje vrijeme pohađaju klubove što znači da su i dulje vrijeme obuhvaćeni psihosocijalnim intervencijama sadržanim u radu klubova.

Iduća odrednica psihosocijalnog funkcioniranja koja je analizirana u našem istraživanju bili su mehanizmi suočavanja sa stresnim situacijama. Prema biopsihosocijalnom modelu ovisnosti, psihoaktivne tvari se uzimaju s ciljem redukcije negativnog ili pojačavanja pozitivnog afekta i kroz obje ove uloge intenzivira se učinak psihoaktivnog sredstva, kao strategije suočavanja, čak i ako je takva strategija maladaptivna (216). Kod ovisnika o kockanju postoji značajna uloga određenih oblika suočavanja, koja mogu predstavljati protektivni ili rizični čimbenik za pojavljivanje ovisnosti, odnosno za pojavu relapsa tijekom liječenja (220,223). Kako je ranije navedeno, i kockanje, ali i konzumacija alkohola djelom mogu predstavljati odmak od neugodnih afektivnih stanja i maladaptivni način nošenja sa stresnim situacijama, te je više istraživanja pokazalo kako ovaj oblik suočavanja dominira u ovim populacijama bolesnika. Za razliku od ovisnika o alkoholu, kod kojih dominira kognitivna i bihevioralna distrakcija (218,219), istraživanja su pokazala kako ovisnici o kockanju primjenjuju i suočavanje usmjereno na emocije (221,222). Rezultati našeg istraživanja pokazali su kako je kod ovisnika o alkoholu izraženije suočavanje izbjegavanjem gdje je efekt razlika u odnosu na ovisnike o kockanju bio srednji, te suočavanje usmjereno na problem gdje je efekt razlike u odnosu na ovisnike o kockanju bio najmanji, dok kod suočavanja usmjerenog na emocije nije bilo razlike. Za razliku od impulzivnosti, za koju smo rekli kako je manja kod ovisnika o alkoholu i kako bi to moglo biti dijelom i zbog psihosocijalnih intervencija koje se provode kroz klub, suočavanje izbjegavanjem i nadalje dominira kao maladaptivna metoda suočavanja sa stresnim situacijama, gdje spada i konzumacija alkohola koji svojim neurofarmakološkim djelovanjem omogućava distancu od averzivnih emotivnih stanja (49, 138,139,143,143). Ovaj je rezultat je djelom i na tragu veće prevalencije problemskog i patološkog kockanja među članovima KLA, gdje su naši rezultati pokazali, kako je ranije navedeno, da je prevalencija patološkog kockanja prema SOGS upitniku bila 10%, a prevalencija problemskog kockanja 12.9%. Ovako visoka prevalencija problemskog i patološkog kockanja govori kako je kod djela alkoholičara, referiramo li se na metode suočavanja, zadržan obrazac suočavanja izbjegavanjem, s time da je konzumacija alkohola zamijenjena novom maladaptivnom aktivnosti-kockanjem. Sukladno tome, važno je kroz rad kluba dodatno modificirati i strukturirati u prvom redu dijagnostičke, a potom i terapijske intervencije kako bi se na vrijeme otkrila i liječila ova podskupina ovisnika o alkoholu.

Odrednica socijalnih posljedica ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o kockanju, u okviru analiziranog konteksta psihosocijalnog funkcioniranja, analizirana je obzirom na visoku

prevalenciju te značajne terapijsko-rehabilitacijske implikacije. Utjecaj alkoholizma na obiteljsku dinamiku odnosno na socijalno funkcioniranje pojedinca predmet je velikog broja studija kojima su definirani različiti stadiji prilagodbe socijalnog okruženja na ovisnika, ali i ovisnika na socijalno okruženje, što u konačnici implicitno ili eksplicitno podržava pijenje (226). Kada se govori o socijalnim komplikacijama ovisnosti o kockanju, prema provedenim istraživanjima, svaki problematični kockar ima između 7 i 16 značajnih drugih osoba koje mogu biti pogođene njegovim ili njenim kockanjem. Posljedice kockanja na značajne druge osobe kockara mogu varirati od ekonomskih problema preko zdravstvenih, do socijalnih problema (242). Rezultati našeg istraživanja pokazali su kako nema statistički značajnih razlika u gotovo svim istraživanjima modalitetima socijalnog funkcioniranja. Razlika je identificirana jedino u području zadovoljstva odnosima s prijateljima koje je izraženije kod ovisnika o alkoholu, no efekt razlika je malen. I ovdje se zadovoljstvo socijalnim relacijama te kvaliteta socijalnog funkcioniranja mogu dijelom objasniti i samom činjenicom liječenja u klubovima, u kojima uz ovisnika sudjeluje kako obitelj tako i druge značajne osobe iz njihova socijalnog okruženja, ali i duljinom apstinencije, pri čemu ne treba zanemariti činjenicu kako se radi o izvanbolničkoj populaciji, kod kojih je akutna socijalna problematika uglavnom sanirana.

Zaključno, uzevši u obzir sve analizirane odrednice psihosocijalnog funkcioniranja, možemo reći kako su ovisnici o alkoholu i ovisnici o kockanju ipak više slični u većini istraživanih varijabli, što govori u prilog provedenoj reklasifikaciji kockanja među bolesti ovisnosti u DSM-5.

6. ZAKLJUČCI

1. Uzimajući u obzir naslov rada i postavljena istraživačka pitanja možemo reći kako je, prema dobivenim podacima, najveća razlika između dvije istraživane skupine sudionika, ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju, vezana uz primarno ovisničko ponašanje, dok su u pogledu samog psihosocijalnog funkcioniranja manje različiti. Promatrajući ispitivane varijable koje se odnose na samo ovisničko ponašanje, vidimo da, iako prema AUDIT upitniku članovi KLOK-a aktualno piju više u odnosu na ovisnike o alkoholu u KLA, ovisnici o alkoholu u svim ostalim tvrdnjama na ovom upitniku postižu značajno veće rezultate. Rezultati na SOGS upitniku pokazali su da ovisnici o kockanju, u odnosu na ovisnike o alkoholu, učestalije igraju igre s višim adiktivnim potencijalom (sportsko klađenje, igre na automatima i rulet) te da imaju i ukupno gledajući značajno više rezultate u ovom upitniku što se povezuje i sa štetnijim i izraženijim psihosocijalnim posljedicama.
2. U kontekstu psihičkog funkcioniranja i elemenata ličnosti, razlika između alkoholičara i ovisnika o kockanju u ovom istraživanju nisu značajni, odnosno ove dvije skupine sudionika nisu toliko različite. U konstruktima u kojima su dobivene značajne razlike, efekti tih razlika nisu veliki. Tako članovi KLOK-a postižu nešto veće rezultate u određenim dimenzijama impulzivnosti sadržanim u motorici i samokontroli, dok su mehanizmi suočavanja usmjereni na problem i suočavanje izbjegavanjem, jednako kao i manje zadovoljstvo prijateljskim odnosima nešto izraženiji kod ovisnika o alkoholu.
3. Efekti razlika koji se odnose na psihosocijalno funkcioniranje s obzirom na izraženost simptoma također nisu veliki, ali moramo s oprezom pristupiti interpretaciji ovog rezultata, uzimajući u obzir činjenicu da na liječenje dolaze oni koji su razvili kliničku ovisničku problematiku većeg intenziteta te da ne znamo u kojoj je mjeri njihova aktualna simptomatika rezultat liječenja. U ovom djelu istraživanja, dobiveni rezultati pokazali su kako razlika između sudionika s težom kliničkom slikom s jedne strane, i onih s blagom i umjerenom kliničkom slikom s druge strane, postoji jedino u dimenziji impulzivnosti opisanoj kao kognitivna nestabilnost i u simptomima psihopatologije uzrokovanim djelovanjem stresa (s malim efektom razlika), na način da su obje varijable zastupljenije kod sudionika s teškim intenzitetom ovisnosti.

7. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA, ZNANSTVENI I PRATKTIČNI DOPRINOSI ISTRAŽIVANJA

I ovo istraživanje, kao i sva druga, ima svoja metodološka ograničenja, čime se između ostalog generiraju smjernica za buduće znanstveno-istraživačke pothvate. Prvu skupinu ograničenja možemo promatrati kroz sam uzorak sudionika. U tom smislu, važno je istaknuti da je istraživanje provedeno na prigodnom uzorku pacijenata koji se u Zagrebu liječe u klubovima zbog svojeg problema ovisnosti. Posljedično, rezultate u ovoj fazi ne možemo generalizirati na razinu cijele Hrvatske, kao ni na skupine ovisnika koje su hospitalizirane ili na neki drugi način stacionarno smještene zbog svojih problema ovisnosti.

Sljedeće metodološko ograničenje vezano je uz razliku u veličini uzorka između sudionika s obzirom na pripadanje klubu, odnosno primarnu ovisnost - u istraživanju je sudjelovalo 140 ovisnika o alkoholu i 54 ovisnika o kockanju. Iako razlika u veličini uzoraka odgovara realitetu na našim prostorima, budući da se značajno više ovisnika o alkoholu liječi u klubovima liječenih alkoholičara nego ovisnika o kockanju u klubovima liječenih ovisnika o kockanju, za mogućnosti snažnijih zaključaka prilikom usporedbe ove dvije skupine, ono trenutno predstavlja metodološko ograničenje.

Sljedeće ograničenje istraživanja odnosi se na duljinu liječenja. U istraživanju ispituje ponašanje i psihosocijalno funkcioniranje osoba koje nisu jednako dugo u tretmanu, pri čemu tražimo da se prisjete određenih činjenica prije ulaska u klub i tu onda imamo efekt dosjećanja koji je izraženiji što je ovaj vremenski interval duži (306). Nadovezujući se na ovo ograničenje može se reći kako bi u idealnim okolnostima bilo dobro kada bi se ove dvije skupine mogle ispitivati u inicijalnoj fazi liječenja, odnosno na ulazu u terapijski protokol, što je preporuka za buduća istraživanja. Međutim, tada bi prikupljanje podataka i uzorka bilo izrazito dugotrajno, iako bi omogućavalo longitudinalno praćenje, koje bi pak bilo pod metodološkim rizikom osipanja uzorka.

Iduće ograničenje je nemogućnost kontroliranja i testiranja efekta spola, jer su žene značajno manje zastupljene u uzorku ovisnika, pa tako i u uzorku liječenih ovisnika. Stoga mi u ovom radu ne znamo da li navedene pretpostavke vrijede jednako za muški i za ženski spol.

Jedan od većih metodoloških izazova ovog istraživanja bio je ispitati razlike u psihosocijalnom funkcioniranju sudionika s obzirom na izraženost problema. Naime, budući da je karakteristika, odnosno kriterij uključivanja u klubove liječenja i u terapijski protokol

općenito visoka izraženost problema, oni nisu možda uspoređeni sa svojim inicijalnim stanjem, već samoprocjenom koja može biti rezultat efekta liječenja. Stoga bi buduća istraživanja trebala pokušati zahvatiti populaciju s više i manje izraženim problemima u ranom stadiju razvoja ovisnosti, a prije početka terapijskog protokola.

U konačnici, jedno od ograničenja istraživanja leži i u heterogenoj dobi sudionika istraživanja budući da su ovisnici o alkoholu nešto stariji od ovisnika o kockanju, što možemo pripisati dvama razlozima: (1) prirodi razvoja ovisnosti gdje je potrebno dulje vrijeme za razvoj ovisnosti o alkoholu u odnosu za razvoj ovisnosti o kockanju, i (2) činjenici da klubovi liječenih alkoholičara postoje i djeluju više od 50 godina, za razliku od klubova liječenih ovisnika o kockanju koji postoje unazad 10-tak godina.

Znanstveni i praktični doprinosi

Ovo istraživanje prvo je takve vrste na našim prostorima, a koje ispituje i uspoređuje psihosocijalno funkcioniranje ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju na našim prostorima. S jedne strane imamo skupinu ovisnika koji imaju dugogodišnju tradiciju liječenja u hrvatskom zdravstvenom sustavu i o kojima postoji dosta znanstvenih spoznaja, te drugu skupinu koja se odnosi na ovisnike o kockanju koji predstavljaju novi ovisnički fenomen u Republici Hrvatskoj, a posljedično tome i novo kliničko i znanstveno-istraživačko područje koje na populaciji odraslih osoba do sada nije bilo sustavno istraživano. Stoga možemo reći kako su prikazani rezultati i doprinos novim znanstvenim spoznajama, ali i platforma za buduća istraživanja ove teme koja je, osim bio-psiholoških predispozicija, značajno determinirana tržištem, kontekstom dostupnosti, pristupačnosti i društvenim normama prema (ne)prihvaćenosti alkohola i kockarskih aktivnosti.

Jedan od značajnih znanstvenih doprinosa ovog istraživanja je i u primjeni instrumenata koji su u Republici Hrvatskoj korišteni mahom na populaciji adolescenata i njihovom ispitivanju u kontekstu kockanja, kao i standardiziranih inozemnih instrumenata za ispitivanje psihičkog funkcioniranja (CISS, DASS-21 i BIS-11) i ovisničkog ponašanja (AUDIT, SOGS), a koji su sada po prvi puta primijenjeni na populaciji ovisnika o kockanju. Primjena ovih instrumenata na populaciji odraslih ovisnika ima značajne kliničke implikacije, te je važna za bolje razumijevanje potreba liječenja ove populacije pacijenata.

U konačnici, rezultati ovog istraživanja predstavljaju značajan pozitivan doprinos i za buduće dijagnostičke klasifikacije, osobito kada se imaju na umu nedoumice vezane uz rekategorizaciju ovisnosti o kockanju ili patološkog kockanja u budućem izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti.

8. LITERATURA:

1. World Health Organization: Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO; 2014.
2. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.
3. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008;38:1351-60.
4. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet*. 2011;378:1874-84.
5. Cowlshaw S, Merkouris S, Chapman A. Pathological and problem gambling in substance use treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse*. 2014;46(2):98-105.
6. Glavak-Tkalić R, Miletić GM. Playing Games of Chance in General Population in the Republic of Croatia - Research Report. Zagreb: Institute of Social Sciences Ivo Pilar; 2012.
7. Torre R, Zoričić Z. Kockanje i klađenje – od zabave do ovisnosti. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara; 2013.
8. Schwartz DG. Roll the Bones: The History of Gambling. Las Vegas: NV-Winchester Books; 2013.
9. World Health Organisation. International classification of diseases – 10 (ICD-10). Geneva: WHO; 1990.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: VA-American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Alavi SS, Maracy MR, Jannatifard F, Eslami M, Haghighi M. A survey relationship between psychiatric symptoms and internet addiction disorder in students of Isfahan universities. *Sci J Hamadan Univ Medi Sci Health Serv*. 2010;17:57–65.
12. Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *Int J Addict*. 1995;30:275-89.

13. Schlossarek S, Kempkensteffen J, Reimer J, Verthein U. Psychosocial Determinants of Cannabis Dependence: A Systematic Review of the Literature. *Eur Addict Res.* 2016;22(3):131-44.
14. Ro E, Clark LA. Psychosocial functioning in the context of diagnosis: assessment and theoretical issues. *Psychol Assess.* 2009;21(3):313-24.
15. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR, Klein DN, Andrews JA, Small JW. Psychosocial Functioning of Adults who Experienced Substance Use Disorders as Adolescents. *Psychol Addict Behav.* 2007;21(2):155-64.
16. Haroon KK, Gupta R, Derevensky JL. Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling. *Psychol Addict Behav.* 2004;18(2):170-9.
17. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance related conditions? *Addiction.* 2006;101(1):142-51.
18. Rosenberg KP, Curtiss Feder L, editors. *An introduction to Behavioral Addictions.* Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2014.
19. Widyanto L, Griffiths M. 'Internet Addiction': A Critical Review. *Int J Mental Health Addict.* 2006;4:31–51.
20. Peele S, Brodsky A. *Love and Addiction.* New-York: Taplinger; 1979.
21. Blum EM. Psychoanalytic Views of Alcoholism. *Q J Stud Alcohol.* 1966;27(2):259-99.
22. Kingma SF. Dostoevsky and Freud: Autonomy and Adiction in Gambling. *J Hist Sociol.* 2015;1-27.
23. Dias FMV, Cano-Prais HA, Kehdy S, Teixeira AL. A pathological gambler by Dostoyevsky. *Trends Psychiatry Psychother.* 2008;30(3):236-40.
24. Crockford D, el-Guebaly N. Psychiatric Comorbidity in Pathological Gambling. A critical review. *Can J Psychiatry.* 1998;43(1):43-50.
25. Griffiths M. Internet addiction: Internet fuels other addictions. *Student Br Med J.* 1999;7:428–9.
26. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Sci.* 2004;48:402–15.
27. Griffiths M. The cognitive psychology of gambling. *J Gambl Stud.* 1990;6:31–42.
28. Keepers GA. Pathological preoccupation with video games. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29:49–50.
29. Morgan W. Negative addiction in runners. *Physician Sports Med.* 1979;7:56–69.

30. Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *J Addict Dis.* 1993;9:89–102.
31. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990;85:1403–8.
32. Griffiths M. Nicotine, tobacco and addiction. *Nature.* 1996;384:18.
33. El-Guebaly N, Tavares H. Behavioural Addictions and Management Applications: An Introduction. In: El-Guebaly N, Carra G, Galanter M. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives, Volume 3.* Milano: Springer-Verlag Italia; 2015. p. 1407-9.
34. Albrecht U, Kirschner NE, Grusser SM. Diagnostic instruments for behavioral addiction: An overview. *Psycho Soc Med.* 2007;4:1–11.
35. Black DW. Behavioural addictions as a way to classify behaviours. *Can J Psychiatry.* 2013;58:249-51.
36. Olsen CM. Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. *Neuropharmacology.* 2011;61:1109-22.
37. Karim R, Chaundri P. Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs.* 2012;44:5-17.
38. Jukić V. Alkoholizam. In: Hotujac LJ i sur. *Psihijatrija.* Zagreb: Medicinska naklada; 2006. p. 118.
39. Knight PR. Psychoanalytic treatment in a sanatorium of chronic addiction to alcohol. *JAMA.* 1938;11:1443-8.
40. World Health Organisation. Technical Report Series. No 42. Geneve: WHO; 1951.
41. Hudolin V. Ovisnost o alkoholu i drugi alkoholom izazvani poremećaji. In: Kecmanović D. *Psihijatrija.* Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga; 1989. P.679-83.
42. Jelinek EM. Phases of Alcohol Addiction. *Q. J. Stud. Alcohol.* 1952;13:673.
43. Jelinek EM. *The Disease Concept of Alcoholism.* New Haven CT: Hillhouse Press; 1960.
44. Jelinek EM. Phases in the drinking history of alcoholics; Analysis of a survey conducted by the official organ of A.A. *Q J Stud Alcohol.* 1945;9:5.
45. Hore BD. Disease Concept of Alcoholism. In: Pittman DJ, White HR. *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined: Alcohol, culture, and Social Control Monograph Series.* New Brunswick, NJ: Rutgers Center for Alcohol Studies; 1991. p. 439-41.

46. Burman S. Disease concept of alcoholism: its impact on women's treatment. *J Subst Abuse*. 1994;11(2):121-6.
47. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*. 1976;1:1058-61.
48. Folnegović-Šmalc V, Radonić E, Uzun S. The significance of diagnostic criteria in psychiatric research. *Neurol Croat* 2003;52(4):72.
49. Thaller V. *Alkohologija*. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.
50. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106(5):866-7.
51. Agrawal A, Heath AC, Lynskey MT. DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction*. 2011;106:1935-43.
52. Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Crosswalk between DSM-IV-TR dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):387-90.
53. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: Crossfostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:861-8.
54. Babor TF, Hofmann M, Delboca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, et al. Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992;49:559-608.
55. Babor TF. The classification of alcoholics: Typology theories from 19th century to the present. *Alcohol Health Res World*. 1996;20:6-14.
56. Morey LC, Skinner HA, Blashfield RK. A typology of alcohol abusers: Correlates and implications. *J Abnorm Psychol*. 1984;93(4):408-17.
57. Dodig D, Ricijaš N. Obilježja kockanja zagrebačkih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*. 2011;18(1):103-25.
58. Adams PJ, Raeburn J, De Silva K. A question of balance: prioritizing public health responses to harm from gambling. *Addiction*. 2009;104(5):688-91.
59. Derevensky J, Sklar A, Gupta R, Messerlian C. An Empirical Study Examining the Impact of Gambling Advertisements on Adolescent Gambling Attitudes and Behaviours. *IntJ Ment Health Addict*. 2010;8(1):21-34.
60. Blaszczynski A, Nower L. A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*. 2002;97:487-99.
61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd. ed. Washington, DC: APA; 1980.

62. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: A meta-analysis. Boston: Presidents and fellows of Harvard College; 1997.
63. Shaffer HJ, Korn DA. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annu Rev Public Health*. 2002;23:171-212.
64. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationship to drug addictions. *Biochem Pharmacol*. 2008;75(1):63-75.
65. Reuter J, Raedler T, Rose M, Hand I, Glascher J, Buchel C. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci* . 2005;8:147-8.
66. Crockford DN, Goodyear B, Edwards J, Quickfall J, el-Guebaly N. Cue-induced brain activity in pathological gamblers. *Biol Psychiatry*. 2005;58(10):787-95.
67. Goudrian AE, de Ruiter MB, van der Brink W, Oosterlaan J, Veltman DJ. Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. *Addict Biol*. 2010;15(4):491-503.
68. Campbell-Meiklejohn DK, Woolrich MW, Passingham RE, Rogers RD. Knowing when to stop: the brain mechanisms of chasing losses. *Biol Psychiatry*. 2008;61(3):293-300.
69. Potenza MN, Kosten TR, Rounsaville BJ. Pathological gambling. *JAMA*. 2001;286:141-4.
70. Nordin C, Sjodin I. CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *J Psychiatr Res* 2006;40:454-9.
71. Croxson PL, Walton ME, O'Reilly JX, Behrens TE, Rushworth MF. Effort-based cost-benefit valuation and the human brain. *J Neuosci*. 2009;29(14):4531-41.
72. Joutsa J, Johansson J, Niemela S, Ollikainen A, Hirvonen MM, Piepponen P, et al. Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling. *Neuroimag*. 2012;60(4):1992-9.
73. Berg C, Eklund T, Sodersten P, Nordin C. Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med*. 1997;27:473-5.
74. Kim SW, Grant JE, Adson D, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001;49:914-21.

75. Grant JE, Kim SW. An open label study of naltrexone in the treatment of kleptomania. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:349-56.
76. Dackis C, O'Brien C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nat Neurosci*. 2005;8:1431-6.
77. Grant JE, Donahue CB, Odiaug BL. Treatments that work: treating impulse control disorders: a cognitive-behavioral therapy program-therapist guide. Oxford (GB): Oxford University Press; 2011.
78. Zoričić Z. Treatment of Gambling caused disorders and problems-interdisciplinary approach.U: Book of Abstracts 11th Alpe Adria Conference on Alcoholism. Opatija:Alcoholism, 2012;48(1):91.
79. Shah KR, Potenza MN, Eisen SA. Biological basis for pathological gambling. In Grant JE, Potenza MN. *Pathological gambling: a clinical guide to treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2004. p. 127-42.
80. Diskin KM, Hodgins DC. Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers. *J Gambl Stud*. 2000;16:461-7.
81. Grant JE, Potenza MN. Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *J Gambl Stud*. 2003;19(1):85-109.
82. Ricijaš N, Dodig D. Youth Sports Betting-The Croatian Perspective. *International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviors*. 2014;14(3):1-5.
83. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *A J Psychiatry*. 2013;170(8):834-51.
84. Lorains F, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011;106(3):490-8.
85. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol*. 2001;62:706-12.
86. El-Guebaly N. Epidemiological association between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud*. 2006;22(3):275-87.
87. Sellman JD, Adamson S, Robertson P, Sullivan S, Coverdale J. Gambling in mild-moderate alcohol-dependent outpatients. *Subst Use Misuse*. 2002;37(2):199-213.

88. International Advisory Group for the revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10:86-92.
89. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, Gore JC. An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1990-4.
90. Blumberg HP, Stern E, Ricketts S, Martinez D, de Asis J, White T, et al. Rostral and orbital prefrontal cortex dysfunction in the manic state of bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1986-8.
91. Lobo DS, Kennedy JL. Genetics aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction*. 2009;104:1454-65.
92. Hollander E, Pallanti E, Allen A, Sood E, Baldini Rossi N. Does sustained release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):137-45.
93. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Janardhan-Reddy YC, et al. Impulse control disorders and „behavioural addictions“ in the ICD-11. *World Psychiatry*. 2014;13(2):12-7.
94. Walker M. *The Psychology of gambling*. London: Pergamon Press; 1992.
95. Steel Z, Blaszczynski A. The factorial structure of pathological gambling. *J Gambl Stud*. 1996;12:3-20.
96. Bagarić A, Goreta M. *Psihijatrijsko vještačenje ovisnika o drogama i kockanju*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
97. Strong DR, Kahler CW. Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. *Addiction*. 2007;102(5):713-21.
98. Petry NM, Blanko C, Stinchfield R, Volberg R. An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction*. 2013;108(3):575-81.
99. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):180-2.
100. Denis C, Fatseas M, Auriacombe M. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders. An assessment of Pathological Gambling criteria. *Drug Alcohol Depend*. 2011;122(1-2):22-7.

101. Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *J Gambl Stud.* 1991;7(1):5-39.
102. Freud S. Dostoyevsky and parricide. London:Hogart Press; 1928. P. 222-42.
103. Bergler E. The psychology of gambling. New York: Hill & Wang; 1957.
104. Blum K, Braverman ER, Holder JM. Reward deficiency syndrome; a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviours. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32(1-4):1-112.
105. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzalez N, Wu S, Muhleman D, Chen C, et al. The addictive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet.* 2001;60(2):107-16.
106. Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001;6(3):217-26.
107. Beaver KM, Hoffman T, Shields RT, Vaughn M G, DeLisi M, Wright JP. Gender differences in genetic and environmental influences on gambling: results from a sample of twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction.* 2010;105(3):536-42.
108. Walters GD. Behaviour genetic research on gambling and problem gambling: A preliminary meta analysis of available data. *J Gambl Stud.* 2001;17:255-71.
109. Thrasher RG, Andrew DP, Mahony DF. The Efficacy of the Theory of Reasoned Action to Explain Gambling Behaviour in College Students. *Coll Stud Affairs J.* 2007;27(1):57-75.
110. Ladouceur R, Sylvian C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive Treatment of Pathological Gambling. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(11):774-80.
111. Shaffer HJ, Peller AJ, Laplante DA, Nelson SA, Labrie RA. Toward a Paradigm Shift in Internet Gambling Research: from opinion and self-report to actual behaviour. *Addict Res Theory.* 2010;18(3):270-83.
112. Kerr JS. Two myths of addiction: the addictive personality and the issue of free choice. *Hum Psychopharmacol.* 1996;11:9-13.
113. Nathan PE. The addictive personality is the behaviour of the addict. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:183-8.

114. Butorac K. Neka obilježja osobnosti kao prediktivni čimbenici zlorabe i ovisnosti o drogama i alkoholu. *Kriminologija i socijalna integracija*. 2010;18(1):79-98.
115. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:65-75.
116. Ball SA. Personality traits, problems and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *J Res Pers*. 2005;39:84-102.
117. Sedmak T. Dinamska osnova mehanizama obrane alkoholičara. *Alcoholism*. 1993;28:13-25.
118. Žarković-Palijan T. Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela. (dissertation). Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 2004.
119. MacAndrew C. What the MAC scales tells us about men alcoholics: An interpretive review. *J Stud Alcohol*. 1981;47:604-25.
120. Skinner HA. Statistical approaches to the classification of alcoholism in men: A behaviour-genetic perspective. *J Addict*. 1982;77:259-73.
121. Torre R. Propadanje alkoholičara. Zagreb: Hrvatski Savez Klubova Liječenih Alkoholičara; 2006. p. 54-5.
122. Bagby RM, Vachon DD, Bulmash EL, Toneatto T, Quilty LC, Costa PT. Pathological gambling and five-factor model of personality. *Pers Individ Dif*. 2007;43:873-80.
123. Graham JL, Lowenfeld BL. Personality dimensions of the pathological gambler. *J Gambl Behav*. 1986;2:58-66.
124. Myrseth H, Pallesen S, Molde H, Havik OE, Notelaers G. Psychopathology and personality characteristics in pathological gamblers: identifying subgroups of gamblers. *JGI*. 2016;32:1-21.
125. Ciarrocchi JN, Kirschner NM, Fallik F. Personality dimensions of male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *J Gambl Stud*. 1991;7:133-41.
126. Vachon DD, Bagby RM. Pathological gambling subtypes. *Psychol Assessment*. 2009;21:608-15.
127. Alvarez-Moya EM, Jimenez-Murcia S, Aymami MN, Gomez-Pena M, Grabero R, Santamaria J. Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Can J Psychiatry*. 2010;55:498-506.

128. Saez-Abad CC, Bertolin-Guillen CJ. Personality traits and disorders in pathological gamblers versus normal controls. *J Addict Dis.* 2008;27:33-40.
129. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:807-16.
130. Mann K, Hintz T, Jung M. Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;254(3): 172-81.
131. Wüstoff L, Waal H, Ruud T, Grawe R. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry.* 2011;11:93.
132. Sanchez-Pena JF, Alvarez-Cotoli P, Rodriguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(3):129-35.
133. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Jakubczyk A, Kieres-Salomoński I, Wojnar M. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part II. Pathogenesis and treatment. *Psychiatr Pol.* 2015;49(2):277-94.
134. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:361-8.
135. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:313-21.
136. Krausz M. Old problems – new perspectives. *Eur Addict Res.* 1996;2(1):1-2.
137. Prescott CA, Caldwell CB, Carey G, Vogler GP, Trumbetta SL, Gottesman II. The Washington University Twin Study of alcoholism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;134:48-55.
138. Mulder RT. Alcoholism and personality. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36:44-52.
139. Zucker RA. The four alcoholisms: a developmental account of the etiologic process. *Nebr Symp Motiv.* 1986;34:27-83.
140. Pasche S. Exploring the comorbidity of anxiety and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:176-81.

141. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the „Mental Health in General Population“ survey (MHGP). *Eur Psychiatry*. 2011;26:339-45.
142. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*. 1998;23:717-34.
143. Lingford-Hughes A, Potokar J, Nutt D. Treating anxiety complicated by substance misuse. *Adv Psychiatr Treat*. 2002;8:107-16.
144. Kushner MG, Sher KJ, Beitran BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1990;147:685.
145. Petrie A. *Individuality in pain and suffering*. Chicago: University of Chicago Press; 1967.
146. Sher KJ, Levinson RW. Risk for alcoholism and individual differences in the stress response dampening effect of alcohol. *J Abnorm Psychol*. 1982;91:350-67.
147. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:149-71.
148. Marquenie LA, Schade A, van Balkom AJ, Comijs HC, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *Eur Addict Res*. 2007;13:39-49.
149. Smith JP, Randall CL. Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res Health*. 2012;34:414-31.
150. Hasin D, Nunes E, Meydan J. Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: epidemiology. In: Kranzler HR, Tinsley JA. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid disorders*, 2nd edn. New York: Marcel Dekker; 2004. p. 1-34.
151. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1097-106.
152. Woodruff RA, Guze SB, Clayton PJ, Carr D. Alcoholism and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;28:97-100.
153. Yates WR, Petty F, Brown K. Factors associated with depression among primary alcoholics. *Compr Psychiatry*. 1988;29:28-33.

154. Winocur G, Turve C, Akiskal H. Alcoholism and drug abuse in three groups - bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord.* 1988;50:81-9.
155. Dell’Osso L, Sacttoni M, Papasogli A, Rucci P, Ciapparelli A, Di Poggio AB, et al. Social anxiety spectrum: gender differences in Italian high school students. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:225-32.
156. Prescott CA, Neale MC, Corey LA, Kendler KS. Predictors of problem drinking and alcohol dependence in a population-based sample of female twins. *J Stud Alcohol.* 1997;58:167-81.
157. Scott A, Potenza MN. Pathological gambling: Neuropsychopharmacology and treatment. *Curr Psychopharmacol.* 2013;1:1-25.
158. Chou KL, Afifi TO. Disordered (pathological or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Epidemiol.* 2011;173(11):1289-97.
159. Parhami I, Mojtabai RM, Rosenthal RJ, Afifi TO, Fong TW. Gambling and the onset of comorbid mental disorders: a longitudinal study evaluating severity. *J Psychiatr Pract.* 2014;20:207-19.
160. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1434-9.
161. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL. Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders-result from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Public Health.* 1998;88:1093-6.
162. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276:293-99.
163. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
164. Jacobs DF. A general theory of addictions: a new theoretical model. *J Gamb Behav.* 1988;2:15-31.
165. Blaszczynski A, McConaghy N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict.* 1989;24:337-50.

166. Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: A prospective follow-up of recent quitters. *J Gambl Stud.* 2005;21:255-71.
167. Blaszczynski A, Winter SW, McConaghy N. Plasma endorphin levels in pathological gamblers. *J Gambl Behav.* 1986;2:3-14.
168. McCormick RA. The importance of coping skill enhancement in the treatment of pathological gambler. *J Gambl Stud.* 1994;10:77-86.
169. Chaput Y, Lebel MJ, Labonte E, Beaulieu I, Paradis M. Pathological gambling and the psychiatric emergency service. *Can J Psychiatry.* 2007;52:535-8.
170. Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *J Gen Intern Med.* 2002;17:721-32.
171. National Council on Problem Gambling: Problem and Pathological Gambling in America: The National Picture. Washington DC: NCPG; 1997. p. 17-8.
172. Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(9):1031-8.
173. Ledgerwood DM, Steinberg MA, Wu R, Potenza MN. Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychol Addict Behav.* 2005;19(2):175-83.
174. Marks ME, Lesieur HR. A feminist critique of problem gambling research. *Br J Addict.* 1992;87:549-65.
175. Getty HA, Watson J, Frisch GR. A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *J Gambl Stud.* 2000;16:377-91.
176. Tang CS, Wu AS, Tang JY. Gender differences in characteristics of Chinese treatment-seeking problem gamblers. *J Gambl Stud.* 2007;23:145-56.
177. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Perez de Castro I, Fernandez-Piqueras J, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1733-5.
178. Grant JE, Kim SW. Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108:203-7.
179. Ledgerwood DM, Petry NM. Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *J Trauma Stress.* 2006;19:411-6.

180. Westphal JR, Johnson LJ. Multiple cooccurring behaviours among gamblers in treatment: Implications and assessment. *Int Gambl Stud*. 2007;7:73-99.
181. Winters KC, Kushner MG. Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud*, 2003;19:261-77.
182. GrantJE, Williams KA, Kim SW. Update on pathological gambling. *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8:53-8.
183. Ainslie G. Specious reward: A behavioural theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull*. 1975;82:463-96.
184. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2004;28:343-51.
185. de Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol*. 2009;14:22-31.
186. Swann AC. The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1187:276-93.
187. Poling J, Kosten TR, Sofuoglu M. Treatment Outcome Predictors for Cocaine Dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33:191-206.
188. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Topolewska-Wochowska A, Serafin P, Sadowska-Mazuryk J, Pupek-Pyziół J, et al. Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *J Affect Disord*. 2012;136(3):841-7.
189. Joos L, Goudriaan AE, Schmaal L, De Witte NA, Van den Brink W, Sabbe BG, et al. The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013;226(2):273-83.
190. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Topolewska-Wochowska A, Serafin P, Sadowska-Mazuryk J, Pupek-Pyziół J, et al. Psychosocial predictors of impulsivity in alcohol-dependent patients. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(1):43-7.
191. Caspi A, Begg D, Dickson N, Harrington H, Langley J, Moffi TE, et al. Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73:1052-63.
192. Dom G, Hulstijn W, Sabbe B. Differences in impulsivity and sensation seeking between early-and late-onset alcoholics. *Addict Behav*. 2006;31:298-308.
193. BacaGarcia E, Diaz-Sastre C, Garcia Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255:152-6.

194. Wojnar M, Czyż E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Glass J, et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord*. 2008;115:131-9.
195. Sher KJ, Trull TJ. Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:92-102.
196. Kirisci L, Tarter R, Mezzich A, Vanyukov M. Developmental trajectory classes in substance use disorder etiology. *Psychol Addic Behav*. 2007;21:287-96.
197. INSERM Collective Expertise Centre. INSERM Collective Expert Reports [Internet] Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2000-. Gambling: Contexts and addictions. 2008 (pristupljeno 21.02.2016). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10784/>
198. Rosenthal R, Lesieur H. Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *Am J Addict*. 1992;1:150-4.
199. Lesieur HR. Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. *Diss Abstr Int*. 2001;62(4-B):2065.
200. Gonzalez Ibanez A, Jimenez S, Aymami MN. Evaluacion y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patologicos de maguinass recreativas con premio. *Anu Psicol*. 1999;30:111-25.
201. Petry NM. Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend*. 2001;63:29-38.
202. Rugle L, Melamed L. Neuropsychological assesment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:112.
203. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *PersIndivid Dif*. 2001;30:669-89.
204. Whiteside SP, LynamDR, Miller JD, Reynolds SK. Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four model of impulsivity. *Eur J Pers*. 2005;19:559-74.
205. Cyders MA, Smith GT. Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior. *Pers Individ Dif*. 2008;45(6):503-8.
206. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychol Bull*. 2008;134(6):807-28.
207. Michalczuk R, Bowden-Jones H, Verdejo-Garcia A, Clark L. Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report. *Psychol Med*. 2011;41:2625-35.

208. Leblond J, Ladouceur R, Blaszczynski A. Which pathological gamblers will complete treatment. *Br J Clin Psychol*. 2003;42:205-9.
209. Maccalum F, Blaszczynski A, Ladouceur R, Nower L. Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Pers Individ Dif*. 2007;43:1829-38.
210. Ledgerwood DM, Petry NM. Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression and anxiety. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(4):680-88.
211. Carver C, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:267-83.
212. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993;44:1-21.
213. Cummings E, Greene A, Karraker H. *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991.
214. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58:844-54.
215. Arambašić L. *Provjera nekih postavki Lazarusovog modela stresa i načina suočavanja sa stresom*. (dissertation). Zagreb: Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; 1994.
216. Wills, TA, Shiffman S. Coping and substance use: A conceptual framework. In: Shiffman S, Wills TA. *Coping and substance use*. San Diego: CA:Academic Press; 1985. p.3-24.
217. Wills TA. Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychol*. 1986;5:503-29.
218. Moos RH, Brennan PL, Fondacaro MR, Moos BS. Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychol Aging*. 1990;5:31-40.
219. Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P. Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:139-52.
220. Sharpe L, Tarrier N. Towards a cognitive-behavioral theory of problem gambling. *Br J Psychiatry*. 1993;162:407-12.
221. Nower L, Derevensky J, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychol Addict Behav*. 2004;18(1):49-55.

- 222. Gupta R, Derevensky J, Marget N. Coping strategies employed by adolescents with gambling problems. *Child Adolesc Ment Health*. 2004;9:115-20.
- 223. Lightsey OR, Richard O, Hulsey CD. Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *J Couns Psychol*. 2002;49(2):202-11.
- 224. Nastasić P. Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje, istraživanje, dijagnoza i tretman porodica. Beograd:Tehniss;1998. p. 91-92.
- 225. Jackson J. The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *J Stud Alcohol*. 1954;15:562-86.
- 226. Steinglass P, Bennett L, Wolin S, Reiss D. The alcoholic family. London: Hutchinson; 1987.
- 227. Lang B, Grubišić M. Evaluation program of familial treatment of alcoholics (effect of drinking and alcoholism on the family quality of life). *Alcoholism*. 1993;29:15-32.
- 228. Boyd GM. Alcohol and family: opportunities for prevention. *J Stud Alcohol*. 1999;13:5-9.
- 229. Black C. It Will Never Happen to Me! Denver: CO: M.A.C. Printing and Publishing; 1982.
- 230. Wegscheider-Cruse S. Choice-Making for Co-dependents, Adult Children and Spirituality Seekers. Pompano Beach: FL: Health Communications; 1985.
- 231. Sher KJ. Children of alcoholics. Chicago:University of Chicago Press; 1991.
- 232. Windle M, Searles JS. Children of alcoholics: Critical perspective. New York: Guilford Press; 1990.
- 233. Wood B. Children of alcoholism: The struggle for self and intimacy in adult life. New York: New York University Press; 1987.
- 234. Woitz JG. Adult children of alcoholics. Deerfeld Bech: FL: Health Communications; 1990.
- 235. Midford R, Welander F, Allsop S. Preventing Alcohol and Other Drug Problems in the Workplace. In: Stockwell T, Gruenewald PJ, Tombourou JW, Loxley Wendy. Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice. Australia: John Wiley and Sons; 2009. p. 191-205.
- 236. Blum TC, Roman PM, Martin JK. Alcohol consumption and work performance. *J Stud Alcohol*. 1993;54:61-70.

237. Špicer F, Hudolin V. Alkoholizam i radna sposobnost, stručna biblioteka o alkoholizmu, knj 1. Zagreb: Institut za proučavanje i suzbijanje alkoholizma, Savez protiv alkoholizma SR Hrvatske, Glavni odbor Crvenog križa Hrvatske; 1966.
238. Trice H, Roman P. Alcoholism and the Worker in Alcoholism. New York-London: Acad. Press Inc; 1973.
239. Despotović A, Ignjatović M, Fridman V. Alkoholizam, etiologija, klinika, lečenje i prevencija. Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu; 1978.
240. Wynne H, Ferris J. The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA); 2001.
241. Hodgins DC, Shead NW, Makarchuk K. Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. J Gambl Stud. 2007;23(2):215-30.
242. Lobsinger C, Beckett L. Odds on the Break Even: A practical Approach to Gambling Awareness. Canberra Relationships Australia: Inc; 1996.
243. Shaw M, Forbush K, Schlinder J, Rosenman E, Black DW. The effect of pathological gambling on families, marriage, and children. CNC Spectr. 2007;12(8):615-22.
244. Wenzel HG, Øren A, Bakken IJ. Gambling problems in the family. A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. BMC Public Health. 2009;8:412-6.
245. Lorenz VC, Yaffee RA. Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. J Gambl Behav. 1986;3:40-9.
246. Dickson-Swift V A, James EL, Kippen S. The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. JGI. 2005;13.
247. Svensson J, Romild U, Shepherdson E. The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden a 1 year follow-up study. BMC Public Health. 2013;13:1087.
248. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH. Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. J Marital Fam Ther. 2009;35(4):415-31.
249. Gaudia R. Effects of compulsive gambling on the family. Soc Work. 1987;32(3):254-6.
250. National Opinion Research Center-NORC. Gambling Impact and Behavior Study. Chicago:University of Chicago;1999.
251. Lorenz VC, Yaffee RA. Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. J Gambl Behav. 1988;4:13-26.

252. Korman LM, Collins J, Dutton D, Dhayananthan B, Litman-Sharp N, Skinner W. Problem gambling and intimate partner violence. *J Gambl Stud.* 2008;24(1)13-23.
253. Dowling N, Suomi A, Jackson A, Lavis T, Patford J, Cockman S, et al. Problem Gambling and Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2016;17(1):43-61.
254. Patford J. For worse, for poorer and in ill health: how women experience, understand and respond to a partner's gambling problem. *Int J Ment Heal Addict.* 2009;7:177-89.
255. Darbyshire P, Oster C, Carrig H. Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health Soc Care Community.* 2001;9(4):185-93.
256. Lesieur HR, Rothshields J. Children of Gamblers Anonymous members. *J Gambl Behav.* 1989;5:269-81.
257. Abbott D, Cramer S, Sherrets S. Pathological gambling and the family: Practice implications. *Fam Soc.* 1995;76:213-19.
258. Lesieur HR. Compulsive gambling. *Society.* 1992;29:43-51.
259. Shaffer HJ, Stein SA, Gambino B, Cummings TN. Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. Lexington: Lexington Books;1989. p.249-92.
260. Jacobs DF, Marston AR, Singer RD, Widaman K, Little T, Veizades J. Children of problem gamblers. *J Gambl Behav.* 1989;5(4):261-8.
261. Grant JE, Kim SW. Parental bonding in pathological gambling disorder. *Psychiatr Q.* 2002;73(3):239-47.
262. Fong TW. The Biopsychosocial Consequences of Pathological Gambling. *Psychiatry (Edgmont).* 2005;2(3):22-30.
263. Gerstein D, Volberg RA, Toce MT, Harwood H, Johnson RA, Buie T, et al. Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission. Chicago: National Opinion Research Center; 1999.
264. Hudolin V. Klubovi liječenih alkoholičara. Zagreb: Školska Knjiga; 1990.
265. Hudolin V. Alkoholom izazvane patnje: priručnik za rad u klubovima. Podravska Slatina: Matica Hrvatska; 1996.
266. Ricijaš N, Dodig-Hundrić D, Huić A, Kranželić V. Navike i obilježja kockanja adolescenata u urbanim sredinama – izvještaj o rezultatima istraživanja. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.

267. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1184-8.
268. Barrault S, Varescon I. Psychopathology in online pathological gamblers: a preliminary study. *Encephale*. 2012;38(2):156-63.
269. Marazziti D, Picchetti M, Baroni S, Consoli G, Ceresoli D, Massimetti G, et al. Pathological gambling and impulsivity: an Italian study. *Riv Psichiatr*. 2014;49(2):95-9.
270. Ciccarelli M, Nigro G, Griffiths MD, Cosenza M, D'Olimpio. Attentional bias in non-problem gamblers, problem gamblers, and abstinent pathological gamblers: An experimental study. *J Affect Disord*. 2016;13(206):9-16.
271. Jauregui P, Estévez A, Urbiola I. Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse, Emotion Regulation, and Anxious-Depressive Symptomatology. *J Behav Addict*. 2016;5(2):251-60.
272. Beaudoin CM, Cox BJ. Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. *Can J Psychiatry*. 1999;44:483-7.
273. Weinstock J, Whelan JP, Meyers A, McCausland C. College Students' Gambling Behavior: When Does It Become Harmful? *J Am Coll Health*. 2008;56(5):513-21.
274. Petry NM. Concurrent and predictive validity of the Addiction Severity Index in pathological gamblers. *Am J Addict*. 2007;16:272-82.
275. Alessi SM, Petry NM. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behav Processes*. 2003;64:345-54.
276. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks gambling screen (SOGS). *Addict Behav*. 2002;27:1-19.
277. Alto M, Alho H, Halme JT, Seppa K. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend*. 2009;103(1-2):25-9.
278. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuna G, Santis R, Arteaga O. Assessment of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) to detect problem drinkers. *Rev Med Chil*. 2009;137:1463-8.
279. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, second edition. Geneva:WHO; 2001.

280. Giang KB, Spak F, Dzung TV, Allebeck P. The use of AUDIT to asses level of alcohol problem in rural Vietnam. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(6):578-83.
281. Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Screening for alcohol use disorders and at risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(3):261-8.
282. Mackenzie DM, Langa A, Brown TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical dimensions: a comparison of AUDIT, CAGE and BRIEF MAST. *Alcohol Alcohol*. 1996;31(6):591-9.
283. Daeppen JB, Yersin B, Landry U, Pécoud A, Decrey H. Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Imbedded Within a General Health Risk Screening Questionnaire: Results of a Survey in 332 Primary Care Patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24(5):659-65.
284. Endler NS, Parker JDA. Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual (second ed.). Toronto: Multi-Health Systems; 1999.
285. Cook SW, Heppner PP. A psychometric study of three coping measures. *Educ Psychol Meas*. 1997;57:906-23.
286. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *J Clin Psychol*. 2003;59:423- 37.
287. Sorić I, Proroković A. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS). In: Proroković A, Lacković Grgin K, Ćubela Adorić V, Penezić Z. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2002. P.145-51.
288. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-74.
289. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barrat Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif*. 2009;47:385-95.
290. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed). Sydney: Psychology Foundation; 1995.
291. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MV, Swinson RP. Psychometric Properties of the 42-Item and 21-Item Version of the Depression Anxiety Stress Scale in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychol Assesment*. 1998;10(2):176-81.

292. Ivezić E, Jakšić N, Jokić-Begić N, Surányi Z. Validation of the Croatian adaptation of the Depression, Anxiety, Stress Scales – 21 (DASS-21) in a clinical sample. Conference paper presented at 18th Psychology Days in Zadar. Zadar; 2012.
293. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton MV. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Rev Psychiat.* 2004;12:367-74.
294. Slutske WS, Eisen SA, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang MT. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:666-73.
295. Spunt B, Lesieur H, Liberty HJ, Hunt D. Pathological gamblers in methadone treatment: A comparison between men and women. *J Gambl Stud.* 1996;12:431-49.
296. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am J Psychiatry.* 1989;146:1131-41.
297. Ricijaš N, Milun T. Matematika kockanja i obilježja igara na sreću. In: Ricijaš N, Kranželić V, Dodig-Hundrić D. *Tko zapravo pobjeđuje? Priručnik za provođenje programa prevencije kockanja mladih.* Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2016. p. 49-59.
298. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Gambling: A systematic review of Recent Research. *J Gambl Stud.* 2016;Springerlink.com.
299. Kingma SF. The liberalization and (re)regulation of Dutch gambling markets: National consequences of the changing European context. *Regul Gov.* 2008;2: 445-58.
300. Ricijaš N, Dodig-Hundrić D, Huić A, Kranželić V. Kockanje mladih u Hrvatskoj- učestalost igranja i zastupljenost problematičnog igranja. *Kriminologija i socijalna integracija.* 2016;24(2):24-47.
301. Jimenes-Murcia S, Alvarez-Moya EM, Stinchfield R, Fernandez-Aranda F. Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. *J Gambl Stud.* 2010;26(2):235-48.
302. Breen RB, Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. *J Gambl Stud.* 2002;18(1):31-43.
303. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, Gentil V. Gender differences in gambling progression. *J Gambl Stud.* 2001;17(2):151-9.
304. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86(2):189-99.

305. Hawkins JD, Graham JW, Maguin E, Abbott R, Hill KG, Catalano R. Exploring the effects of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol*. 1997;58(3):280-90.
306. Ručević S. Metodološki postupci i izazovi primjene samoiskaza i longitudinalnih nacrtu u istraživanjima razvoja delikventnog ponašanja. *Ljetopis socijalnog rada*. 2008;15(3):421-43.

9. PRILOZI

OBAVIJEST SUDIONICIMA ISTRAŽIVANJA POD NAZIVOM „Usporedba psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu i ovisnika o kockanju“

Mjesto provođenja istraživanja: Klubovi liječenih ovisnika o kockanju (KLOK) i Klubovi liječenih ovisnika o alkoholu (KLA)

Glavni istraživač: dr.med. Davor Bodor, specijalist psihijatrije

Materijalni troškovi: istraživanje je financirano iz osobnih sredstava

POZIV ZA SUDJELOVANJEM U ISTRAŽIVANJU

Poštovana/poštovani,

ovim putem Vas pozivamo da sudjelujete u znanstvenom istraživanju koje će se baviti obilježjima psihosocijalnog funkcioniranja korisnika u klubovima liječenih ovisnika o kockanju i korisnika u klubovima liječenih alkoholičara. Ova obavijest će Vam pružiti podatke, koji će Vam pomoći odlučiti želite li sudjelovati u istraživanju.

Želimo da donesete informiranu odluku, pa Vas molimo da pažljivo pročitate ovu obavijest. Ukoliko u ovom tekstu ne razumijete neke riječi ili imate pitanja, molimo Vas da se za objašnjenje obratite glavnom istraživaču usmeno prije ili tijekom ispunjavanja upitnika, ili telefonom na 01/3430-101, odnosno e-mailom na davor.bodor@gmail.com.

Temeljni cilj ovog istraživanja je utvrditi specifičnosti u psihosocijalnom funkcioniranju osoba koje se liječe radi ovisnosti o alkoholu i osoba koje se liječe radi ovisnosti o kockanju. Podatci dobiveni ovim istraživanjem doprinijet će unaprjeđenju liječenja u smislu dodatne prilagodbe terapijskog programa svakoj skupini bolesnika. Kako u Hrvatskoj do sada nikada nisu provedena ovakva istraživanja, Vaše sudjelovanje nam je od izuzetne važnosti i koristi.

Temeljna obilježja ovog istraživanja i Vašeg sudjelovanja su:

- U istraživanju sudjelujete tako da **potpuno anonimno ispunite jedan anketni upitnik (nigdje ne upisujete svoje ime i prezime)**.
- Očekivano vrijeme ispunjavanja upitnika je **oko 45 minuta**.
- Planirano je da u istraživanju sudjeluje **oko 80 osoba** koje su u Zagrebu uključene u klubove liječenih ovisnika o alkoholu.
- Rezultati će se obrađivati **elektronički i skupno**, te se neće iznositi pojedinačno.
- Vaše sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti **dobrovoljno**. Svaka osoba samostalno daje pristanak na sudjelovanje, a **imate pravo odustati** od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku, bez ikakvih obrazloženja ili posljedica. Sudjelovanje ne donosi nikakvu izravnu materijalu korist.
- Sudjelovanje u istraživanju u potpunosti je sigurno i **ne nosi sa sobom nikakve rizike**. Međutim, ukoliko ćete nakon ispunjavanja upitnika htjeti razgovarati s nekim o određenim pitanjima, slobodno se možete obratiti glavnom istraživaču ili voditelju Kluba.

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

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

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

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

S poštovanjem,

dr.med. Davor Bodor, specijalist psihijatrije

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

PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

„Usporedba psihosocijalnog funkcioniranja osoba koje se liječe radi ovisnosti o kockanju i alkoholu“

Glavni istraživač: dr.med. Davor Bodor, specijalist psihijatrije

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

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

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

Potpis sudionika: _____

Datum: _____

ANKETNI UPITNIK - KLOK

*Tema ovog istraživanja vezana je uz neka ponašanja osoba koje su uključene u klubove za liječenje, a ideja je temeljem rezultata koje ćemo dobiti unaprijediti sustav liječenja. Molimo Vas da pažljivo pročitate **svako pitanje**, te da zaokruživanjem onog što se odnosi na Vas odgovorite.*

*Istraživanje je **anonimno**, i svi Vaši odgovori ostat će u potpunoj **tajnosti**, pa Vas stoga molimo da budete **iskreni** u odgovaranju. Nema točnih i netočnih odgovora, već nas zanima Vaše životno iskustvo.*

Unaprijed Vam zahvaljujemo na suradnji!

1. Spol (molim Vas zaokružite): M Ž

2. Dob (koliko imate godina?): _____

3. Trenutni bračni status:

1. oženjen/udana/izvanbračna zajednica
2. u ozbiljnoj vezi (ali ne živite zajedno)
3. samac
4. razveden/a
5. udovac/udovica

4. Zaposlenje:

1. stalno zaposlen/a
2. povremeno zaposlen/a (uključuje i rad „na crno“)
3. nezaposlen/a
4. umirovljenik/ca

5. Ukupan mjesečni prihod Vašeg kućanstva (odnosi se na ukupne prihode od svih članova kućanstva):

1. do 4.000 kuna
2. od 4.000 do 5.000 kuna
3. od 5.000 do 6.000 kuna
4. od 6.000 do 7.000 kuna
5. od 7.000 do 8.000 kuna
6. od 8.000 do 9.000 kuna
7. od 9.000 do 10.000 kuna
8. preko 10.000 kuna

Imate li djece?

1. ne
2. da - ako da, koliko (molim Vas upišite): _____

Ukupan broj članova kućanstva (koliko Vas živi u kući/stanu, uključujući i Vas):

6. Vaša najviša završena školska sprema:

1. nezavršena osnovna škola
2. završena osnovna škola
3. završena srednja škola
4. završena viša škola
5. završen fakultet
6. završen magisterij ili doktorat

7. Bolujete li **TRENUĆNO** od neke teže tjelesne bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

1. Zloćudni tumor	NE	DA
2. Ciroza jetre	NE	DA
3. Ozbiljnije bolesti srca (npr. preboljeni srčani infarkt i sl.)	NE	DA
4. Neka druga ozbiljna bolest (molimo navesti):	NE	DA

8. Jeste li **IKADA** bolovali od neke teže neurološke bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

1. Preboljeni moždani udar	NE	DA
2. Epilepsija	NE	DA
3. Neka druga bolest (molimo navesti):	NE	DA

9. Je li Vam **IKADA** dijagnosticirana neka od sljedećih bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

1. Psihitični poremećaj (npr. shizofrenija, akutni psihitični poremećaj i sl.)	NE	DA
2. Poremećaj raspoloženja (npr. depresija, bipolarni afektivni poremećaj i sl.)	NE	DA
3. Anksiozni poremećaj (npr. PTSP, fobije, panični napadaji i sl.)	NE	DA
4. Ovisnost o alkoholu	NE	DA
5. Ovisnost o kockanju	NE	DA
6. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima (npr. opijati, stimulansi i sl.)	NE	DA
7. Demencija (npr. Alzheimer, vaskularna, ostale i sl.)	NE	DA
8. Neka druga bolest, navesti:	NE	DA

Slijede neka pitanja o uključivanju u igre na sreću, odnosno o aktivnostima kockanja i klađenja. Pitanje se odnosi na razdoblje **PRIJE UKLJUČIVANJA U KLOK**. Označite s ☒ koliko često ste igrali neku od navedenih igara na sreću?

	NIKADA	1X godišnje ili manje	Par puta	1-2x mjesečno	1x tjedno	Par puta tjedno	Svako-dnevno
--	--------	-----------------------	----------	---------------	-----------	-----------------	--------------

			godišnje				
Loto igre (Lotto 6/45, EuroJackpot, Bingo i sl.)							
Jednokratne srećke / strugalice							
Sportsko klađenje							
Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i sl.)							
Rulet u casinu							
Kartanje za novac (s prijateljima, kod kuće i sl.)							

Molim Vas, označite koju od sljedećih igara ste za novac igrali preko interneta (web-a) ili mobilnih aplikacija? (označite sve što se odnosi na Vas):

- | | |
|---|--|
| ☐ nikada nisam igrao/la preko weba ili aplikacija za novac | ☐ sportsko klađenje |
| | ☐ lutrijske igre (loto, EuroJackpot i slično) |
| | ☐ automati |
| | ☐ rulet |
| | ☐ kartaške igre |

Sada slijede neka pitanja vezana uz iskustva koja ste TIJEKOM ŽIVOTA mogli imati prilikom uključivanja u igre na sreću (kockanje ili klađenje).

1. Koliko često ste se vraćali drugi dan kako bi pokušali vratiti novac izgubljen kockanjem / klađenjem?

1. nikad
2. povremeno (ali manje od polovice puta) kada sam izgubio/la
3. većinu puta kada sam izgubio/la
4. svaki puta kada sam izgubio/la

2. Jeste li ikada tvrdili da kockanjem dobivate novac a da to nije bilo tako, odnosno da ste zapravo gubili?

1. nikada
2. da, manje od polovice puta kada sam gubio
3. da, većinu vremena

3. Jeste li se ikada osjećali kao da je kockanje ili klađenje za Vas problem?

1. ne
2. da
3. da, ranije, ali ne danas

4. Jeste li se ikada kockali ili kladili više nego što ste namjeravali?	NE	DA
5. Jesu li Vas ljudi kritizirali radi kockanja/klađenja ili Vam rekli da imate problem , bez obzira jeste li se slagali s njima ili ne?	NE	DA
6. Jeste li se osjećali loše zbog načina na koji kockate / kladite se, ili zbog onoga što Vam se događalo dok kockate / kladite se?	NE	DA
7. Jeste li se ikada osjećali da biste htjeli prestati s kockanjem / klađenjem, ali ste mislili da to ne možete učiniti?	NE	DA
8. Jeste li ikada skrivali listiće od klađenja, lutrije, novac od klađenja ili druge znakove klađenja ili kockanja od Vaše supruge/supružnika, djece ili drugih važnih osoba u Vašem životu?	NE	DA
9. Jeste li se ikada prepirali s osobama s kojima živite oko toga kako upravljate novcem?	NE	DA
10. (Ako ste odgovorili s „da“ na pitanje broj 9) Jesu li prepirke oko novca ikada bile vezane uz Vaše kockanje/klađenje?	NE	DA
11. Jeste li ikada posudili novac od nekoga i potom ga niste vratili radi kockanja/klađenja?	NE	DA
12. Jeste li ikada izostali s posla ili škole ili drugih obveza zbog kockanja/klađenja?	NE	DA
13. Ako ste posudili novac za kockanje ili vraćanje kockarskih dugova, od koga je to bilo? (navedite „ne“ ili „da“ za svaki odgovor)		
a. Od kućnog budžeta	NE	DA
b. Od supružnika/ce ili partnera/ice	NE	DA
c. Od rođaka ili kumova	NE	DA
d. Od banke, kreditnih zadruga ili kompanija za zajmove	NE	DA
e. Od kreditnih kartica	NE	DA
f. Od kamatara	NE	DA
g. Od novca kojeg ste imali u obveznicama, dionicama i sl.	NE	DA
h. Od novca nakon prodaje osobne ili obiteljske imovine	NE	DA
i. Od novca posuđenog s tekućeg računa (odlazak u minus)	NE	DA

Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života PRIJE UKLJUČIVANJA U KLUB LIJEČENIH OVISNIKA O KOCKI (KLOK). Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva prije uključivanja u KLOK.

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

1. Označite na koje ste sve načine do sada liječili ovisnost o kockanju.

1. na bolničkom odjelu za liječenje ovisnosti o kockanju (stacionarni smještaj)	NE	DA
2. u Dnevnoj bolnici za liječenje ovisnosti (ambulantno liječenje)	NE	DA
3. Klub liječenih ovisnika o kockanju (KLOK)	NE	DA
4. Ambulantnim praćenjem kod psihijatra	NE	DA
5. Savjetovalište/psihoterapeut izvan bolnice	NE	DA
6. Nešto drugo: _____		

7. S koliko godina ste prvi puta kockali? _____ godina.

8. S koliko godina ste prvi puta imali osjećaj da imate problem s kockanjem? _____ godina.

9. Koliko dugo ste kockali na način koji danas doživljavate problematičnim, prije nego što ste se javili na liječenje? _____ godina.

10. Koliko dugo ste član Kluba liječenih ovisnika o kockanju? _____ godina.

11. Koliko ste redoviti u dolascima u Klub liječenih ovisnika o kockanju (KLOK)?

1. redovito dolazim (svaki tjedan)
2. uglavnom redovito dolazim (samo ponekad izostanem)
3. otprilike jedanput mjesečno
4. neredovito

12. Jeste li imali recidiva od ulaska u KLOK do danas?

- a) ne
- b) da, ako da, koliko puta? _____.

13. Koliko dugo apstinirate od kockanja ? _____ mjeseci.

Pred vama se nalazi 48 tvrdnji. Vaš zadatak je da procijenite svaku od navedenih tvrdnji na skali od 1 do 5, pri čemu brojevi imaju sljedeće značenje.

- 1 – uopće se ne slažem
 2 - ne slažem se
 3 - niti se slažem niti se ne slažem
 4 - slažem se
 5 - u potpunosti se slažem

1	Dobro planiram svoje vrijeme.	1	2	3	4	5
2	Kad imam problem ili sam pod stresom, usmjeravam se na njega.	1	2	3	4	5
3	Kad sam pod stresom ili imam problem, pomišljam na dobra vremena.	1	2	3	4	5
4	Kad sam pod stresom, volim biti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
5	Sklon sam samooptuživanju zbog gubitka vremena.	1	2	3	4	5
6	Kad imam problem poduzmem najbolje korake.	1	2	3	4	5
7	Preokupiran sam i manjim bolovima u tijelu.	1	2	3	4	5
8	Često sebe optužujem radi situacija u kojima se nalazim.	1	2	3	4	5
9	Kad sam pod stresom ili imam problem, šecem i razgledavam izloge.	1	2	3	4	5
10	Sklon sam određivanju prioriteta kad sam u problematičnoj (stresnoj) situaciji.	1	2	3	4	5
11	Kad imam problem, odem malo odspavati.	1	2	3	4	5
12	Sklon sam počastiti se dobrim zalogajem kako bih se riješio napetosti.	1	2	3	4	5

13	Zabrinut sam da neću pronaći prave načine suočavanja sa stresnom situacijom.	1	2	3	4	5
14	Kad imam problem postajem napet.	1	2	3	4	5
15	Kad imam problem razmišljam kako sam riješio sličan problem.	1	2	3	4	5
16	Kad sam u problemima često si kažem «Ma to nije stvarno, ma to se ne događa».	1	2	3	4	5
17	Često sebe optužujem jer preemotivno reagiram.	1	2	3	4	5
18	Kad sam pod stresom volim izaći van na ručak.	1	2	3	4	5
19	Lako se uzrujam kad imam problem.	1	2	3	4	5
20	Stresa se rješavam odlaskom u kupovinu.	1	2	3	4	5
21	Kad imam problem pronalazim načine kako ću ga riješiti.	1	2	3	4	5
22	Kad nemam rješenje problema sklon sam samooptuživanju.	1	2	3	4	5
23	Odlazim na zabavu kako bih se opustio od stresne situacije.	1	2	3	4	5
24	Kad sam pod stresom (imam problem) pokušavam shvatiti situaciju u kojoj sam se našao.	1	2	3	4	5
25	Kad imam problem, zablokiram se.	1	2	3	4	5
26	Kad imam problem, reagiram odmah s ciljem da ga riješim.	1	2	3	4	5
27	Kad imam problem, razmišljam o njemu i učim iz svojih pogrešaka kako se isti ne bi ponovio.	1	2	3	4	5
28	Kad imam problem, poželim da mogu mijenjati tijekom događaja kako se takva situacija uopće ne bi dogodila.	1	2	3	4	5
29	Kad imam problem ili sam pod stresom, tražim društvo.	1	2	3	4	5
30	Zabrinut sam za idući korak koji trebam poduzeti kako bi riješio problematičnu situaciju.	1	2	3	4	5
31	Kad sam pod stresom ili imam problem, volim biti s meni važnom osobom.	1	2	3	4	5
32	Kad imam problem, izađem van prošetati se.	1	2	3	4	5
33	Kad sam u stresnoj situaciji govorim sebi «Ovo se više nikad neće ponoviti».	1	2	3	4	5
34	Kad imam problem, više se usmjeravam na svoje reakcije (na sebe) nego na sam problem.	1	2	3	4	5
35	Volim popričati s nekim kad imam problem.	1	2	3	4	5
36	Sklon sam analiziranju problema i stresne situacije.	1	2	3	4	5

37	Kad sam pod stresom, nazovem nekoga.	1	2	3	4	5
38	Postajem ljut kad imam problem.	1	2	3	4	5
39	Kad imam problem, mijenjam prioritete (odmah krećem u rješavanje problema, a ostale poslove ostavljam po strani).	1	2	3	4	5
40	Pogledam dobar film kako ne bih mislio na problem.	1	2	3	4	5
41	Pokušavam uspostaviti kontrolu nad događajima koji doprinose razvoju stresne situacije.	1	2	3	4	5
42	Ulažem dodatne napore kako bih riješio problem,.	1	2	3	4	5
43	Uvijek «pripremim» nekoliko rješenja problema.	1	2	3	4	5
44	Kad imam problem, stanem, opustim se i razmislim.	1	2	3	4	5
45	Kad trebam riješiti problem, prebacujem odgovornost na druge.	1	2	3	4	5
46	Stresne (problematične) situacije doživljavam kao izazov, u njima se mogu dokazati.	1	2	3	4	5
47	Pokušavam biti organiziran.	1	2	3	4	5
48	Često pribjegavam gledanju TV-a kad sam pod stresom (ili imam problem).	1	2	3	4	5

Ljudi se razlikuju u načinu djelovanja i razmišljanja u različitim situacijama. Ovaj upitnik mjeri različite načine razmišljanja i djelovanja. Pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite u kojoj mjeri pojedina tvrdnja Vas najbolje opisuje. Odgovarajte brzo i iskreno.

Brojevi imaju sljedeća značenja

1	2	3	4
nikad/rijetko	ponekad	često	gotovo uvijek/uvijek

1. Pažljivo planiram zadatke	1	2	3	4
2. Činim stvari bez razmišljanja	1	2	3	4
3. Brzo donosim odluke	1	2	3	4
4. Bezbrizan sam	1	2	3	4
5. Nisam pažljiv	1	2	3	4
6. Misli mi lete	1	2	3	4
7. Putovanja planiram dosta unaprijed	1	2	3	4
8. Dobro se kontroliram	1	2	3	4
9. Lako se koncentriram	1	2	3	4
10. Redovito štedim	1	2	3	4
11. Meškoljim se na predstavama i predavanjima	1	2	3	4
12. Detaljno razmišljam	1	2	3	4
13. Nastojim imati siguran posao	1	2	3	4
14. Govorim stvari bez razmišljanja	1	2	3	4
15. Volim razmišljati o složenim problemima	1	2	3	4
16. Mijenjam poslove	1	2	3	4
17. Impulzivno reagiram	1	2	3	4
18. Brzo mi dosadi rješavati misaone zadatke	1	2	3	4
19. Naglo reagiram	1	2	3	4
20. Smireno razmišljam	1	2	3	4
21. Mijenjam mjesta stanovanja	1	2	3	4
22. Kupujem impulzivno	1	2	3	4
23. Mogu razmišljati samo o jednoj stvari istovremeno	1	2	3	4

24. Mijenjam hobije	1	2	3	4
25. Potrošim više nego što zaradim	1	2	3	4
26. Često imam ometajuće nevažne misli kada o nečemu razmišljam	1	2	3	4
27. Više me zanima sadašnjost nego budućnost	1	2	3	4
28. Nemiran sam u kazalištu ili na predavanjima	1	2	3	4
29. Volim zagonetke	1	2	3	4
30. Usmjeren sam prema budućnosti	1	2	3	4

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali **POSLJEDNJIH GODINU DANA**.

Brojevi imaju sljedeća značenja

0	1	2	3
Uopće se nije odnosilo na mene	Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme	Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena	Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene

1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2. Sušila su mi se usta.	0	1	2	3
3. Uopće nisam mogao doživjeti neki pozitivan osjećaj.	0	1	2	3
4. Doživio sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).	0	1	2	3
5. Bilo mi je teško započeti aktivnost.	0	1	2	3
6. Bio sam sklon pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3
7. Doživio sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3
8. Osjećao sam se jako nervozno.	0	1	2	3
9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao paničariti ili se osramotiti.	0	1	2	3
10. Osjetio sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3
11. Osjetio sam da postajem uznemiren.	0	1	2	3
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13. Bio sam potišten i tužan.	0	1	2	3

14. Nisam podnosio da me išta ometa u onome što sam radio.	0	1	2	3
15. Osjetio sam da sam blizu panici.	0	1	2	3
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17. Osjetio sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	0	1	2	3
18. Događalo mi se da sam bio prilično osjetljiv.	0	1	2	3
19. Bio sam svjestan rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog lupanja srca).	0	1	2	3
20. Bio sam uplašen bez opravdanog razloga.	0	1	2	3
21. Osjetio sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3

Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života **TIJEKOM POSLJEDNJA 3 MJESECA**. Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva **U POSLJEDNJA 3 MJESECA**.

Jeste li kockali/kladili se u posljednja tri mjeseca?

- ☐ ne
☐ da - ako ste odgovorili s „Da“ - molim Vas odgovorite na sljedećih 9 pitanja

(Ukoliko je Vaš odgovor bio „Ne“ - preskočite sljedećih 9 pitanja)

Tvrdnja		
1. Jeste li imali potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako biste dostigli željeno uzbuđenje?	NE	DA
2. Jeste li osjećali nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s kockanjem?	NE	DA
3. Jeste li imali ponovljena neuspješna nastojanja kontroliranja, smanjivanja ili prestanka kockanja?	NE	DA
4. Jeste li često bili zaokupljeni kockanjem (npr. neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišljanje o načinima kako priskrbiti novac za kockanje)?	NE	DA
5. Jeste li ste često kockali kada ste se osjećali loše (npr. kada ste se osjećali bespomoćno, krivo, tjeskobno, depresivno i slično)?	NE	DA
6. Nakon što ste na kocki izgubili novac , jeste li se često vraćali drugi dan da ga nadoknadite („lovili“ ste vlastite dugove)?	NE	DA
7. Jeste li lagali kako biste prikrili veličinu uključenosti u kockanje?	NE	DA

8. Jeste li ugrozili ili izgubili važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja?	NE	DA
9. Jeste li se oslanjali na druge kako biste nabavili novac kojim biste si olakšali tešku financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem?	NE	DA

Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s bliskim ljudima ili onima s kojima ste često u kontaktu.

1. Jeste li u braku ili ozbiljnoj/trajnijoj emocionalnoj vezi?		NE	DA
<i>Ako ste odgovorili s NE, preskočite na sljedeće pitanje. Ako ste odgovorili s DA, molimo Vas da nastavite.</i>			
a) Koliko ste zadovoljni bračnim/emocionalnim odnosom kojeg imate?			
1	2	3	4
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan
5 jako sam zadovoljan			
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate u ovom odnosu?			
1	2	3	4
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično
5 imam puno			
c) Koliko često ulazite u sukobe s partnerom/icom?			
1	2	3	4
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često
5 gotovo svakodnevno			

2. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s drugim članovima obitelji.				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate sa svojom obitelji?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju dobivate od svoje obitelji?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s članovima svoje obitelji?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

3. Jeste li zaposleni?			NE	DA
<i>Ako ste odgovorili s NE, preskočite na sljedeće pitanje. Ako ste odgovorili s DA, molimo Vas da nastavite.</i>				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate od osoba na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s osobama na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

4. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s prijateljima i drugim važnim osobama.				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate s prijateljima?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju imate od prijatelja?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s prijateljima?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

Sljedeće tvrdnje odnose se na navike konzumacije alkohola u POSLJEDNJIH GODINU DANA te na Vaš odnos prema alkoholu. Molimo označite s „X“ tvrdnju koja najbolje opisuje Vaše ponašanje.

1. Koliko često pijete alkoholna pića?	Nikad ☐	Jednom mjesечно ili manje ☐	2-4 puta mjesечно ☐	2-3 puta tjedno ☐	Više od 3 puta tjedno ☐
2. Koliko prosječno alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	1 ili 2 ☐	3 ili 4 ☐	5 ili 6 ☐	7 do 9 ☐	10 i više od ☐
3. Koliko često popijete 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
4. Koliko često ste u protekloj godini dana primijetili da ne možete prestati piti onda kada ste započeli?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
5. Koliko ste često u protekloj godini dana propustili učiniti ono što se od Vas normalno očekuje zbog pijenja alkoholnih pića?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
6. Koliko ste često u protekloj godini dana imali potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro , da se pokrenete nakon teškog pijenja?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
7. Koliko ste često u protekloj godini dana imali osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon pijenja alkohola?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
8. Koliko se često u protekloj godini niste mogli sjetiti što se događalo prošle noći zato što ste bili pijani?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
9. Jeste li Vi ili netko iz Vaše okoline bili ozlijeđeni tijekom razdoblja konzumacije alkohola?	Ne ☐	Da, ali ne u prošloj godini ☐	Da, u protekloj godini ☐		
10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog Vašeg pijenja ili Vam savjetovali da	Ne ☐	Da, ali ne u prošloj godini ☐	Da, u protekloj godini ☐		

smanjite pijenje?	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANKETNI UPITNIK - KLA

*Tema ovog istraživanja vezana je uz neka obilježja osoba koje su uključene u klubove za liječenje, a ideja je temeljem rezultata koje ćemo dobiti unaprijediti sustav liječenja. Molimo Vas da pažljivo pročitate **svako pitanje**, te da zaokruživanjem onog što se odnosi na Vas odgovorite.*

*Istraživanje je **anonimno**, i svi Vaši odgovori ostat će u potpunoj **tajnosti**, pa Vas stoga molimo da budete **iskreni** u odgovaranju. Nema točnih i netočnih odgovora, već nas zanima Vaše životno iskustvo.*

Unaprijed Vam zahvaljujemo na suradnji!

1. Spol (molim Vas zaokružite): M Ž

2. Dob (koliko imate godina?): _____

3. Trenutni bračni status:

- 6. oženjen/udana/izvanbračna zajednica
- 7. u ozbiljnoj vezi (ali ne živite zajedno)
- 8. samac
- 9. razveden/a
- 10. udovac/udovica

4. Zaposlenje:

- 5. stalno zaposlen/a
- 6. povremeno zaposlen/a (uključuje i rad „na crno“)
- 7. nezaposlen/a
- 8. umirovljenik/ca

5. Ukupan mjesečni prihod Vašeg kućanstva (odnosi se na ukupne prihode od svih članova kućanstva):

- 9. do 4.000 kuna
- 10. od 4.000 do 5.000 kuna
- 11. od 5.000 do 6.000 kuna
- 12. od 6.000 do 7.000 kuna
- 13. od 7.000 do 8.000 kuna
- 14. od 8.000 do 9.000 kuna
- 15. od 9.000 do 10.000 kuna
- 16. preko 10.000 kuna

Imate li djece?

- 3. ne
- 4. da - ako da, koliko (molim Vas upišite): _____

Ukupan broj članova kućanstva (koliko Vas živi u kući/stanu, uključujući i Vas):

6. Vaša najviša završena školska sprema:

- 7. nezavršena osnovna škola
- 8. završena osnovna škola
- 9. završena srednja škola
- 10. završena viša škola
- 11. završen fakultet

12. završen magisterij ili doktorat

7. Bolujete li **TRENUTNO** od neke teže tjelesne bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

5. Zloćudni tumor	NE	DA
6. Ciroza jetre	NE	DA
7. Ozbiljnije bolesti srca (npr. preboljeni srčani infarkt i sl.)	NE	DA
8. Neka druga ozbiljna bolest (molimo navesti):	NE	DA

8. Jeste li **IKADA** bolovali od neke teže neurološke bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

4. Preboljeni moždani udar	NE	DA
5. Epilepsija	NE	DA
6. Neka druga bolest (molimo navesti):	NE	DA

9. Je li Vam **IKADA** dijagnosticirana neka od sljedećih bolesti? Molimo Vas da zaokružite odgovor.

9. Psihitični poremećaj (npr. shizofrenija, akutni psihitični poremećaj i sl.)	NE	DA
10. Poremećaj raspoloženja (npr. depresija, bipolarni afektivni poremećaj i sl.)	NE	DA
11. Anksiozni poremećaj (npr. PTSP, fobije, panični napadaji i sl.)	NE	DA
12. Ovisnost o alkoholu	NE	DA
13. Ovisnost o kockanju	NE	DA
14. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima (npr. opijati, stimulansi i sl.)	NE	DA
15. Demencija (npr. Alzheimer, vaskularna, ostale i sl.)	NE	DA
16. Neka druga bolest, navesti:	NE	DA

Sljede neka pitanja o uključivanju u igre na sreću, odnosno o aktivnostima kockanja i klađenja. Pitanje se odnosi na razdoblje **PRIJE UKLJUČIVANJA U KLA.**

Označite s ☒ koliko često ste igrali neku od navedenih igara na sreću?

	NIKADA	1X godišnje ili manje	Par puta godišnje	1-2x mjesečno	1x tjedno	Par puta tjedno	Svako- dnevno
Loto igre (Lotto 6/45, EuroJackpot, Bingo i sl.)							
Jednokratne srećke / strugalice							
Sportsko klađenje							
Igre na automatima (npr. jednoruki Jack i sl.)							
Rulet u casinu							
Kartanje za novac (s prijateljima, kod kuće i sl.)							

Molim Vas, označite koju od sljedećih igara ste za novac igrali preko interneta (web-a) ili mobilnih aplikacija? (označite sve što se odnosi na Vas):

- | | |
|---|--|
| ☐ nikada nisam igrao/la preko weba ili aplikacija za novac | ☐ sportsko klađenje |
| | ☐ lutrijske igre (loto, EuroJackpot i slično) |
| | ☐ automati |
| | ☐ rulet |
| | ☐ kartaške igre |

Sada slijede neka pitanja vezana uz iskustva koja ste **TIJEKOM ŽIVOTA** mogli imati prilikom uključivanja u igre na sreću (kockanje ili klađenje).

1. Koliko često ste se vraćali drugi dan kako bi pokušali vratiti novac izgubljen kockanjem / klađenjem?

1. nikad
2. povremeno (ali manje od polovice puta) kada sam izgubio/la
3. većinu puta kada sam izgubio/la
5. svaki puta kada sam izgubio/la

2. Jeste li ikada tvrdili da kockanjem dobivate novac a da to nije bilo tako, odnosno da ste zapravo gubili?

1. nikada
2. da, manje od polovice puta kada sam gubio

3. da, većinu vremena

3. Jeste li se ikada osjećali kao da je kockanje ili kladenje za Vas problem?

1. ne
2. da
3. da, ranije, ali ne danas

4. Jeste li se ikada kockali ili kladili više nego što ste namjeravali?	NE	DA
5. Jesu li Vas ljudi kritizirali radi kockanja/kladenja ili Vam rekli da imate problem , bez obzira jeste li se slagali s njima ili ne?	NE	DA
6. Jeste li se osjećali loše zbog načina na koji kockate / kladite se, ili zbog onoga što Vam se događalo dok kockate / kladite se?	NE	DA
7. Jeste li se ikada osjećali da biste htjeli prestati s kockanjem / kladenjem, ali ste mislili da to ne možete učiniti?	NE	DA
8. Jeste li ikada skrivali listiće od kladenja, lutrije, novac od kladenja ili druge znakove kladenja ili kockanja od Vaše supruge/supružnika, djece ili drugih važnih osoba u Vašem životu?	NE	DA
9. Jeste li se ikada prepirali s osobama s kojima živite oko toga kako upravljate novcem?	NE	DA
10. (Ako ste odgovorili s „da“ na pitanje broj 9) Jesu li prepirke oko novca ikada bile vezane uz Vaše kockanje/kladenje?	NE	DA
11. Jeste li ikada posudili novac od nekoga i potom ga niste vratili radi kockanja/kladenja?	NE	DA
12. Jeste li ikada izostali s posla ili škole ili drugih obveza zbog kockanja/kladenja?	NE	DA
13. Ako ste posudili novac za kockanje ili vraćanje kockarskih dugova, od koga je to bilo? (navedite „ne“ ili „da“ za svaki odgovor)		
j. Od kućnog budžeta	NE	DA
k. Od supružnika/ce ili partnera/ice	NE	DA
l. Od rođaka ili kumova	NE	DA
m. Od banke, kreditnih zadruga ili kompanija za zajmove	NE	DA
n. Od kreditnih kartica	NE	DA
o. Od kamatara	NE	DA
p. Od novca kojeg ste imali u obveznicama, dionicama i sl.	NE	DA
q. Od novca nakon prodaje osobne ili obiteljske imovine	NE	DA
r. Od novca posuđenog s tekućeg računa (odlazak u minus)	NE	DA

Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života PRIJE UKLJUČIVANJA U KLUB LIJEČENIH ALKOHOLIČARA (KLA). Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva prije uključivanja u KLA.

TVRDNJA	NE	DA
1. Jeste li alkohol često uzimali u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što ste namjeravali?	NE	DA
2. Jeste li imali trajnu težnju ili neuspješno nastojali smanjiti ili kontrolirati uzimanje alkohola?	NE	DA
3. Jeste li velik dio vremena provodili u aktivnostima vezanim uz nabavljanje alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka?	NE	DA
4. Jeste li imali žudnju, snažnu želju ili poriv za uzimanjem alkohola?	NE	DA
5. Jeste li zbog ponavljano uzimanja alkohola doživjeli neuspjeh u ispunjavanju važnih obaveza na poslu, u školi ili kod kuće?	NE	DA
6. Jeste li nastavljali s uzimanjem alkohola unatoč stalnom ili opetovanom pojavljivanju društvenih ili problema u odnosima s drugim ljudima izazvanih ili otežanih učincima alkohola?	NE	DA
7. Jeste li zbog uporabe alkohola prekinuli ili smanjili važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti?	NE	DA
8. Jeste li ponavljano uzimali alkohol u situacijama u kojima je to fizički opasno?	NE	DA
9. Jeste li nastavili uzimati alkohol usprkos znanju o postojanju nekog trajnog i ponavljano fizičkog ili psihološkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan uporabom alkohola?	NE	DA
10. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) potrebu za sve većim količinama alkohola kako bi postigli željeni učinak ili b) značajno smanjenje učinka iako ste i dalje uzimali istu količinu alkohola.	NE	DA
11. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) nemir, razdražljivost, umor, mučninu/povraćanje ili imali epileptični napadaj pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s pijenjem ili b) kako bi smanjili ili izbjegli navedene tegobe uzimali ste alkohol (ili srodnu tvar, kao što su benzodijazepini)	NE	DA

1. Označite na koje ste sve načine do sada liječili ovisnost o alkoholu.

1.	na bolničkom odjelu za liječenje ovisnosti o alkoholu (stacionarni smještaj)	NE	DA
2.	u Dnevnoj bolnici za liječenje ovisnosti (ambulantno liječenje)	NE	DA
3.	Klub liječenih alkoholičara (KLA)	NE	DA
4.	Ambulantnim praćenjem kod psihijatra	NE	DA
5.	Savjetovalište/psihoterapeut izvan bolnice	NE	DA
6.	Nešto drugo:		

7. S koliko godina ste prvi puta konzumirali alkohol? _____ godina.

8. S koliko godina ste prvi puta imali osjećaj da imate problem s alkoholom? _____ godina.

9. Koliko dugo ste pili na način koji danas doživljavate problematičnim, prije nego što ste se javili na liječenje? _____ godina.

10. Koliko dugo ste član Kluba liječenih alkoholičara? _____ godina.

11. Koliko ste redoviti u dolascima u Klub liječenih alkoholičara (KLA)?

- 5. redovito dolazim (svaki tjedan)
- 6. uglavnom redovito dolazim (samo ponekad izostanem)
- 7. otprilike jedanput mjesečno
- 8. neredovito

12. Jeste li imali recidiva od ulaska u KLA do danas?

- a) ne
- b) da, ako da, koliko puta? _____.

13. Koliko dugo apstinirate od pijenja alkohola ? _____ mjeseci.

Pred vama se nalazi 48 tvrdnji. Vaš zadatak je da procijenite svaku od navedenih tvrdnji na skali od 1 do 5, pri čemu brojevi imaju sljedeće značenje.

- 1 - uopće se ne slažem
- 2 - ne slažem se
- 3 - niti se slažem niti se ne slažem
- 4 - slažem se
- 5 - u potpunosti se slažem

1	Dobro planiram svoje vrijeme.	1	2	3	4	5
2	Kad imam problem ili sam pod stresom, usmjeravam se	1	2	3	4	5

	na njega.					
3	Kad sam pod stresom ili imam problem, pomišljam na dobra vremena.	1	2	3	4	5
4	Kad sam pod stresom, volim biti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
5	Sklon sam samooptuživanju zbog gubitka vremena.	1	2	3	4	5
6	Kad imam problem poduzmem najbolje korake.	1	2	3	4	5
7	Preokupiraju me i manji bolovi u tijelu.	1	2	3	4	5
8	Često sebe optužujem radi situacija u kojima se nalazim.	1	2	3	4	5
9	Kad sam pod stresom ili imam problem, šecem i razgledavam izloge.	1	2	3	4	5
10	Sklon sam određivanju prioriteta kad sam u problematičnoj (stresnoj) situaciji.	1	2	3	4	5
11	Kad imam problem, odem malo odspavati.	1	2	3	4	5
12	Sklon sam počastiti se dobrim zalogajem kako bih se riješio napetosti.	1	2	3	4	5
13	Zabrinut sam da neću pronaći prave načine suočavanja sa stresnom situacijom.	1	2	3	4	5
14	Kad imam problem postajem napet.	1	2	3	4	5
15	Kad imam problem razmišljam kako sam riješio sličan problem.	1	2	3	4	5
16	Kad sam u problemima često si kažem «Ma to nije stvarno, ma to se ne događa».	1	2	3	4	5
17	Često sebe optužujem jer preemotivno reagiram.	1	2	3	4	5
18	Kad sam pod stresom volim izaći van na ručak.	1	2	3	4	5
19	Lako se uzrujam kad imam problem.	1	2	3	4	5
20	Stresa se rješavam odlaskom u kupovinu.	1	2	3	4	5
21	Kad imam problem pronalazim načine kako ću ga riješiti.	1	2	3	4	5
22	Kad nemam rješenje problema sklon sam samooptuživanju.	1	2	3	4	5
23	Odlazim na zabavu kako bih se opustio od stresne situacije.	1	2	3	4	5
24	Kad sam pod stresom (imam problem) pokušavam shvatiti situaciju u kojoj sam se našao.	1	2	3	4	5
25	Kad imam problem, zablokiram se.	1	2	3	4	5
26	Kad imam problem, reagiram odmah s ciljem da ga riješim.	1	2	3	4	5
27	Kad imam problem, razmišljam o njemu i učim iz svojih	1	2	3	4	5

	pogrešaka kako se isti ne bi ponovio.					
28	Kad imam problem, poželim da mogu mijenjati tijekom događaja kako se takva situacija uopće ne bi dogodila.	1	2	3	4	5
29	Kad imam problem ili sam pod stresom, tražim društvo.	1	2	3	4	5
30	Zabrinut sam za idući korak koji trebam poduzeti kako bi riješio problematičnu situaciju.	1	2	3	4	5
31	Kad sam pod stresom ili imam problem, volim biti s meni važnom osobom.	1	2	3	4	5
32	Kad imam problem, izađem van prošetati se.	1	2	3	4	5
33	Kad sam u stresnoj situaciji govorim sebi «Ovo se više nikad neće ponoviti».	1	2	3	4	5
34	Kad imam problem, više se usmjeravam na svoje reakcije (na sebe) nego na sam problem.	1	2	3	4	5
35	Volim popričati s nekim kad imam problem.	1	2	3	4	5
36	Sklon sam analiziranju problema i stresne situacije.	1	2	3	4	5
37	Kad sam pod stresom, nazovem nekoga.	1	2	3	4	5
38	Postajem ljut kad imam problem.	1	2	3	4	5
39	Kad imam problem, mijenjam prioritete (odmah krećem u rješavanje problema, a ostale poslove ostavljam po strani).	1	2	3	4	5
40	Pogledam dobar film kako ne bih mislio na problem.	1	2	3	4	5
41	Pokušavam uspostaviti kontrolu nad događajima koji doprinose razvoju stresne situacije.	1	2	3	4	5
42	Ulažem dodatne napore kako bih riješio problem.	1	2	3	4	5
43	Uvijek «pripremim» nekoliko rješenja problema.	1	2	3	4	5
44	Kad imam problem, stanem, opustim se i razmislim.	1	2	3	4	5
45	Kad trebam riješiti problem, prebacujem odgovornost na druge.	1	2	3	4	5
46	Stresne (problematične) situacije doživljavam kao izazov, u njima se mogu dokazati.	1	2	3	4	5
47	Pokušavam biti organiziran.	1	2	3	4	5
48	Često pribjegavam gledanju TV-a kad sam pod stresom (ili imam problem).	1	2	3	4	5

Ljudi se razlikuju u načinu djelovanja i razmišljanja u različitim situacijama. Ovaj upitnik mjeri različite načine razmišljanja i djelovanja. Pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite u kojoj mjeri pojedina tvrdnja Vas najbolje opisuje. Odgovarajte brzo i iskreno.

Brojevi imaju sljedeća značenja

1	2	3	4
nikad/rijetko	ponekad	često	gotovo uvijek/uviijek

1. Pažljivo planiram zadatke	1	2	3	4
2. Činim stvari bez razmišljanja	1	2	3	4
3. Brzo donosim odluke	1	2	3	4
4. Bezbrizan sam	1	2	3	4
5. Nisam pažljiv	1	2	3	4
6. Misli mi lete	1	2	3	4
7. Putovanja planiram dosta unaprijed	1	2	3	4
8. Dobro se kontroliram	1	2	3	4
9. Lako se koncentriram	1	2	3	4
10. Redovito štedim	1	2	3	4
11. Meškoljim se na predstavama i predavanjima	1	2	3	4
12. Detaljno razmišljam	1	2	3	4
13. Nastojim imati siguran posao	1	2	3	4
14. Govorim stvari bez razmišljanja	1	2	3	4
15. Volim razmišljati o složenim problemima	1	2	3	4
16. Mijenjam poslove	1	2	3	4
17. Impulzivno reagiram	1	2	3	4
18. Brzo mi dosadi rješavati misaone zadatke	1	2	3	4
19. Naglo reagiram	1	2	3	4
20. Smireno razmišljam	1	2	3	4
21. Mijenjam mjesta stanovanja	1	2	3	4
22. Kupujem impulzivno	1	2	3	4

23. Mogu razmišljati samo o jednoj stvari istovremeno	1	2	3	4
24. Mijenjam hobije	1	2	3	4
25. Potrošim više nego što zaradim	1	2	3	4
26. Često imam ometajuće nevažne misli kada o nečemu razmišljam	1	2	3	4
27. Više me zanima sadašnjost nego budućnost	1	2	3	4
28. Nemiran sam u kazalištu ili na predavanjima	1	2	3	4
29. Volim zagonetke	1	2	3	4
30. Usmjeren sam prema budućnosti	1	2	3	4

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali **POSLJEDNJIH GODINU DANA**.

Brojevi imaju sljedeća značenja

0	1	2	3
Uopće se nije odnosilo na mene	Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme	Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena	Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene

1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2. Sušila su mi se usta.	0	1	2	3
3. Uopće nisam mogao doživjeti neki pozitivan osjećaj.	0	1	2	3
4. Doživio sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).	0	1	2	3
5. Bilo mi je teško započeti aktivnost.	0	1	2	3
6. Bio sam sklon pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3
7. Doživio sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3
8. Osjećao sam se jako nervozno.	0	1	2	3
9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao paničariti ili se osramotiti.	0	1	2	3
10. Osjetio sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3
11. Osjetio sam da postajem uznemiren.	0	1	2	3
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13. Bio sam potišten i tužan.	0	1	2	3

14. Nisam podnosio da me išta ometa u onome što sam radio.	0	1	2	3
15. Osjetio sam da sam blizu panici.	0	1	2	3
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17. Osjetio sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	0	1	2	3
18. Događalo mi se da sam bio prilično osjetljiv.	0	1	2	3
19. Bio sam svjestan rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog lupanja srca).	0	1	2	3
20. Bio sam uplašen bez opravdanog razloga.	0	1	2	3
21. Osjetio sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3

Sljedeće tvrdnje odnose se na razdoblje Vašeg života **TIJEKOM POSLJEDNJA 3 MJESECA**. Molimo Vas, odgovorite zaokruživanjem odgovora koji opisuju Vaša iskustva **U POSLJEDNJA 3 MJESECA**.

Jeste li konzumirali alkoholna pića u posljednja tri mjeseca?

☐ ne

☐ da - ako ste odgovorili s „Da“ - molim Vas odgovorite na sljedećih 10 pitanja

(Ukoliko je Vaš odgovor bio „Ne“ - preskočite sljedećih 10 pitanja)

Tvrdnja		
1. Jeste li alkohol često uzimali u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što ste namjeravali?	NE	DA
2. Jeste li imali trajnu težnju ili neuspješno nastojali smanjiti ili kontrolirati uzimanje alkohola?	NE	DA
3. Jeste li velik dio vremena provodili u aktivnostima vezanim uz nabavljanje alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka?	NE	DA
4. Jeste li imali žudnju, snažnu želju ili poriv za uzimanjem alkohola?	NE	DA
5. Jeste li zbog ponavljano uzimanja alkohola doživjeli neuspjeh u ispunjavanju važnih obaveza na poslu, u školi ili kod kuće?	NE	DA
6. Jeste li nastavljali s uzimanjem alkohola unatoč stalnom ili opetovanom pojavljivanju društvenih ili problema u odnosima s drugim ljudima izazvanih ili otežanih učincima alkohola?	NE	DA
7. Jeste li zbog uporabe alkohola prekinuli ili smanjili važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti?	NE	DA

8. Jeste li ponavljano uzimali alkohol u situacijama u kojima je to fizički opasno?	NE	DA
9. Jeste li nastavili uzimati alkohol usprkos znanju o postojanju nekog trajnog i ponavljanoog fizičkog ili psihološkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan uporabom alkohola?	NE	DA
10. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) potrebu za sve većim količinama alkohola kako bi postigli željeni učinak ili b) značajno smanjenje učinka iako ste i dalje uzimali istu količinu alkohola.	NE	DA
11. Jeste li imali jedno od sljedećeg? a) nemir , razdražljivost, umor, mučninu/povraćanje ili imali epileptični napadaj pri pokušaju smanjivanja ili prestanka s pijenjem ili b) kako bi smanjili ili izbjegli navedene tegobe uzimali ste alkohol (ili srodnu tvar, kao što su benzodijazepini)	NE	DA

Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s bliskim ljudima ili onima s kojima ste često u kontaktu.

1. Jeste li u braku ili ozbiljnoj/trajnijoj emocionalnoj vezi?			NE	DA
<i>Ako ste odgovorili s NE, preskočite na sljedeće pitanje. Ako ste odgovorili s DA, molimo Vas da nastavite.</i>				
a) Koliko ste zadovoljni bračnim/emocionalnim odnosom kojeg imate?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate u ovom odnosu?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s partnerom/icom?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

2. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s drugim članovima obitelji.				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate sa svojom obitelji?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju dobivate od svoje obitelji?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s članovima svoje obitelji?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

3. Jeste li zaposleni?			NE	DA
<i>Ako ste odgovorili s NE, preskočite na sljedeće pitanje. Ako ste odgovorili s DA, molimo Vas da nastavite.</i>				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koje imate od osoba na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s osobama na radnom mjestu?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

4. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s prijateljima i drugim važnim osobama.				
a) Koliko ste zadovoljni odnosom kojeg imate s prijateljima?				
1	2	3	4	5
jako sam nezadovoljan	prilično sam nezadovoljan	niti zadovoljan, niti nezadovoljan	prilično sam zadovoljan	jako sam zadovoljan
b) Kako biste procijenili podršku i razumijevanje koju imate od prijatelja?				
1	2	3	4	5
uopće je nemam	jako malo	srednje	prilično	imam puno
c) Koliko često ulazite u sukobe s prijateljima?				
1	2	3	4	5
gotovo nikada	rijetko	povremeno	često	gotovo svakodnevno

Sljedeće tvrdnje odnose se na navike konzumacije alkohola U POSLJEDNJIH GODINU DANA te na Vaš odnos prema alkoholu. Molimo označite s „X“ tvrdnju koja najbolje opisuje Vaše ponašanje.

1. Koliko često pijete alkoholna pića?	Nikad ☐	Jednom mjesечно ili manje ☐	2-4 puta mjesечно ☐	2-3 puta tjedno ☐	Više od 3 puta tjedno ☐
2. Koliko prosječno alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	1 ili 2 ☐	3 ili 4 ☐	5 ili 6 ☐	7 do 9 ☐	10 i više od ☐
3. Koliko često popijete 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
4. Koliko često ste u protekloj godini dana primijetili da ne možete prestati piti onda kada ste započeli?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
5. Koliko ste često u protekloj godini dana propustili učiniti ono što se od Vas normalno očekuje zbog pijenja alkoholnih pića?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
6. Koliko ste često u protekloj godini dana imali potrebu popiti alkoholno piće rano ujutro , da se pokrenete nakon teškog pijenja?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
7. Koliko ste često u protekloj godini dana imali osjećaj krivice ili grižnje savjesti nakon pijenja alkohola?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
8. Koliko se često u protekloj godini niste mogli sjetiti što se događalo prošle noći zato što ste bili pijani?	Nikad ☐	Manje od jednom mjesечно ☐	Mjesечно ☐	Tjedno ☐	Svakodnevno ☐
9. Jeste li Vi ili netko iz Vaše okoline bili ozlijeđeni tijekom razdoblja konzumacije alkohola?	Ne ☐	Da, ali ne u prošloj godini ☐	Da, u protekloj godini ☐		
10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog Vašeg pijenja ili Vam savjetovali da	Ne	Da, ali ne u prošloj godini	Da, u protekloj godini		

smanjite pijenje?	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. ŽIVOTOPIS

Davor Bodor rođen je 21. Veljače 1978.g. u Sr. Mitrovici, Republika Srbija, gdje je završio osnovnu školu i potom upisao srednju medicinsku školu koju je završio 1997. g. u Koprivnici. Medicinski fakultet upisao je 1997. g. i završio ga je 2003.g. Po završetku studija radio je kao znanstveni novak na Klinici za nuklearnu medicinu i onkologiju u Kliničkoj bolnici „Sestre milosrdnice“ u razdoblju od 2003-2004.g. Potom je radio kao liječnik sekundarac u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ gdje je dobio specijalizaciju iz psihijatrije, a specijalistički ispit položio je u srpnju 2011. g. Nakon specijalizacije radi kao psihijatar odnosno voditelj u Dnevnoj bolnici za ovisnost o kockanju i ovisnost o alkoholu. U rujnu 2011. Upisao je poslijediplomski doktorski studij na Stomatološkom fakultetu u Zagrebu, a u svibnju 2015.g. je započeo sa subspecijalizacijom iz Alkoholizma i drugih ovisnosti.

Popis radova:

- 1) Bodor, D. (2016): Ovisnici o psihoaktivnim tvarima I ovisnici o kockanju - više slični ili više različiti? Knjiga sažetaka, Zoran Zoričić (ur.). Šibenik: Drugi hrvatski adiktološki kongres i Međunarodna 13. Alpe-Dunav-Jadran adiktološka konferencija.
- 2) Bodor, D., Ricijaš, N., Zoričić, Z., Dodig-Hundrić, D., Filipčić, I. (2017). Prevalence of pathological gambling among alcohol addicts in outpatient treatment in the city of Zagreb: a cross sectional study. *Psychiatria Danubina*, u tisku.
- 3) Orešković, A., Bodor, D. (2016): Strategije suočavanja i ovisnost. Knjiga sažetaka, Zoran Zoričić (ur.). Šibenik: Drugi hrvatski adiktološki kongres i Međunarodna 13. Alpe-Dunav-Jadran adiktološka konferencija.
- 4) Bodor, D., Ricijaš, N., Dodig-Hundrić, D. (2016). Ponašajne ovisnosti, kliničke osobitosti, dijagnostika i liječenje. Zbornik radova, Gradski ured za zdravstvo grada Zagreba. Zagreb: Stručni simpozij “Nove i stare ovisnosti iz perspektive zdravstvenih ustanova”.
- 5) Bodor, D., Tomić, A., Ricijaš, N., Zoričić, Z., Filipčić, I. (2016): Impulsiveness in Alcohol Addiction and Pathological Gambling. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 52, 149-58.

- 6) Filipčić, I., Šimunovic-Filipčić, I., Ivezić, E., Matic, K., Tunjic-Vukadinovic, N., Vuk Pisk, S., Bodor, D., Bajic, Ž., Jakovljevic, M., Sartorius, N. Chronic physical illnesses in patients with schizophrenia spectrum disorders are independently associated with poorer psychosis treatment outcomes. *European psychiatry* (in print).
- 7) Bodor, D., Orešković, A., Tomić, A., Jelić, S. (2015): Impulzivnost i ovisnost, Book of Abstracts, Zoran Zoričić (ur.). Poreč: Prvi Hrvatski simpozij bolesti ovisnosti i komorbidnih pormećaja.
- 8) Orešković, A., Bodor, D., Tomić, A., Jelić, S. (2015): Specifičnosti ličnosti ovisnika i ovisnička ličnost, Book of Abstracts, Zoran Zoričić (ur.). Poreč: Prvi Hrvatski simpozij bolesti ovisnosti i komorbidnih pormećaja.
- 9) Mihanović, M., Restek-Petrović, B., Bogović, A., Ivezić, E., Bodor, D., Požgain, I. (2015): Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 585-595.
- 10) Orešković, A., Mihanović, M., Mimica, N., Bodor, D., Petrov, B. (2013): Day care for alcoholism in Psychiatric hospital „Sveti Ivan“ 2004-2012, *Alcoholism*, 49, 115-122.
- 11) Caratan, S., Milovac, Ž., Bodor, Davor., Goršić, L., Mihanović, M. (2013): Psihodinamika grupe nakon smrti članice, *Zbornik sažetaka*, Hotujac, Ljubomir (ur.), Zagreb : Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 77-77.
- 12) Bodor, D. (2013): The role of personalised medicine in psychiatric hospitals, Book of Abstracts, Veljko Đorđević (ur.). Zagreb: 1. st. International Congress of Person Centered Medicine.
- 13) Orešković, A., Bodor, D., Mimica, N., Milovac, Ž., Glavina, T. (2013): Coerced addiction treatment: How, when and whom?, *Alcoholism*, 49, 2, 107-114.
- 14) Bogović, A., Restek-Petrović, B., Mihanović, M., Kamerman, N., Ivezić, E., Pavlović, I., Bodor, Davor. (2012): Characteristics of the participants included in the early

intervention program for psychotic patients, Book of Abstract, n.a. (ur.). Milano : World Association for Psychosocial Rehabilitation, 294-294.

- 15) Bodor, D., Orešković, A., Milovac, Ž., Lončar-Vuina, D., Mayer, N., Caratan, S., Mihanović, M. (2012): Coercive treatment of alcoholism, actual issues, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, 14-14.
- 16) Milovac, Ž., Bodor, D., Mayer, N., Caratan, S., Lončar-Vuina, A., Orešković, A., Mihanović, M. (2012): Alcoholism in the elderly – a hidden problem, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, 50-50.
- 17) Milovac, Ž., Mayer, N., Bodor, D., Caratan, S., Lončar-Vuina, A., Orešković, A., Mihanović, M. (2012): Should Internet addiction be an official diagnostic category, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, The Club of Gambling Addicts, 2012, 51-51.
- 18) Caratan, S., Lončar-Vuina, A., Milovac, Ž., Bodor, D., Mayer, N., Mihanović, M. (2012): Pathological gambling – etiology, clinical course, therapy, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, The Club of Gambling Addicts 2012, 94-94.
- 19) Caratan, S., Milovac, Ž., Mayer, N., Bodor, D., Lončar-Vuina, A., Orešković, A., Mihanović, M. Psychoanalytic approach to gambling, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, The Club of Gambling Addicts, 2012, 95-95.
- 20) Orešković, A., Bodor, D., Milovac, Ž., Lončar-Vuina, A., Mayer, N., Caratan, S., Mihanović, Mate. (2012): Reclassification of pathological gambling in DSM-5,

comparison with DSM-IV classification criteria, Book of Abstracts, Danijel Buljan (ur.). Opatija: Croatian Medical Association, Croatian Psychiatric Association, Croatian Associations of Clubs of Treated Alcoholics, The Club of Gambling Addicts, 2012, 102-102.

