

Patološko kockanje

Kraljević, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:236106>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-19**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Ivana Kraljević

Patološko kockanje

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Zrnke Kovačić Petrović i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Popis i objašnjenje kratica:

CSO – concerned significant other (bliska osoba u brizi za pacijenta)

DSM – Diagnostic Statistic Manual (Dijagnostičko statistički priručnik o mentalnim poremećajima)

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

OKP – Opsesivno-kompulzivni poremećaj

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

WHO – World Health Organisation (Svjetska zdravstvena organizacija)

Sadržaj

1. Sažetak	
2. Summary.....	
3. Uvod.....	1
3.1. Definicija ovisnosti	1
3.2. Definicija patološkog kockanja prema MKB te DSM klasifikacijama	3
4. Epidemiologija	6
5. Rizični i protektivni čimbenici	7
5.1. Rizični čimbenici	7
5.2. Protektivni čimbenici.....	8
6. Klinička slika	9
6.1. Opis kliničke slike	9
6.2. Razvoj poremećaja.....	9
7. Osobine ličnosti ovisnika o kockanju	10
8. Povezanost s drugim psihijatrijskim komorbiditetima.....	11
9. Diferencijalna dijagnoza.....	12
10. Liječenje ovisnosti o kockanju	13
10.1. Motivacijski intervju.....	14
10.2. Psihoedukacija	14
10.3. Farmakološka terapija.....	15
10.4. Psihoterapija.....	16
10.4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija	16
10.4.2. Individualna i grupna terapija.....	17
10.4.3. Obiteljska i bračna terapija	17
10.4.4. Grupe samopomoći	17
11. Prevencija	18
12. Zaključak	19
13. Zahvale.....	20
14. Literatura	21
15. Životopis.....	24

1. Sažetak

Patološko kockanje

Ivana Kraljević

Patološko kockanje definira se kao ponavljajuće sudjelovanje u kockarskom ponašanju, unatoč negativnim posljedicama u fizičkom, psihičkom te socijalnom aspektu. Također se naziva poremećajem kockanja ili problematično kockanje, s ciljem smanjenja stigme vezane uz riječ „patološko“.

U novijim klasifikacijama prepoznato je i priznato kao bihevioralna ovisnost te stavljeno u skupinu ostalih ovisnosti, s obzirom na mnoge zajedničke karakteristike, od kliničke slike i razvoja tolerancije do terapijskih mogućnosti.

Današnja prevalencija u svijetu se procjenjuje na 0,4-1,0 %, no postoje razlike ovisno o kulturi, spolu te dobi, a smatra se kako bolest najčešće počinje u doba adolescencije. Napredovanjem same bolesti dolazi do stvaranja velikih financijskih dugova, problema na poslu i u obiteljskom okruženju, koji osim što negativno djeluju na bolesnika, imaju utjecaj i na osobe koje se za njega brinu.

Liječenje poremećaja kockanja kompleksno je i dugotrajno, posebno zbog velike učestalosti komorbiditeta, a trenutno je najuspješnija terapijska opcija kognitivno-bihevioralna terapija.

Zbog visoke prevalencije te generalnog porasta popularnosti igara na sreću, patološko kockanje smatra se globalnim zdravstvenim problemom 21. stoljeća, uz druge poremećaje kontrole impulsa. Budući da se bolest javlja u velikom dijelu u mladoj populaciji, važno je razvijati preventivne programe kako bi se edukacijom o rizicima i posljedicama učinkovito smanjio broj problematičnih kockara.

Cilj je ovog rada prikazati najnovija saznanja o ovom poremećaju te pokazati važnost ranog otkrivanja i liječenja ovisnika o kockanju.

KLJUČNE RIJEČI: patološko kockanje, bihevioralna ovisnost, kognitivno-bihevioralna terapija

2. Summary

Pathological gambling

Ivana Kraljević

Pathological gambling is characterized by continuously engaging in gambling activities, despite its negative physical, psychological and social consequences. It's also referred to as gambling disorder and problematic gambling in order to avoid the stigma which comes with using the term „pathological“.

In recent classifications pathological gambling has been recognized as a behavioural addiction and reclassified into a group of other addictions, due to a large amount of shared characteristics, like clinical features and tolerance, as well as treatment options.

The prevalence in general population is estimated to be 0,4-1,0%, with noticeable differences between the cultures, genders and age groups, and the onset of disease is most common in adolescence. With the progress of this disease, patients put themselves into great financial debt, and develop work and family issues. Those problems not only impact the patient, but also the caretaking people in the patient's environment.

The treatment of gambling disorder is complex and long-lasting, especially because of comorbidities which are often present, and current therapeutic option with the highest success rate is cognitive-behavioural therapy.

Due to high prevalence and general rise in popularity of gambling, it is considered a global health problem of 21st century, along with other impulse control disorders. Seeing as the onset is most common in young population, it is very important to work on developing prevention programs which will educate the people about the risks and consequences of gambling, and with that hopefully help lower the number of problematic gamblers. The aim of this thesis is to present current knowledge on gambling disorder and emphasize the importance of early diagnosis and treatment.

Key words: pathological gambling, behavioural addiction, cognitive-behavioural therapy

3. Uvod

3.1. Definicija ovisnosti

Prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi, ovisnost se definira kao „kronični poremećaj sa biološkim, psihološkim, socijalnim te okolišnim čimbenicima, koji imaju utjecaj na razvoj, ali i održavanje ovisničkog ponašanja“ (1). Iako je pojam ovisnosti u široj javnosti najčešće povezan uz uzimanje različitih psihoaktivnih tvari, danas psihijatrija razlikuje ovisnosti vezane uz psihoaktivne tvari te bihevioralne ovisnosti. Razliku između bihevioralne ovisnosti te navike čini, prema stručnjacima bihevioralne znanosti, upravo osjećaj obaveze obavljanja te radnje (2). Za dijagnozu su vrlo značajni Goodmanovi kriteriji (3), koji su u velikoj mjeri odredili i postojeće smjernice, odnosno dijagnostičke kriterije, a koji uključuju:

a) opetovane neuspjele pokušaje da se odupre impulsima koji vode u specifično ponašanje,

b) povišeni osjećaj napetosti neposredno prije započinjanja određenog ponašanja,

c) osjećaj zadovoljstva ili olakšanja tijekom trajanja određenog ponašanja,

d) osjećaj manjka kontrole tijekom određenog ponašanja,

e) najmanje pet od devet sljedećih kriterija:

- 1) učestala zaokupljenost ponašanjima ili aktivnostima koji prethode specifičnom ovisničkom ponašanju
- 2) učestalo trajanje određenog ponašanja dulje nego se prvotno planiralo,
- 3) ponavljani neuspješni napor 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.

Nadalje, 1996. Griffiths je objavio niz kriterija koji su također predstavili napredak u dijagnostici bihevioralnih ovisnosti (4):

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.

Ipak, i dalje postoje premissljanja oko klasifikacije pojedinih poremećaja ponašanja, što je vidljivo i u najnovijim revizijama sustava klasifikacije mentalnih poremećaja.

3.2. Definicija patološkog kockanja prema MKB te DSM klasifikacijama

Patološko kockanje je u MKB prvi put uvršteno kao psihijatrijski poremećaj u devetoj reviziji 1977. godine, a u MKB-10 uvršteno je kao zasebna dijagnoza F63.0 pod skupinom „Poremećaja navika i nagona“, te se definira kao česte, ponavljane epizode kockanja koje dominiraju životom osobe, sve do oštećenja socijalnih, radnih, materijalnih te obiteljskih vrijednosti i obaveza. Kao bitan dijagnostički kriterij izdvaja se uporno ponavljanje kockanja, koje se nastavlja i često pojačava, usprkos nepovoljnim socijalnim posljedicama, kao što su osiromašenje, narušeni obiteljski odnosi i razdor osobnog života, te uključuje nešto manje prikladan pojam kompulzivnog kockanja (5). U MKB-11, koja je trenutno važeća klasifikacija WHO-a, u podkategoriji Poremećaji vezani uz ovisnička ponašanja se navode: poremećaj uzrokovan kockanjem (engl. *gambling disorder*) i poremećaj uzrokovan igranjem igrice (engl. *gaming disorder*). Postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju prema MKB-11 (engl. *gambling disorder*) malo se razlikuje od dijagnostičkih kriterija MKB-10 te je potrebno zadovoljiti tri kriterija u razdoblju od najmanje 12 mjeseci (6):

1. gubitak kontrole nad kockanjem (npr. učestalost, intenzitet, trajanje)
2. postavljanje kockanja kao prioriteta u odnosu na sve druge životne interese i dnevne aktivnosti
3. nastavljanje s kockanjem ili eskalacija kockanja unatoč negativnim posljedicama ovakvog ponašanja

S druge strane, otkad je uvršteno kao dijagnoza u DSM-3 1980. godine, došlo je do velikih promjena klasifikacije patološkog kockanja u sljedećim revizijama. U najnovijoj reviziji DSM-5 izdanoj 2013. godine, poglavlje vezano uz ovisnosti preimenovano je iz „Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari“ u „Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari i ovisnosti“. Uz to, sama dijagnoza je u DSM-5 iz „patološkog kockanja“ preimenovana u „ovisnost o kockanju“ te je reklasificirana iz skupine „Nespecificirani disruptivni poremećaj, poremećaj kontrole poriva i poremećaj ophođenja“ u poglavlje „Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari i ovisnosti“ (7). Time je ovisnost o kockanju postala prva bihevioralna ovisnost u skupini ovisnosti, nevezana uz uzimanje

psihoaktivnih tvari. Kao prilog tome da bi se kockanje doista trebalo smatrati ovisnošću umjesto poremećajem kontrole impulsa govore mnoga istraživanja, pa tako Grant i autori (8) tvrde kako postoje mnoge sličnosti u podlozi bolesti u obje skupine ovisnosti, od fenomenologije (osjećaj žudnje, smanjenje anksioznosti te povećani osjećaj zadovoljstva uslijed izvođenja akta, simptomi koji odgovaraju onima apstinencijske krize), preko razvoja tolerancije, odnosno potrebe da se poveća intenzitet stimulusa (ponašanja) kako bi se postigla jednaka pozitivna promjena raspoloženja, što svojom definicijom odgovara upravo toleranciji kod uzimanja supstanci. Također se navode sličnosti u neurobiološkom razvoju bolesti, pojavnosti komorbiditeta, ali i odgovoru na terapiju, što će biti spomenuto i kasnije u diskusiji terapijskih mogućnosti za ovisnost o kockanju. Ipak, još je mnogo istraživanja potrebno učiniti kako bi se približilo točnom odgovoru, posebno za druge bihevioralne ovisnosti koje još nisu svrstane kao zasebni klinički entiteti.

Osim navedenih promjena u samoj klasifikaciji, DSM-5 navodi i sljedeće dijagnostičke kriterije koji pomažu u potvrđivanju bolesti:

- a) Ako pojedinac pokazuje četiri ili više od sljedećih kriterija u 12-mjesečnom razdoblju:
1. Potreba za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi se dostiglo željeno uzbuđenje
 2. Nemirnost ili razdražljivost kod pokušaja smanjivanja ili prestanka kockanja
 3. Opetovana neuspješna nastojanja da kontrolira, smanji ili prestane kockati
 4. Zaokupljenost kockanjem (npr. razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja, planiranje sljedećih pothvata, prikupljanje novaca za kockanje)
 5. Često kocka kada se osjeća loše (npr. bespomoćno, anksiozno, depresivno)
 6. Nakon što izgubi na kocki, često se drugi dan vraća da nadoknadi izgubljeno („lovi“ vlastite dugove)
 7. Laže kako bi prikrio veličinu upletenosti u kocku
 8. Ugrozio je ili izgubio važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja
 9. Oslanja se na druge kako bi nabavio novac kojim bi olakšao tešku finansijsku situaciju uzrokovanu kockanjem
- b) Kockarsko ponašanje ne može se objasniti maničnom epizodom

Prema broju ispunjenih kriterija može se odrediti težina kliničke slike, i to ako su zadovoljena 4-5 kriterija govorimo o blagoj, 6-7 o srednjoj, a 8-9 kriterija označava tešku kliničku sliku.

Također je potrebno definirati radi li se o epizodnom ili perzistentnom kockanju, gdje u epizodnom pacijent zadovoljava kriterije više od jedanput, no između toga postoje periodi od više mjeseci kada se simptomi smiruju. U perzistentnom kockanju simptomi su prisutni uz zadovoljavanje kriterija tijekom više godina. Kod remisije dodatno se specificira je li ona rana ili održana (7).

4. Epidemiologija

Prevalencija ovisnosti o kockanju u odrasloj populaciji tijekom života prema DSM-5 iznosi između 0,4 i 1,0 % (7), a procjenjuje se da dva ili tri puta više ljudi iskusi neki oblik subkliničkog odnosno rizičnog kockanja (9). Ipak, prema nekim istraživanjima stopa prevalencije kreće se u intervalu 0,01-10,6 % (10). Razlog ovakvim razlikama najvjerojatnije je činjenica da je nekad vrlo teško iz populacije različitim anketama i intervjuima pronaći osobe koje doista imaju dijagnozu, s obzirom da se radi o osjetljivoj dijagnozi i da rezultati uvelike ovise o voljnosti ispitanika da potpuno iskreno odgovore na postavljena pitanja (11). Također se primjećuju kulturne razlike, pa se tako navodi veća prevalencija poremećaja kockanja u afroameričkoj populaciji (prosječno 0,9 %, za razliku od populacije bijelaca gdje iznosi u prosjeku 0,4 %) (7). Generalni trend porasta broja ovisnika o kockanju prati se još od osamdesetih godina 20. stoljeća, a u Republici Hrvatskoj unatrag petnaestak godina. Razlozi tome jesu stalno povećanje ponude i pristupačnosti, odnosno legalizacija različitih modaliteta kockanja, a danas posebno raste popularnost e-kockanja, odnosno internetskog kockanja, zbog svoje velike pristupačnosti. O samoj popularnosti kockanja i igara na sreću govori podatak kako je gotovo svaki drugi stanovnik Republike Hrvatske stariji od 15 godina uključen u neki od oblika klasične lutrije, a svaki treći sudjeluje u nagradnim igrama vezanim na kupovinu pojedinih proizvoda ili kupnju kod pojedinih prodavača (12). Smatra se da je početak najčešće u razdoblju adolescencije, a istraživanja navode kako je prosječna dob problematičnih i rizičnih kockara 16,5 godina (13), dok jedno španjolsko istraživanje navodi dob od 14 godina kao prosječnu dob započinjanja aktivnosti kockanja (14). Također je primijećeno kako muškarci kreću kockati u ranijoj dobi nego žene, te je upravo većina adolescenata kockara muškog spola, dok žene češće razvijaju ovisnost u srednjoj životnoj dobi (7,12). Između spolova uočava se razlika u vrsti igara na sreću, gdje su kod muškaraca raširenije kartaške igre, klađenje u sportu te konjske utrke, a kod žena kockanje na automatima te bingo (7). Gledajući prema dobi, u adolescentskoj populaciji se posebno izdvaja velika popularnost internetskog klađenja i kockanja, s obzirom da se radi o populaciji odrasloj u digitalnom okruženju (postoji tzv. tehnološki

jaz između adolescenata i starije populacije), te da je u toj dobi kockanje ilegalno, pa je Internet mjesto koje pruža veću dostupnost takvog sadržaja za adolescente (11).

5. Rizični i protektivni čimbenici

5.1. Rizični čimbenici

Osim muškaraca, pod povećanim rizikom za razvoj ovisnosti o kockanju jesu mladi, osobe s nižim socioekonomskim statusom te samci. Uz to, rizik može povećati i život u visoko depriviranoj okolini, nedostatak osnovnog obrazovanja te nezaposlenost (9). Dodatne predisponirajuće čimbenike predstavlja nemogućnost roditelja da u odgoju uspostave dovoljan stupanj discipline, te njihovo visoko vrednovanje materijalnih stvari (15).

DSM-5 također navodi sljedeću podjelu rizičnih i prognostičkih čimbenika(7):

A. Oni vezani uz temperament:

Češća pojava ovisnosti uz početak kockanja u djetinjstvu ili adolescentskoj dobi, antisocijalni poremećaj ličnosti, depresivni te bipolarni poremećaj, uzimanje psihoaktivnih tvari, osobito uz ovisnost o alkoholu.

B. Genetski i fiziološki:

Češća pojava unutar obitelji; pokazano češće javljanje među jednojajčanim nego dvojajčanim blizancima, te među prvim rođacima srednje teških do teških ovisnika o alkoholu nego u općoj populaciji.

C. Čimbenici koji mijenjaju tijek:

Mnoge osobe, uključujući adolescente, imaju visoku vjerojatnost rješavanja problema s kockanjem, no postojanje problema u prošlosti je snažan prediktor ponovne pojave istog.

Smatra se kako bi genetički čimbenici mogli imati veći utjecaj na obolijevanje, jer su provedene studije na blizancima pokazale kako je postotak naslijeđenog poremećaja kockanja od 50-60 %, gotovo jednako kao i za ovisnosti vezane uz uzimanje psihoaktivnih tvari (16). Ipak, proučavanjem samog razvoja ovisnosti uočeno je kako u početku nešto jače djeluju okolišni, dok su genetički čimbenici značajni u kasnijoj fazi ovisnosti (17).

5.2. Protektivni čimbenici

Za razliku od rizičnih čimbenika, za protektivne se smatra kako umanjuju vjerojatnost da će osoba razviti ovisnost o kockanju, čak i pri detektiranoj izloženosti rizičnim čimbenicima. Presječne studije provedene na populaciji adolescenata pokazale su da su visoka emocionalna inteligencija, socijalne kompetencije (razvoj inter- i intrapersonalnih vještina), kao i socijalna povezanost važni protektivni čimbenici. Pritom je uz socijalnu povezanost važno istaknuti uključenost obitelji, odnosno obiteljsku kohezivnost (18). Za mladu populaciju vrlo je značajan i čimbenik jačanja otpornosti nad vršnjačkim pritiskom te vještine donošenja odluka. Ipak, kao jednim od najvažnijih protektivnih čimbenika pokazala se upravo edukacija, što svoje mjesto itekako pronalazi u programima prevencije (13).

6. Klinička slika

6.1. Opis kliničke slike

Karakteristično je za osobe ovisne o kockanju da su pune samopouzdanja, vrlo razmetljivo troše novac, te smatraju kako novac predstavlja uzrok, ali i rješenje svih njihovih problema. Do novaca koji ulažu u kockarske aktivnosti dolaze na različite načine, čak i krađom ili posudbama velikih količina novaca, te često lažu kako bi ga dobili ili lažu o njegovom podrijetlu. Ono što postane velik teret za njihovo svakodnevno funkcioniranje jest činjenica da usmjeravanjem novaca u kockanje prestanu plaćati račune, značajno im se smanjuje produktivnost na poslu te u nastavnim obavezama, jer kockanje postane njihov jedini prioritet, pa će neki i svoje radno vrijeme provoditi kockajući. Osim toga, ne mogu održavati niti međuljudske odnose, te se socijalno izoliraju od obitelji i bliskih osoba (7,15). Kockanje postaje njihov način nošenja sa teškim situacijama, te će većina kockara brojati i pratiti samo dobitke, a gubitke zanemariti. Neki od ovisnika također imaju distorzije mišljenja, primjerice uvjerenje kako imaju neki vid kontrole nad igrom, poricanje negativnih ishoda i slično (7).

6.2. Razvoj poremećaja

Kao što je ranije navedeno, početak ovisnosti o kockanju najčešći je još u adolescenciji, a sam poremećaj razvija se obično tijekom nekoliko godina; uz to se uočilo kako se poremećaj nešto brže razvija u žena nego u muškaraca (7). Najčešći je tijekom bolesti postupno povećavanje frekvencije te količine uloženog novca, a ne treba zanemariti niti simulirano kockanje koje s vremenom prijeđe u ono komercijalno u kojem se gube novci (11). Također, pokazano je kako se učestalost kockanja može posebno povećati tijekom doživljaja velikog stresa ili depresivne epizode, kao i pri uzimanju psihoaktivnih tvari te apstinenciji od kockanja (7). Prema istraživanju Florosa, prosječna je dob postavljanja prve dijagnoze poremećaja kockanja 36,5 godina (11). Kako se postupno sve više novaca ulaže u igru i osoba sve više razmišlja o kockanju, jasno je da će doći do zanemarivanja ostalih obaveza, kao što se često spominje i u drugim vrstama ovisnosti. Tako im postupno pada radno i

socijalno funkcioniranje, a uz samu osobu s problemom potrebno je razmotriti i na koji način to utječe na okolinu. Tako Salonen i autori u svom istraživanju definiraju CSO (eng. *Concerned significant other*) kao osobe koje su izjavile kako barem jedna bliska osoba u njihovom životu ima problema s kockanjem, a u ispitivanoj populaciji ih je bilo 19 % (19). Nadalje, intervjuiranjem tih osoba pokazano je kako smatraju da je njihova kvaliteta života zbog zabrinutosti za osobu s poremećajem kockanja smanjena (20), a kao razlozi najčešće se navode pogoršanje mentalnog zdravlja, povećana konzumacija alkohola te duhana. Dodatno, veći postotak CSO bile su žene u odnosu na muškarce (19). Sve ovo svakako potvrđuje kako se u pristupu pacijentu sa sumnjom na ovisnost o kockanju treba uključiti i bliske osobe u njegovom životu, kako bi se procijenila potreba potencijalne terapijske intervencije.

7. Osobine ličnosti ovisnika o kockanju

U istraživanjima ovisnika uočeno je kako pokazuju visoku impulzivnost uz stalno traženje novog uzbuđenja s niskom sposobnosti odgode gratifikacije. Velik broj ovisnika je također natprosječno inteligentan te igraju godinama, no važno je primijetiti kako sam dobitak nije motivacija jer će ovisnik o kockanju nakon dobitka ponovno uložiti sve što je dobio u sljedećoj igri (15). Osim impulzivnosti, značajka je ličnosti ovisnika i visoka kompulzivnost, odnosno tendencija habitualnom ponavljanju radnji u svrhu izbjegavanja negativnih posljedica percipiranih od strane kockara, iako sama ta radnja može dovesti do neželjenih posljedica. Prema nedavno provedenim istraživanjima, pokazana je povezanost između obje navedene karakteristike sa OKP-om kao i s biheviornim ovisnostima općenito, no pritom treba primijetiti kako, unatoč visokoj razini kompulzivnosti u ovisnosti o kockanju i u OKP-u, prva skupina pokazuje poremećaj ograničen na lošu kontrolu mentalnih aktivnosti (promišljanja) te nagona i zabrinutost oko gubitka kontrole motoričkog ponašanja. Za razliku od toga, u skupini pacijenata sa OKP-om poremećeno je funkcioniranje u većini domena (16).

Istraživanje koje je ispitalo povezanost nekoliko osobina ličnosti sa pojavom različitih ovisnosti pokazalo je kako se ovisnost o kockanju češće javlja u osoba s visokim stupnjem neuroticizma te niskom savjesnošću. Uz visoke stupnjeve neuroticizma spominje se i negativna emocionalnost, pojmovi kojima se objašnjava

nezadovoljstvo prilikom percepcije samih sebe, ali i svijeta oko njih. Ovakva osobina ličnosti zbog toga ima velik utjecaj na međuljudske odnose, što je pokazano povezanošću visokog stupnja neuroticizma s visokim postotkom rastava u dugoročnom promatranju ovakvih pacijenata (21,22). Osim toga, negativna afektivnost može predstavljati prepreku u obavljanju svakodnevnih dužnosti, a tako i izvor anksioznosti i frustracije u pojedinaca (23).

8. Povezanost s drugim psihijatrijskim komorbiditetima

Istraživanja pokazuju kako čak 96 % ovisnika o kockanju ispunjavaju kriterije za još barem jednu psihijatrijsku dijagnozu tijekom svog života. Osim toga, pokazano je kako su prevalencije tijekom života povećane za nekoliko psihijatrijskih dijagnoza, gdje se ističu poremećaji raspoloženja (u prvom redu veliki depresivni poremećaj sa 51 % većom prevalencijom) te anksiozni poremećaji, kao i pojava drugih ovisnosti, najviše ovisnost o alkoholu s gotovo 80 % većom prevalencijom u odnosu na kontrolnu skupinu, ali i ovisnost o drogama. Uz to, u ovih pojedinaca češće se javljaju poremećaji ličnosti. Smatra se da pojedinci koji već imaju potvrđenu dijagnozu ovisnosti o kockanju imaju čak 30 puta veću šansu da kroz život razviju višebrojne komorbiditete u odnosu na one koji dijagnozu nemaju (17). Uz već navedene komorbiditete, pokazano je kako je u ovih pojedinaca prevalencija shizofrenije čak 4 puta veća, odnosno iznosi 4 % u usporedbi s 1 % u općoj populaciji, ali i da bi populacija oboljelih od shizofrenije mogla biti više podložna ovisničkim ponašanjima, pa tako i kockanju. Ova se teza povezuje sa terapijom shizofrenije antipsihoticima druge generacije, najviše s aripiprazolom, parcijalnim agonistom D2 receptora, za koji se smatra da inducira ovisnost o kockanju zbog svog utjecaja na promjenu senzitivacije dopaminergičkih receptora (24). No važno je primijetiti kako nemaju svi koji kockaju jednake rizike za obolijevanje od drugih psihijatrijskih bolesti, pa tako Parhami i autori u svojoj studiji tvrde kako je rizik za patološkog kockara oko 2,5 puta veći, dok za rekreativnog iznosi 1,16 puta, ali je svakako veći u usporedbi s ljudima koji ne kockaju (25). Često se u diskusiji o komorbiditetima postavlja pitanje što je bilo uzrok, a što posljedica, ali zaključak je kako postoji dvosmjerna povezanost na način da neki psihijatrijski komorbiditet može biti uzrok, faktor održavanja bolesti, ali

se može i razviti iz već postojeće ovisnosti o kockanju (17). Studija koja je proučavala švedsku populaciju također je istaknula kako je čak 19 % ispitanika za vrijeme praćenja koje je iznosilo nepunih 5 godina imalo pokušaje suicida te da je upravo suicid bio prvi po učestalosti uzroka smrti u ovih ispitanika (31 %). Usporedbom s kontrolnom skupinom pokazano je povećanje mortaliteta od suicida od 15,1 puta za cjelokupnu populaciju, odnosno u mlađoj dobnoj skupini (20 – 49 godina starosti) čak 19,3 puta. Prema tome, jasno je pokazana poveznica između dijagnoze poremećaja kockanja i drugih psihijatrijskih komorbiditeta (26).

9. Diferencijalna dijagnoza

Ovisnost o kockanju treba razlikovati od:

1. Kockanja i klađenja koje nije vezano uz poremećaj – radi se o čestom kockanju zbog uzbuđenja ili pokušaja da se zaradi novac, no kada su suočeni s teškim gubicima ili drugim nepovoljnim posljedicama, ljudi iz ove skupine mogu obuzdati svoju naviku. Uključuje profesionalno te socijalno kockanje; u profesionalnom rizici su ograničeni te je prisutna disciplina, dok se socijalno kockanje najčešće događa u krugu prijatelja ili kolega, traje ograničen vremenski period te su gubici prihvatljivi. Ipak, neki ljudi mogu imati kratkotrajno problematično kockanje (primjerice kratkotrajan gubitak kontrole), no ne ispunjavaju dovoljno kriterija kako bi to ponašanje bilo svrstano u poremećaj kockanja.
2. Pretjeranog kockanja maničnih bolesnika – bolesnici u maničnoj epizodi mogu pokazivati ponašanje uzrokovano smanjenom sposobnosti prosuđivanja pa se tako upustiti u pretjerano kockanje, no dijagnoza poremećaja kockanja može se donijeti tek ako se navedeno ponašanje ne može objasniti maničnom epizodom (npr. ako je zabilježen takav obrazac ponašanja i izvan maničnih epizoda). Isto tako, pojedinac s poremećajem kockanja tijekom kockanja može

pokazivati ponašanje slično maničnoj epizodi, no kada ga se od kockanja udalji, više se ne vidi takvo ponašanje.

3. Kockanje u poremećaju ličnosti – u bolesnika u kojih postoji širi perzistirajući poremećaj socijalnog ponašanja koji se očituje u postupcima koji su agresivni ili na neki drugi način pokazuje izrazit nedostatak interesa za dobrobit i osjećaje drugih ljudi. U slučaju da su zadovoljeni dijagnostički kriteriji za oba poremećaja, isti se mogu i dijagnosticirati.
4. Druga medicinska stanja – bolesnici s Parkinsonovom bolešću ili drugi koji uzimaju lijekove s utjecajem na dopaminergički sustav mogu osjećati nagon za kockanjem, no ako se takvi simptomi prestanu pojavljivati na smanjenje doze ili ukidanje takve terapije, nije uputno postavljati dijagnozu poremećaja kockanja (5,7).

10. Liječenje ovisnosti o kockanju

Od svih pacijenata s dijagnosticiranom ovisnosti o kockanju, smatra se da se njih trećina spontano oporavi, bez potrebe za dodatnom terapijom. Za one kojima je ona ipak potrebna, danas se razmatraju različiti farmakološki i nefarmakološki pristupi, koji se uvelike temelje na terapijskim mogućnostima ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima (17). Sam proces liječenja može se promatrati kroz tri etape: prva predstavlja detoksikacijsku fazu u kojoj se nastoji postići održana apstinencija sa smanjenjem ili uklanjanjem simptoma sustezanja na siguran način, nakon čega se ulazi u drugu fazu ili fazu oporavka. U njoj je naglasak na razvijanju održane motivacije u svrhu izbjegavanja relapsa, učenju mehanizama nošenja sa žudnjom te usvajanju zdravih obrazaca ponašanja kao zamjena za ovisničko ponašanje. Zadnja faza predstavlja prevenciju relapsa dugoročno, što ju čini najizazovnijom zbog postupnog pada motivacije, ali i iskušenja, bilo vanjskih ili unutarnjih, koja ugrožavaju proces oporavka (16). Zanimljivo je da se osobe s ovisnosti o kockanju najčešće javljaju tek kada uvide da su iscrpili sve financijske izvore i da nemaju otkuda plaćati nastale dugove, ili kako bi smanjili teret vlastitim članovima obitelji ili bliskim ljudima, dakle najčešće ne primarno s ciljem izliječenja, već kao način spašavanja od

problema. Najčešći razlog zbog kojeg traže liječenje ili hospitalizaciju jesu depresija i suicidalne misli. Naravno da to ima utjecaj na njihovu motivaciju tijekom liječenja, a uz to oni često nemaju uvid u svoje stanje, po čemu su slični ovisnicima o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima, tako da su ishodi liječenja ovakvih pacijenata nerijetko poprilično nesigurni, a samo liječenje može biti vrlo dugotrajno. Liječenje se dodatno komplicira činjenicom da, kao što je ranije navedeno, ovi bolesnici često imaju komorbiditete koje je vrlo važno uzeti u obzir, pravilno dijagnosticirati i liječiti, jer se jedino tako može povećati šansa za izlječenje ovisnika o kockanju (27,28). Što se tiče adolescenata, do danas nema znanstveno potvrđenih terapijskih opcija; ipak, postignuti su uspjesi primjenom programa baziranih na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT), s obzirom na to da su kognitivne distorzije u kockarskom ponašanju snažan prediktor težine kockanja u adolescenata (13).

10.1. Motivacijski intervju

U ovom modalitetu radi se o terapijskom savjetovanju u kojemu se osobi nastoji pomoći u njezinom istraživanju same sebe te kod ambivalencije u vezi s terapijom i promjenom ponašanja(17,29); odnosno motivirati ju da nastavi dalje s terapijom, što je ključan dio, s obzirom na činjenicu da dvije trećine pacijenata koji zatraže pomoć i započnu s terapijom od iste odustanu i nikad ju ne završe; to se dodatno postiže smanjenjem osjećaja krivnje i srama zbog posljedica kockarskog ponašanja. Važno je da savjetnik bude potpuno bez predrasuda, bez konfrontacija te da poziva na kolaborativni način rada. Na taj način, osim što se inducira pacijentova motivacija, valorizira se njegova autonomija, a upravo otkrivanjem značenja i razloga koji se kriju iza određenih obrazaca ponašanja može se uspješno pristupiti rješavanju konflikata koji su do toga doveli. Prema studiji Ribeire i suradnika, u usporedbi sa KBT-om, motivacijski intervju pokazuje 4 puta manje vremensko trajanje i manju cijenu (29).

10.2. Psihoedukacija

Glavni cilj psihoedukacije je pacijentu približiti i demistificirati njemu dosad nepoznate ili nedovoljno poznate koncepte, počevši od teorije kockanja. Uz to, često se uključuju teorije vjerojatnosti, učenje u tome kako um funkcionira, posebice o ulozi

dopamina. Pritom se koriste različite metode kako bi ovi koncepti bili jasnije shvatljivi, a time i lakše pamtljivi, primjerice Stroopov test za ilustriranje automatizma ponavljanih akcija. Pretpostavka je ovog terapijskog pristupa kako će pacijent koji je bolje upoznat sa svim tim principima, odnosno sa svojim problemom, biti više spreman na provođenje konkretne promjene u svom životu (30).

10.3. Farmakološka terapija

Dosad nijedan lijek nije verificiran kao terapijski izbor za liječenje ovisnosti o kockanju u SAD-u, no mnoga se istraživanja provode u svrhu pronalaženja optimalne farmakološke terapije. Jedna od prvih skupina lijekova koja je bila razmatrana kao terapija poremećaja kockanja bili su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), no klinička istraživanja su pokazala skromne rezultate s malim do nikakvim utjecajem na ishod, kako za bihevioralne, tako i za ovisnosti vezane uz uzimanje tvari (16,27).

Druga skupina lijekova uključena u istraživanja jesu antagonisti glutamatergičkih receptora, no za topiramatom, predstavnik ove skupine, se pokazalo da nema nikakve razlike od placebo skupine u liječenju poremećaja kockanja. Rezultati istraživanja ovih lijekova su, doduše, ograničeni, zbog malih uzoraka (16).

Najveću empirijsku podršku u liječenju poremećaja kockanja dobila je skupina antagonista opioidnih receptora, u prvom redu naltrekson i nalmefen, koji se već desetljećima koriste u terapiji ovisnosti o alkoholu i drogama. U jednoj dvostruko slijepoj studiji pokazano je kako naltrekson ima utjecaj na smanjenje intenziteta nagona za kockanjem, misli o kockanju te kockarskog ponašanja. Osim toga, pozitivni efekti naltreksona uočavali su se i nakon prestanka uzimanja terapije. Također se postavilo pitanje doze koju je potrebno utvrditi za uspješno liječenje, pa je tako nađeno kako su jedino visoke doze nalmefena (40 mg/dan) pokazale statistički značajnu razliku od placebo skupine u liječenju poremećaja kockanja. Iako visoke doze naltreksona (100-200 mg/dan) uspješno smanjuju simptome hiperseksualnog poremećaja i kompulzivnog kupovanja za vrijeme uzimanja terapije, za poremećaj kockanja se smatra da bi već niže doze (oko 50 mg/dan) mogle biti dovoljne za smanjenje negativnih simptoma, uz manje nuspojave (16).

Uz sve navedene skupine, u terapiji poremećaja kockanja razmatraju se i stabilizatori raspoloženja, u prvom redu litij, koji bi se mogao koristiti u osoba s komorbiditetom bipolarnog poremećaja, s obzirom da uspješno smanjuje i simptome ovisnosti o kockanju (27). No, kao što je već rečeno, potrebno je još istraživanja kako bi se došlo do najbolje moguće terapijske opcije.

10.4. Psihoterapija

Psihoterapija se danas smatra prvim izborom u pristupu pacijentu s poremećajem kockanja, a dodatno se može kombinirati s lijekovima, jer je za određene kombinacije pokazana bolja učinkovitost nego za primjenu samo jedne terapijske opcije, primjerice topiramata uz primjenu KBT-a. Naravno, postoji i opcija samopomoći, pa se tako biblioterapija opisuje u tom smislu kao pristupačnija i jeftinija za pacijenta (17). Za razliku od farmakološke terapije kojoj je cilj vratiti narušenu ravnotežu u neurotransmitskim sustavima, ovaj način liječenja više se usredotočuje na psihološke determinante poremećaja kockanja (29).

10.4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija

KBT je problemski orijentirani pristup liječenju koji ujedinjuje principe kognitivne terapije s bihevioralnom komponentom. Kognitivna terapija bavi se mislima, stavovima i vjerovanjima pacijenta, koji se smatraju uzrokom problematičnog obrasca ponašanja, kao žudnja ili nagon za kockanjem. Radi se pritom na ispravljanju iracionalnih misli te kognitivnih distorzija. U to se ubrajaju pretjerano samopouzdanje vezano uz identifikaciju sustava za pobjeđivanje u igrama na sreću ili mogućnost kontrole i predviđanja pobjede, vjerovanje kako bi neki rituali ili određena ponašanja mogla pomoći u postizanju pobjede, ili razvijena statistički kriva vjerovanja o samim igrama. Može se raditi kroz pisanje dnevnika u koji pacijent bilježi njemu značajne događaje, osjećaje i misli. Cilj je bihevioralne komponente, pak, identifikacija vanjskih podražaja odnosno okidača te učenje pravilnog odgovora na te okidače, kao i traženje i promoviranje alternative za kockanje. U bihevioralne terapije svrstava se i terapija izlaganjem, u kojoj se nastoji pacijenta staviti upravo u ono okruženje koje je puno okidača kako bi se izazvala žudnja za kockanjem, a tada se postupno razvija samokontrola koja omogućuje pacijentu da se odupre tom nagonu. Uz sve to,

pacijente se educira o tehnikama vođenja financija. Danas se smatra jednim od najboljih izbora za liječenje pacijenata s poremećajem kockanja (16,29,31).

10.4.2. Individualna i grupna terapija

Individualna psihoterapija pronašla je svoje mjesto u liječenju ovisnosti o kockanju kao način rješavanja ambivalentnosti pri odluci o liječenju, odnosno niza emocionalnih kriza i otpora, apelirajući na pacijentovu odgovornost. Koristi se i kao potpora grupnoj terapiji. Grupne se terapije smatraju odličnim izborom pri liječenju, uključujući socijalizaciju, tehniku zrcaljenja, potporu te princip „ovdje i sada“. Radi se uglavnom u srednje velikim grupama sa 10 do 15 članova, a oba modaliteta mogu se provoditi institucionalno te pomoću grupa (12).

10.4.3. Obiteljska i bračna terapija

S obzirom na posljedice koje osim pacijenata osjete i njihove obitelji te partneri, vrlo je važno razmatrati terapijski modalitet koji bi i njih uključivao kao aktivne sudionike cijelog procesa terapije. Cilj je kroz zajedničku psihoterapiju poboljšati međusobnu komunikaciju, pomoći objema stranama da shvate kockanje i njegove posljedice, a poglavito utjecaj koji ono ima na njihov odnos. Tremblay i autori u svojem istraživanju navode sveukupno pozitivnije iskustvo kod onih pacijenata koji su sudjelovali u terapiji parova umjesto u individualnoj terapiji, iako su pacijenti podjednako zadovoljni s obje terapijske opcije. Ipak, dodatno je pokazano kako većina pacijenata smatra da njihovi partneri imaju velik doprinos u promjenama njihovog ponašanja te prevenciji relapsa. Zbog svega navedenog, jasno je kako se radi o jednoj obećavajućoj i kvalitetnoj terapijskoj mogućnosti (32).

10.4.4. Grupe samopomoći

Grupe samopomoći su odlična alternativa stručnoj pomoći, najviše zbog svog velikog dosega uz nisku cijenu. Radi se o izvanzdravstvenim ustanovama koje vode stručni voditelji, a čija je zadaća da uz ljude koji su imali isti problem pomognu pacijentima da oni pomognu sami sebi. Takva kontinuirana terapija niskog intenziteta, no visoke

učestalosti s dugim trajanjem pokazala se kao učinkovit način uspostave, ali i dugoročnog održavanja apstinencije od kockanja, kao i psihosocijalnog razvoja kako pacijenta, tako i njegove obitelji (12).

11. Prevencija

S obzirom na prevalenciju problemskog kockanja u adolescenata i činjenicu kako između 4 i 8 % adolescenata ima ozbiljne posljedice vezane uz kockarsko ponašanje (11), jasno je kako je potrebno razvijati preventivne programe u što ranijoj dobi, idealno prije početka adolescencije, odnosno u školskom okruženju. Iako postoje preventivni programi usmjereni studentskoj populaciji, oni su vrlo rijetki, pa je time i teško procijeniti njihovu učinkovitost, no svakako pružaju veliki potencijal. Modeli prevencije koji se spominju u literaturi se mogu bazirati na potpunoj apstinenciji od kockanja i na redukciji štete uzrokovane rizičnim ponašanjem kao primarnim mjerama prevencije, ali i stvaranjem programa odgovornog kockanja kao način sekundarne, odnosno tercijarne prevencije za one koji već imaju problem s poremećajem kockanja.

Prvi princip jasno naglašava zakonske okvire i na taj način čvrsto isključuje adolescente iz bilokakvog pokušaja kockarskog ponašanja.

S druge strane, pristup smanjenja štete nastoji umanjiti težinu negativnih posljedica koje uzrokuje sudjelovanje u rizičnim ponašanjima, pa tako i kockanju, i to identifikacijom rizičnih i protektivnih čimbenika, a zatim njihovim smanjenjem odnosno jačanjem. Program odgovornog kockanja važan je zbog toga što pruža uvid u štetnosti kockanja u zajednici te omogućuje lakši pristup liječenju. U sklopu ovog programa postoje jasno definirane smjernice koje ukazuju na to kad kockanje prestaje biti izvor zabave (odnosno rekreativno kockanje) i postaje poremećaj. Izbor između navedenih je svakako izazov, a dijelom i dio političkih rasprava, no vrlo je teško, gotovo i nerealno, očekivati od osobe adolescentske dobi da će se u potpunosti kloniti bilokakvog rizičnog ponašanja, pogotovo kada je time okružena od strane vršnjaka (11,13). Floros u svojoj studiji tvrdi kako bi konačan cilj preventivnih mjera trebao biti poduprijeti adolescente u tome da postanu informirani i analitički orijentirani konzumenti, koji ako će se i upuštati u rizične aktivnosti, to će potencijalno

rezultirati puno manjim razvojem problematičnog ponašanja (11). Što se konkretnih mjera tiče, prvi preventivni program koji je polučio uspjeh među brojnim programima koji se temelje na redukciji štete bio je kanadski program naziva „Naslagani špil“ (eng. *Stacked Deck*) koji je izrađen od strane Williamsa i suradnika, a poseban značaj ovog programa pokazuje činjenica kako je došlo do statistički značajnog smanjenja frekvencije kockanja četiri mjeseca nakon provedenog programa. U Republici Hrvatskoj spominje se program naziva „Tko zapravo pobjeđuje?“ koji se razvijao u razdoblju od 2010. do 2015. godine, a od 2016. je implementiran u srednje škole diljem Hrvatske. Iako je uspio statistički značajno poboljšati znanje i smanjiti kognitivne zablude, nije bilo uspjeha u smanjenju broja problematičnih kockara. Unatoč tome, stalnim razvijanjem preventivnih programa radom interdisciplinarnih timova stvara se dobar temelj za pozitivne promjene, kako u Republici Hrvatskoj, tako i drugdje (13).

12. Zaključak

Patološko kockanje zbog svoje visoke prevalencije u odrasloj, a pogotovo u adolescentskoj populaciji predstavlja globalni javnozdravstveni problem, iako je tek nedavno prepoznato i priznato kao bihevioralna ovisnost. S obzirom na masivni porast popularnosti igara na sreću, važno je razvijati populaciju educiranu o svim rizicima i posljedicama ulaženja u rizična ponašanja, a daljnjim istraživanjem, prepoznavanjem važnosti što ranijeg dijagnosticiranja, ali i otkrivanjem novih i uspješnijih terapijskih opcija svakako se može postići poboljšanje ishoda liječenja, a time i bolje individualno funkcioniranje, koje će onda pridonijeti i zdravlju zajednice.

13. Zahvale

Zahvaljujem se svojoj mentorici, docentici Zrnki Kovačić Petrović na svojoj pomoći, savjetima i ljubaznosti koja mi je pružena za vrijeme izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se svim profesorima i djelatnicima Medicinskog fakulteta u Zagrebu, koji su svaki na svoj način dali veliki doprinos u mojem obrazovanju.

Na kraju, od srca zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na svojoj ljubavi, potpori i lijepim trenucima koje su mi pružili za vrijeme mojeg školovanja, jer bez njih ne bih postala osoba kakva sam danas.

14. Literatura

1. American Psychiatric Association. Addictions [Internet]. [pristupljeno 11.5.2022.]. Dostupno na: <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction>
2. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *Int J Prev Med.* 2012;4:290-4.
3. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990; 85: 1403-1408.
4. Griffiths M. Nicotine, tobacco and addiction. *Nature.* 1996;384(6604).
5. Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10 – Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja – klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija. Folnegović-Šmalc V. (ur.) Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
6. World Health Organisation. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th ed.) [Internet]. [pristupljeno 10.6.2022.]. Dostupno na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1041487064>
7. Jukić V, Arbanas G. (ur.) Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5). Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
8. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to Behavioral Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010 September ; 36(5): 233-41.
9. Abbott M. The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm. Discussion Paper developed for the WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours; 2017.
10. Subramaniam M, Wang P, Soh P, Vaingankar JA, Chong SA, Browning CJ, et al. Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: A systematic review. *Addictive Behaviors.* 2015 Feb 1;41:199-209.
11. Floros G. Gambling disorder in adolescents: prevalence, new developments, and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther* [Internet]. 2018 Mar [pristupljeno 18.5.2022.];9:43-51. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535564/>
12. Zoričić Z, Torre R, Orešković A. Kockanje i klađenje-ovisnosti novog doba. *Medicus* 2009;18(2):205-209.

13. Tomašić L, Kovačić Petrović Z. Gambling Disorder – Prevention in Adolescents. *Socijalna Psihijatrija*. 2021; 79 (3): 179-201.
14. Pérez-Albéniz A, Gil M, Díez-Gómez A, Martín-Seoane G, Lucas-Molina B. Gambling in Spanish Adolescents: Prevalence and Association with Mental Health Indicators. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 1 [pristupljeno 13.5.2022.];19(1). dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35010388/>
15. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
16. C Yau YH, Potenza MN. Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment HHS Public Access. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):134-46.
17. Rash CJ, Weinstock J, van Patten R. A review of gambling disorder and substance use disorders. *Subst Abuse Rehabil*. 2016; 7: 3-13. dostupno na: <http://dx.doi.org/10.2147/SAR.S83460>
18. Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ, Oldenhof E, Toumbourou JW, Youssef GJ. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2017; 51:109-24.
19. Salonen AH, Castrén S, Alho H, Lahti T. Concerned significant others of people with gambling problems in Finland: a cross-sectional population study. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 Apr 24 [pristupljeno 17.5.2022.];14(1). dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758313/>
20. Tulloch C, Hing N, Browne M, Rockloff M, Hillbrecht M. The effect of gambling problems on the subjective wellbeing of gamblers' family and friends: Evidence from large-scale population research in Australia and Canada. *J Behav Addict* [Internet]. 2021 Nov 16 [pristupljeno 17.5.2022.];10(4):941-52. dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783679/>
21. Watson D. Neuroticism. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. c2001;10609-12.
22. Dash GF, Slutske WS, Martin NG, Statham DJ, Agrawal A, Lynskey MT. Big 5 Personality Traits and Alcohol, Nicotine, Cannabis, and Gambling Disorder Comorbidity. *Psychol Addict Behav*. 2019; 33(4): 420-429. doi:10.1037/adb0000468.
23. Heinström J. Negative affectivity – the emotional dimension. *From Fear to Flow*. Cambridge: Chandos Publishing; 2010;75-103.

24. Granero R, Fernández-Aranda F, Pino-Gutierrez A del, Etxandi M, Baenas I, Gómez-Peña M, et al. The prevalence and features of schizophrenia among individuals with gambling disorder. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2021 Apr 1 [pristupljeno 13.5.2022.];136:374-83. dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639330/>.
25. Parhami I, Mojtabai R, Rosenthal RJ, Afifi TO, Fong TW. Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms. *J Psychiatr Pract*. 2014;20(3):207-19
26. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict* [Internet]. 2018 Dec 1 [pristupljeno 11.5.2022.];7(4):1091-9. dostupno na: <https://akjournals.com/view/journals/2006/7/4/article-p1091.xml>
27. Kuldija A, Hasanović M, Pajević I, Jakovljević M, Hasanović M. GAMBLING DISORDER AS AN ADDICTIVE DISORDER AND CREATIVE PSYCHOPHARMACOTHERAPY. *Psychiatria Danubina*. 2021; 33(4):1118-1129.
28. Kovačić Petrović Z, Bodor D. Nove ovisnosti-ovisnost o ponašanju. U: Jukić V i sur. *Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća*. Zagreb: Medicinska naklada, 2018, str. 56-65.
29. Ribeiro EO, Afonso NH, Morgado P. Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2021 [pristupljeno 11.5.2022.]; 21:105. dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>
30. O'Neill K. *Psychoeducation for Problem Gambling. Evidence-Based Treatments for Problem Gambling*. Springer, Cham; 2017 [pristupljeno 10.6.2022.] 9-17. dostupno na: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-62485-3_2
31. Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2017 Dec 1 [pristupljeno 18.5.2022.];31(8):951. dostupno na: </pmc/articles/PMC5714688/>
32. Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Blanchette-Martin N, Ferland F, Savard AC, et al. The Experience of Couples in the Process of Treatment of Pathological Gambling: Couple vs. Individual Therapy. *Front Psychol* [Internet]. 2018 Jan 24 [pristupljeno 12.6.2022.];8:2344. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29416520/>

15. Životopis

Osobni podatci:

Ime i prezime: Ivana Kraljević

Datum i mjesto rođenja: 8.6.1997., Zagreb

Obrazovanje:

2004.-2012. – OŠ Matka Laginje, Zagreb

2004.-2010. – Glazbena škola Pavla Markovca, Zagreb

2012.-2016. – XV. Gimnazija (MIOC), Zagreb

2016.-2022. – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Rad i volontiranje:

2016.-2022. – volontiranje u aktivnostima udruge CroMSIC

2017.-2018. – demonstrator na Katedri za anatomiju Medicinskog fakulteta

2020. – sudjelovanje u radu Znanstveno-programskog odbora CROSS16

2022. – sudjelovanje u radu Znanstveno-programskog odbora CROSS17

Ostalo:

- poznavanje engleskog, njemačkog, francuskog i španjolskog jezika

Interesi:

obiteljska medicina, endokrinologija, psihijatrija