

Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok"
Virovitičko-podravske županije

— ELVIRA KOIĆ —

problematično i patološko

KOCKANJE

KOCKANJE



ELVIRA KOIĆ

problematično i patološko

KOCKANJE





Autorica

prim. mr. sc. Elvira Koić, dr. med.

Nakladnik

Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok"
Virovitičko-podravske županije

Suradnici i recenzenti

doc. dr. sc. Veljko Đorđević, prim. dr. med.
prof. dr. sc. Pavo Filaković, prim. dr. med.
Sanea Nađ, dr. med.
mr. sc. Miroslav Venus, dr. med.
Siniša Brlas, prof.

Lektorica

Marija Karácsonyi, prof.

Grafička priprema i tisak

Grafiti Becker, Virovitica

Naklada

500 primjeraka

CIP zapis dostupan u...

Virovitica 2009.

ISBN 978-953-55137-3-5



Priručnik je dio projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa (MZOS) 108-1080316-0300, "Zdravlje na radu i zdravi okoliš", čiji je voditelj prof. dr. sc. Jadranka Mustajbegović, dr. med., Medicinski fakultet Zagreb.


Izvorni je rad objavljen u znanstvenom časopisu Collegium Antropologicum.

Koic E, Djorđević V, Filaković P, Nadj S. "Alea Iacta Est" (A Case Series Report of Problem and Pathological Gambling). Coll. Antropol. 33 (2009) 3:961-971. Case report.

Molimo da se prilikom korištenja podataka navede izvor.

Nakladnik i autorica zahvaljuju Povjerenstvu za suzbijanje bolesti ovisnosti Virovitičko-podravске županije i Gradu Virovitici na potpori.

Sadržaj

- 
- 8 Sažetak
- 10 Uvod - Definicija problema
- 12 Epidemiologija i sociodemografski profil
patoloških kockara
- 14 Etiologija
Biopsihosocijalno – duhovni poremećaj
- 18 Diferencijalna dijagnoza
Prikaz bolesnika Br. I. - Problematično kockanje
- 22 Dijagnostika
*Prikaz bolesnika Br II. Patološko kockanje -
poremećaj kontrole impulsa*
- 25 Tijek poremećaja
*Prikaz bolesnika Br. III. - Patološko kockanje -
simptom velikog depresivnog poremećaja*
- 28 Terapija i obiteljska sklonost

- 31** Psihijatrijski komorbiditet je pravilo,
a ne izuzetak
*Prikaz bolesnika Br. IV. Patološko kockanje
- dio kliničke slike poremećaja osobnosti*
- 36** Forenzički aspekti
Prikaz bolesnika Br. V. – vještačenje
- 42** Žene i kockanje
*Prikaz bolesnika No VI. – žena M. K.
Prikaz bolesnika No VII. – žena N.O.*
- 47** Utjecaj na obitelj
- 50** Zaključak
- 52** Literatura
- 56** O autorici



Kockanje ili kocka zajednički je naziv za skup raznovrsnih igara, ponašanja i aktivnosti, koje uključuju ulaganje novca, uz rizik i nadu u očekivanje pozitivnog ishoda, tj. igrač riskira i nada se da će povratiti uloženo ili dobiti više od toga.

Kada igrač nije u mogućnosti kontrolirati poriv za kockanjem, a izvođenjem tog čina šteti sebi ili drugima, govorimo o tzv. “patološkom kockanju”, koje je prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti jedna od šest kategorija tzv. “poremećaja kontrole poriva”.

Kako trenutačno u Hrvatskoj nema standardiziranih programa i razvijenog pristupa problemu kockanja, a s obzirom na sve veće razmjere koje ono dobiva u proporcionalnom odnosu s dostupnošću i masovnošću

“igara na sreću”, prikazana je serija sedam slučajeva kao uvod u širu javno-zdravstvenu diskusiju o kompleksnom problemu patološkog kockanja, s medicinskog - psihijatrijskog i forenzičkog aspekta.

Prvi prikazani bolesnik liječen je izvanbolnički kognitivno-bihevioralnom i obiteljskom terapijom zbog problematičnog kockanja, u drugog je kockanje bilo simptom psihotičnog oblika depresivnog poremećaja, treći je liječen zbog poremećaja kontrole poriva, četvrti bolesnik je primarno poremećene osobnosti, a peti je sudski procesuiran i psihijatrijski vještačen, jer je počinio kazneno djelo pljačke i razbojništva. Šesti i sedmi prikazani slučaj su žene oboljele od primarnog bipolarnog afektivnog i velikog depresivnog poremećaja.

Zbog veličine problema i posljedica koje donosi, izuzetno je važna prevencija patološkog kockanja. Ona se može provesti prije svega primarnim *screeningom* u školama i u primarnoj liječničkoj skrbi, a sekundarnim u sustavu psihijatrijskih ustanova. Nužno je ulaganje u istraživanja, edukaciju šire populacije i izradu preventivnih programa.

Gljučne riječi:

patološko kockanje, poremećaji kontrole poriva, opsesivno prisilni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj, depresija, mentalno zdravlje, forenzička psihijatrija, ekspertiza, psihofarmakoterapija, psihoterapija, socijalna patologija, ličnost.



Kockanje ili kocka zajednički je naziv za sve hazardne igre koje uključuju ulaganje novca, uz rizik i nadu u očekivanje pozitivnog ishoda (tj. da će igrač dobiti ono što je uložio ili više od toga)¹.

Bilješke o kockanju postoje još od 5000 godina prije Krista, a susrećemo ih i u Bibliji (“Razdijeliše među se haljine moje i za odjeću moju baciše kocke.”)². Kraepelin i Bleuler opisivali su pojam “gambling mania”, poremećaj koji uključuje panični poremećaj, ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) i različite varijacije poremećaja kontrole impulsa³.

Već davno prije toga upoznali smo Alekseja Ivanoviča i druge likove iz romana “Kockar” Fjodora Mihajloviča Dostojevskog⁵, Johna Henryja “Doc” Hollidaya⁶ kao i brojne

druge likove avanturističkih filmova o kockarima u glamuroznim okruženjima lijepih žena, luksuznog života i dokolice, uvijek praćenih strašću za rizičnom igrom.

U današnje doba, sve veća dostupnost “igara na sreću”, uključujući internet, masovnost i prihvaćanje kockanja kao legalnog obrta, dovela je do učestalijeg pojavljivanja i patološkog kockanja, koje je od 1980.g. uvršteno u Međunarodnu klasifikaciju bolesti⁴.



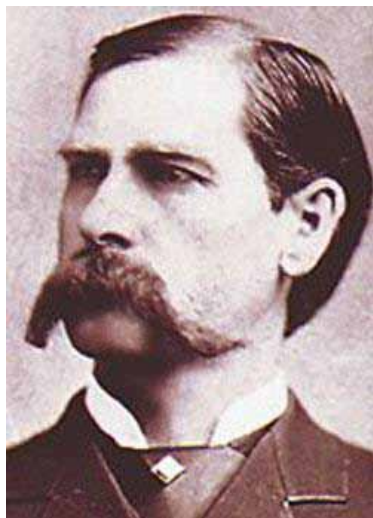


John Henry - "Doc" Holliday⁶

U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti DSM-IV i ICD-X, patološko je kockanje (312.3 vrs. F63.0 ili Z72.⁶-) kao jedna od šest kategorija svrstano u poglavlje "Poremećaji kontrole poriva"⁷. Ono sadrži bitno zajedničko obilježje te skupine poremećaja, a to je nemogućnost otpora porivu, nagonu ili iskušenju, odnosno, nesposobnost suzdržavanja od izvođenja čina koji je opasan ili šteti samoj toj osobi ili drugima. Ostali poremećaji u tom poglavlju su: F63.8 intermitentni

eksplozivni poremećaj, F63.2 kleptomanija, F63.1 piromanija, F63.3 trihotilomanija i F63.9 poremećaj kontrole poriva, neodređen.

Drugo zajedničko obilježje tih poremećaja je da osoba ima rastući osjećaj napetosti ili uzbuđenja prije čina. Za vrijeme samog čina osjeća užitek, zadovoljenje ili olakšanje, a nakon čina mogu se, ali i ne moraju, javiti žaljenje, predbacivanje ili osjećaj krivnje⁸.



Wyatt Earp

Prema dostupnim podacima prevalencija patološkog kockanja mogla bi iznositi 1-4% opće populacije odraslih, od kojih je 3.9% patoloških, a 9.5% problematičnih kockara⁹.

Prema istraživanju Pasternaka i suradnika (1999.), patološko kockanje tipično počinje u ranoj adolescenciji kod muškaraca, a kasnije u životu kod žena. Adolescenti su rizični zbog same prirode razvoja i odrastanja, praćene znatiželjom i otkrivanjem svojih granica. U dobnoj skupini od 17 do 35 godina muškarci su zastupljeni s 28%, a žene s 10%. Najčešći su kockari u dobnoj skupini od 35 do 45 godina (54-58%), a u dobi od 55 do 65 godina muškarci su zastupljeni u 16%, a žene u 18% slučajeva. Dva do četiri posto kockara su u dobnoj skupini osoba starijih od 65 godina.

Oni se uglavnom u dopodnevним satima vidaju u kockarnicama gdje se rekreiraju, jer im je dosadno ili žele popraviti proračun uglavnom ograničenog fiksnog priljeva sredstava. Kod njih je ponekad kritična kognitivna procjena, a zbog malih prihoda kockanje čini veću štetu u manje vremena. Prosjek godina ispitivanih subjekata je 44 ± 14 (u rasponu od 21 do 72 godine). Polovica su oženjeni, 27 posto samci, a ostali su razvedeni (20%) ili udovci (3%). Većina ih je stekla srednjoškolsku diplomu ili završila koledž, radnici su, službenici ili tehnički personal s prosječnim zaradama¹⁰. Muškarci su specifična rizična populacija, a pojavljuju se u odnosu na žene u omjeru 2:1. U posljednje vrijeme neke forme kockanja, poput igre "Bingo", koji je uglavnom legaliziran kao relativno sigurna forma ispunjavanja dokolice, utječe

profil patoloških kockara

međutim na porast problema vezanih uz kockanje, posebno kod žena. Sve veći je i utjecaj popularnih kompjuteriziranih igara, video terminala (poker, slot) i on-line kockanja putem interneta (on-line casino). Najugroženija je već zahvaćena populacija, a posebno su rizični zatvorenici, zaposlenici u casinima (oko 2% ih ima problem), vojnici i umirovljeni ratni veterani¹¹.

U prevalenciji i tipu kockanja postoje i kulturološke raznolikosti, pa su neke igre specifične za određene sredine (npr. borbe pijetlova, utrke konja, poker Pai Gow, ruski rulet...). Utjecaj kulturalnih čimbenika osjeti se i kod imigranata, posebno ako ne poznaju jezik okruženja u kojem prebivaju. Tada organiziraju tradicionalne igre iz svojih domicilnih sredina i sudjeluju u njima.¹²

Za Hrvatsku za sada nema epidemioloških podataka.

Sudjelovanje u igrama poput lotto, bingo, instant lutrija, te klađenja u sportskim kladionicama aktualno je masovnije nego u “klasičnim” vrstama kockanja (karte – poker, blackjack, baccarat), utrkama konja ili pasa. U casinima se najčešće igra rulet, igre kartama i kockama. Popularno je i klađenje na rezultate u tzv. “igramama vještina” kao što su kuglanje, golf ili burzovno mešetarenje kratkim prodajama.

Najčešći su kockari u dobnoj skupini od 35 do 45 godina (54-58%)

Polovica su oženjeni, 27 posto samci, a ostali su razvedeni (20%) ili udovci (3%). Većina ih je stekla srednjoškolsku diplomu ili završila koledž, radnici su, službenici ili tehnički personal s prosječnim zaradama¹⁰

Budući da kockanje uništava obitelj i ima medicinske posljedice, liječnici i drugi javno-zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni učinka kockanja⁴. Istraživanja u nekim zemljama pokazala su da jednostavnija dostupnost i veće mogućnosti kockanja uzrokuju i veći broj kockara s problemima. Iako taj odnos ne mora biti proporcionalan, nedvojbeno je zdravstveni problem, a ekspanzija kockanja predstavlja značajan javno-zdravstveni rizik, koji treba biti prepoznat⁹.

Patološko kockanje je kompleksni bio-psihosocijalni poremećaj, čija se etiologija još istražuje, a združeno je s brojnim faktorima kao što je sociokulturno zaleđe, osobnost, pridruženi simptomi drugih psihičkih poremećaja.

Ono se često smatra ovisnošću, mada za razliku od npr. alkoholizma, kod kockanja nema unošenja sredstva ovisnosti izvana niti uočljivih tjelesnih tegoba (poput otežanog govora ili posrtanja).

Sličnosti s drugim ovisnostima su: gubitak kontrole, preokupiranost, negativan utjecaj na većinu životnih područja, tolerancija, sindrom ustezanja, uključivanje u grupe samopomoći u liječenju njih samih, kao i članova njihovih obitelji, stigmatizacija. Razlike uključuju fantazije o uspjehu i utjecaju, kognitivne distorzije, iracionalno ponašanje. Kod kockara nema bioloških testova za otkrivanje, nema samoograničenja i brže se stvaraju financijski problemi¹³.

i poremećaj

Psihološke promjene su u odnosu s moždanim fiziološkim promjenama, a vjerojatan neurobiološki uzrok dovodi se u vezu s hipo ili hipersenzitivnošću i noradrenergičkog i serotonergičkog sustava koji je u svezi i s kompulzivnim poremećajem. Tijekom uživanja u igri povisuje se sekrecija epinefrina, raste plazma koncentracija beta-endorfina. Sekrecija kateholamina raste, ali ne značajno. Srčana frekvencija značajno je veća, a taj porast je u relaciji s promjenama raspoloženja i euforijom. Usputna navika pušenja može dovesti i do nikotinske ovisnosti. Nikotin inducira dopaminsku sekreciju, a afektivni i kognitivni status mijenja se djelovanjem beta-endorfina. Imunološki sustav i ritam srca također reagiraju, jer porast beta-endorfina djeluje imunosupresorski, aktivira imunološki sustav i sekreciju

norepinefrina koja korelira sa srčanim ritmom. Značajan porast dopaminergičke sekrecije sugerira da aktivnost dopaminskih neurona ima refleksije u fiziološkim procesima i motivira ljude da opetovano igraju igre¹⁴.

Genetičke studije poput Eisenkove, koji je analizirao 3359 parova blizanaca, vode ka zaključku da se obiteljski faktori (genetski i okolinski) pojavljuju u 56% - 62% u patoloških kockara, sa značajnom evidencijom o obiteljskoj sklonosti. Monozigotični (MZ) i dizigotični (DZ) blizanci patoloških kockara imaju životnu prevalenciju za kockanje od 22,6% i 9,8%, koja je značajno viša nego u općoj populaciji. Na žalost, sve su studije rađene samo na muškim subjektima pa se ne mogu primijeniti na žene kockare, tj. nisu istražene rodne razlike, osim na manjim skupinama¹⁵.

Psihodinamski, realizacija kockarskog poriva u vezi je s potrebom za izražavanjem seksualnih i agresivnih nagona. U podlozi kockanja česta je depresija, koja predstavlja nesvjesnu potrebu za gubljenjem ili doživljavanjem kazne za nesvjesni osjećaj krivnje. Narcističke grandiozne i omnipotentne fantazije vode vjerovanju da se može kontrolirati događanja i predvidjeti ishode. Teorije ponašanja vide kockanje kao maladaptivno ponašanje, a kognitivne hipoteze su usmjerene na brojne greške percepcije koje remete lokus kontrole i dovode do kognitivnih promjena¹⁶.

Pri utvrđivanju etiologije svakako treba isključiti organske poremećaje poput ozljeda glave, tumora na mozgu, degenerativnih bolesti i endokrinih poremećaja na temelju karakterističnih nalaza za svaki od njih. Zato svakako treba učiniti CT- scan mozga, EEG i RTG prikaz radi isključenja ozljeda i eventualnog postojanja moždane abnormalnosti, epilepsije temporalnog režnja ili miješane cerebralne dominacije. Treba isključiti endokrine poremećaje, antisocijalni poremećaj ličnosti, poremećaje vezane uz psihoaktivne tvari, tj. uporabu droga ili alkohola.

U kliničkom uzorku 19-50% kockara ima povijest alkoholne ili ovisnosti o drogama. Alkohol kod bolesnika s poremećajem kontrole poriva smanjuje mogućnost nadziranja poriva (dezinhibicija), a utvrđeno je da su obiteljska sklonost kockanju i ovisnost o alkoholu češći među roditeljima osoba s patološkim kockanjem nego u općoj populaciji. Gubitak sposobnosti prosudbe i pretjerano kockanje mogu se javiti i kao popratno obilježje maničnih epizoda u bipolarnom afektivnom poremećaju. U shizofreniji se mogu javiti sumanutosti ili halucinacije kojima se ponekad može objasniti realizacija poriva za kockanjem¹⁷.



Kockati znači “staviti sve na kocku, pa što sreća donese, igrati se slučajem”. U tzv. profesionalnom kockanju stega je najvažnija, a rizici su ograničeni. Socijalni, društveni tip kockanja traje ograničeno razdoblje uz predviđene i prihvatljive gubitke (85% populacije). Ono može biti: nefrekventno, epizodično kockanje (manje od jednom na mjesec) ili frekventno, redovito kockanje (barem jednom na mjesec). Možemo razlikovati osobe s rizikom od razvoja problematičnog kockanja (koje kockaju često i ponavljano u posljednjih 18 mjeseci) i osobe visokog rizika za razvoj problematičnog kockanja, koje kockaju ponavljano i učestalo i imaju jedan ili dva problema povezana s kockanjem (npr. kratkotrajan “lov na dugove” ili gubitak kontrole), a koji ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za patološko kockanje. Problematično kockanje je ono koje je kod osobe već izazvalo

probleme u većim životnim područjima, uključujući odnose, bračni status, zaposlenje, financije ili zakonske probleme (5-6% ili 5%-22% populacije ovisno o istraživanjima).

Problematični kockari kockaju učestalo i imaju tri ili četiri problema u svezi s kockanjem. Patološko ili kompulzivno, kockanje, “ovisnost o kockanju” (1% populacije ili čak 7%-26%, ovisno o istraživanju) definira se kod osoba koje u posljednjih 18 mjeseci učestalo kockaju i imaju pet ili više problema povezan s kockanjem¹⁸.

Razlikujemo

Profesionalno kockanje

Socijalni, društveni tip

kockanja koji traje ograničeno razdoblje uz predviđene i prihvatljive gubitke (85% populacije).

Nefrekventno, epizodično

kockanje, manje od jednom na mjesec.

Frekventno, redovito

kockanje, barem jednom na mjesec.

Osobe s rizikom od razvoja problematičnog kockanja

kockaju često i ponavljano u posljednjih 18 mj.

Osobe visokog rizika za razvoj problematičnog

kockanja kockaju ponavljano i učestalo i imaju 1 ili 2 problema povezana s kockanjem.

Problematično kockanje, koje

je kod osobe već izazvalo probleme u većim životnim područjima, uključujući odnose, bračni status, zaposlenje, financije ili zakonske probleme (5-6% 5%-22% populacije).

Problematični kockari kockaju učestalo i imaju 3 ili 4 problema u svezi s kockanjem. (oni su i visoko rizični).

Patološko ili kompulzivno

kockanje, ovisnost o kockanju (1% populacije, 7%-26%).

Patološki kockari se definiraju kao osobe koje u posljednjih 18 mjeseci učestalo kockaju i imaju 5 ili više problema povezanih s kockanjem.



Prikaz bolesnika Br. I. - Problematično kockanje

B. A. je 46-godišnji oženjeni medicinski tehničar, otac dvoje djece, zaposlen. Prvi put se zbog problema s kockanjem javlja liječniku 2002. godine. Pet godina prije toga odlazi u automat klub, gdje troši veće količine novca. On je iznad prosječnog mentalnog funkcioniranja, umjereno ekstrovertiran, prosječne emocionalne stabilnosti. Neprilagodljiv je, stereotipan, radoznao, sklon

pustolovinama, voli rizike i promjene. Ponekad djeluje neusmjereno i besciljno. Na insistiranje supruge dolazi na liječenje koje započinje i nastavlja se ambulantno, izvanbolnički, bihevioralnom i obiteljskom psihoterapijom, koju je vodio psiholog.

Težište terapije bilo je na povećanju samokontrole i traženju cilja koji će za njega biti privlačan, uzbudljiv, a

kojemu je ishod neizvjestan, te da je taj cilj istodobno poželjan i drugim članovima obitelji. Tehnikama neurolingvističkog programiranja (NLP) započelo se s “dobro oblikovanim ishodima”. Po načelima kognitivno-bihevioralne terapije (CBT) pronalazeni su novi putovi kretanja, novi oblici ponašanja u kući. Supruga je uključivana u zajedničke seanse, a provodio se i trening komunikacije, odvojeno i s oba supružnika zajedno. On je u tom razdoblju tražio različite legalne putove za dodatnu zaradu, bio je zadovoljan i osjećao se slobodno.

Tijekom 2003. godine, dolazi do pogoršanja komunikacije u obitelji. Raste potreba za vraćanjem starim navikama. Od psihoterapeuta traži podršku za slobodu u kockanju. Tada naposljetku recidivira i

stvara si veći dug. Ponovno se nevoljko uključuje u tretman 2004. godine. I dalje tvrdi da može kontrolirati svoju potrebu za kockanjem, mada to nije realno. Danas i dalje kocka. U dugovima je. Komunikacija u obitelji gotovo da i ne postoji. Izbjegava dolaziti kući. Tek ponekad se javi psihoterapeutu, kako bi dogovorio termin, na koji ne dolazi. Supruga je u međuvremenu pokrenula postupak razvoda braka kako bi zaštitila svoju imovinu i imovinu njihove djece.

Dijagnoza patološkog kockanja postavlja se prije svega na osnovi dobivenih anamnestičkih podataka, najčešće prema kriterijima Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-10) ili Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)^{7,8}. Ti kriteriji patološko kockanje opisuju kao “poremećaj kontrole impulsa” i politetički daju listu od 10 karakteristika, od kojih pet mora postojati za postavljanje dijagnoze, te postojanje “dvije ili više epizoda kockanja u razdoblju od najmanje godine dana”. Research Diagnostic Criteria (RDC) mogu biti korišteni za studije koje determiniraju prevalenciju patološkog kockanja u općoj populaciji⁹. Koristan je i tzv. “Lie/Bet upitnik”. On sadrži dva pitanja koja specifično upozoravaju na postojanje problematičnog kockanja:

1. “Jeste li ikada trebali sve više i više novca za kockanje?”

2. “Jeste li ikada trebali lagati vama važnim ljudima o svom kockanju?” Uputno je dodati i klinička pitanja u procjeni globalne kvalitete života. Npr. **“Koliko vremena trošite na kockanje? Koliko vam je kockanje važno? Planirate li putovati samo tamo gdje je moguće kockanje? Kockate li sami? Koje vam je probleme kockanje izazvalo?”**²⁰. U kliničkoj evaluaciji koristi se i strukturirani intervju od 20 pitanja s određenjima DSM-IV kriterija za patološko kockanje - Dijagnostički intervju za procjenu ozbiljnosti kockanja (Diagnostic Interview for Gambling Severity -DIGS)²¹. Najčešće korišten instrument za ispitivanje prevalencije i kao pomoć u identifikaciji pacijenata s problemom patološkog kockanja u općoj populaciji je skala “South Oaks Gambling Screen” (SOGS). Prema toj skali od 20 itema, koja se ispunjava 5-10 minuta, više od četiri ili pet bodova znači patološko kockanje²².

Strukturirani intervju koji se također koristi za određenje prevalencije problematičnog kockanja u populaciji je NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS National Opinion Research Center), a sadrži 17 pitanja dizajniranih prema DSM-IV kriterijima. NODS klasificira ne-kockare; nisko-rizične (kockare koji nemaju adverzivne efekte), kockare s rizikom (kod kojih se nalazi jedan ili dva od DSM kriterija), problematične (koji pokazuju tri ili četiri kriterija) i

patološke (kod kojih se sreće pet ili više kriterija)²³. Razvijeno je još nekoliko popularnih skala: Indeks ozbiljnosti kockanja (Gambling Severity Index - GSI) range = 0 to 1, with 1= maximum severity), Cumulative Clinical Signs Method (CCSM), Brief Symptom Inventory (BSI), California Personality Inventory (CPI), Massachusetts Gambling Screen (MAGS) i popularni upitnik "Twenty Questions (GA-20)" koji nudi udruga Anonimnih kockara (The Gamblers Anonymous)²⁴.

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)
- Research Diagnostic Criteria (RDC)
- South Oaks Gambling Screen (SOGS): Henry Lesieur , Sheila Blume. The Sout Oaks Gambling Screen (SOGS). Version 1992. SOGS-RA
- Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS):
- the Gamblers Anonymous questionnaires. Twenty Questions.
- NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS):
- Cumulative Clinical Signs Method (CCSM):
- Brief Symptom Inventory (BSI):
- California Personality Inventory (CPI):
- Massachusetts Gambling Screen (MAGS):

Prikaz bolesnika Br. II. - Patološko kockanje - poremećaj kontrole impulsa

D. C. je 33-godišnji diplomirani ekonomist, bankar, otac dvoje djece. Prvi put se javlja 2003. godine, a zadnjih 12 godina patološki ovisan o kockanju u sportskim kladionicama. Dolazi na liječenje nakon sedmodnevnog izbivanja iz kuće, tijekom kojeg je promišljao o suicidu, lutao šumom miniranim područjima, no nije pokušao suicid. Na insistiranje supruge i oca dolazi na hospitalno liječenje kako bi spriječio otkaz.

Otac uspijeva nadoknaditi gubitke. Međutim, dolazi do recidiva i daljnjeg štetnog ponašanja, sada već kriminalnog. Slijedi vrlo ozbiljan pokušaj suicida, iza kojeg nastavlja hospitalno liječenje. U terapiji je: olanzapinom, escitalopramom, lamotriginom i alprazolamom, te po potrebi i zolpidemom. Trenutačno je u remisiji. Dobio je otkaz. I dalje pokušava pronaći posao za koji je kvalificiran, ali u drugim tvrtkama, što mu ne uspijeva jer ga prati loš glas, pa radi na poslovima niskokvalificiranih radnika.

Kod kockara je povećan i rizik za suicid.

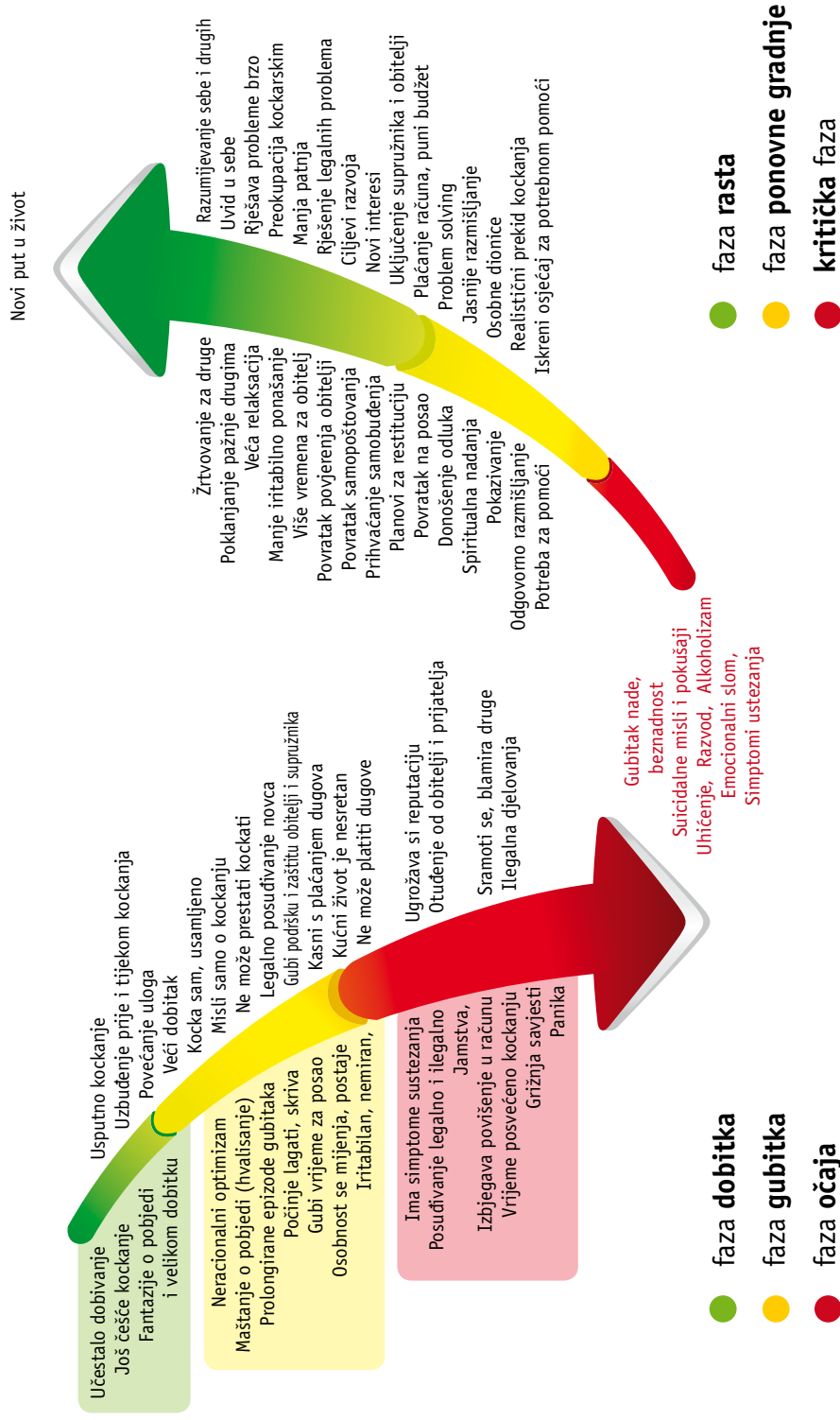
Između 48% i 70% patoloških kockara kontemplira o suici-

du, a 13-20% od ukupnog broja osoba liječenih zbog patološkog kockanja pokušalo je počiniti samoubojstvo²⁶.

U većine osoba tijekom je kroničan, uz progresiju učestalosti kockanja, količine uloženog novca, zaokupljenosti kockanjem i prikupljanjem novca za kockanje. Socijalne i zdravstvene posljedice kockanja očituju se i na individualnoj i na društvenoj razini²⁵. Kod kockara je povećan i rizik za suicid. Između 48% i 70% patoloških kockara kontemplira o suicidu, a 13-20% od ukupnog broja osoba liječenih zbog patološkog kockanja pokušalo je počiniti samoubojstvo²⁶.

Tijek kockanja je podmukao, a preokret u patološko kockanje vjerojatno precipitira i povećana izloženost kockanju, pojava psiholoških stresova ili značajni gubitak. Povijest bolesti se obično može podijeliti u četiri faze. U prvoj, dobitničkoj fazi, veliki dobitak stimulira osjećaj omnipotencije. U drugoj, gubitničkoj fazi osoba ima osjećaj loše sreće ili počinje osjećati kako ne podnosi

gubljenje (Kriteriji A7 do A10 prema ICD-10)⁷. U trećoj fazi očajanja kockari se bave nekarakterističnim, često ilegalnim oblicima ponašanja. Pišu se lažni čekovi, troše se zalihe i oni očajno traže način da povrate novac nastavljajući se kockati, gomilajući gubitke i proživljavajući uzbuđenja kao i u početnoj fazi. Odnosi s bližnjima se dalje pogoršavaju. Pojavljuju se simptomi depresije, uključujući neurovegetativne znake, javljaju se ideje i pokušaji samoubojstva. Četvrta faza (faza beznađa, očaja) uključuje prihvaćanje gubitničke pozicije i da se gubici nikada neće moći popraviti. Usprkos tome kockanje se nastavlja, a glavni motivacijski faktor postaje uzbuđenje. Premda neki kockari traže pomoć još u dobitničkoj fazi, većina to čini kasnije, najčešće zbog poremećenih odnosa ili zbog ilegalnih djela koje su počinili²⁷.



Robert Custer "A chart of compulsive gambling and recovery

Prikaz bolesnika Br. III.

- Patološko kockanje - simptom velikog depresivnog poremećaja

F. E. je 46-godišnji oženjeni vodoinstalater, otac dvoje djece. Prvi put se javlja 2002. godine, a unazad 12 godina patološki ovisan o kockanju na "poker-aparatima" i "slot-mašinama". Na insistiranje supruge dolazi na liječenje koje započinje ambulantno primjenom paroksetina i biheviornom psihoterapijom. Nakon dva mjeseca je hospitaliziran u psihotičnom depresivnom stanju s razvijenom depresijom psihotičnog intenziteta i s pratećim paranoidnim stanjem. Tada je u terapiju uključen antipsihotik olanzapin u dnevnoj dozi od 20 mg. Remisija je nastupila nakon tri mjeseca, a praćenje je nastavljeno ambulantno uz primjenu olanzapina u dozi od 10 mg/dnevno i paroksetina

u dozi od 40 mg/dnevno. Tri mjeseca nakon izlaska iz bolnice prvi put je posjetio jedno od mjesta gdje je ranije gubio svoju plaću i suzdržao se od nagona za kockanjem. Tada postupno prestaje uzimati psihofarmakoterapiju. Tri tjedna iza toga dolazi do recidivnog kockanja, pokušaja suicida i rehospitalizacije. Liječen je i dalje olanzapinom (20 mg) i paroksetinom (40 mg). Uključen je u biheviornu psihoterapiju i suportivnu grupu na odjelu.

Nakon šest mjeseci od tog bolničkog liječenja navodi kako ima želju za kockanjem, ali da je može kontrolirati. Dobrog je raspoloženja i planira budućnost. Tako je i danas. I dalje uzima istu terapiju²⁸).

Mada za sada nema jedinstvenog programa, razvijeni su različiti individualni programi tretmana izvanbolničkih i bolničkih pacijenata. Efektivnost terapije kockanja pokazuje senakon šest do 12 mjeseci praćenja.

Općenito, najbolja terapijska kombinacija koja utječe na retenciju i apstinenciju je kombinacija medikacije, psihoterapije, grupa samopomoći, obiteljske terapije i prevencije²⁹.

Potreba za kockanjem općenito raste za vrijeme razdoblja depresije ili stresa, pa valja liječiti prateću depresiju, maniju, eventualnu zlouporabu psihoaktivnih tvari ili seksualne smetnje i opća zdravstvena stanja koja su povezana uz stres (npr. hipertenzija, ulkusna bolest, glavobolje...).

Pri primjeni farmakoterapije treba poštovati neka opća načela, primijenjena na specifičan problem. Prije svega treba ciljati potrebu i impulse za kockanjem, a uz to svakako tretirati komorbiditetne simptome – depresiju, OKP, poremećaje spavanja i koncentracije.

Treba znati da nema čarobnog lijeka i da je medikacija podloga psihosocijalne terapije³⁰.

Istraživanja efekta farmakoloških intervencija u periodu od 1950. do 2005. godine uključuju placebo-kontrolirane i studije sa pre-post dizajnom za selektivne-serotonin-reuptake-inhibitore, opioidne antagoniste i stabilizatore raspoloženja. Antidepresivi se koriste u redukciji komorbiditetne depresije i OCD, te smanjenju žudnje, stabilizatori raspoloženja kod cikličkih poremećaja

raspoloženja, antipsihotici i opijatski antagonisti za redukciju žudnje, a u slučaju visoke impulzivnosti korisni su antiepileptici³¹.

Većina studija tretmana danas je bazirana na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (CBT), koja se poduzima s ciljem restrukturiranja specifičnih kognitivnih distorzija, te razumijevanju pogrešnih vjerovanja i zabluda (“iluzija kontrole”, “kockarska sreća”, “kockanje će sve srediti”). Potrebno je razviti svijest o netočnoj percepciji i očekivanjima i kognitivno korigirati netočnu percepciju (“Ja sam dobitnik”).

Koristi se i trening tehnika rješavanja problema, trening socijalnih vještina, trening prevencije relapsa, individualna kontrola stimulusa, traže se putovi za izbjegavanje situacija velikog rizika za kockanje, averzivni tretman, izlaganje i preventivni odgovor.

Posebno je korisna sustavna imaginarna desenzitizacija tijekom koje se nakon indukcije u relaksaciju zamišljaju scene u kojima je pacijent izložen porastu očekivanja koja bi dovela do kockanja. Preporuča se izrada priručnika za terapeute i za samopomoć³².

Tehnike povećanja motivacije (Motivational Enhancement, ME) dizajnirane su na predviđanju odgovora kockara na moguće posljedice njegova ponašanja, što uključuje rad na povećanju motivacije za smanjenje ili eliminiranje patološkog ponašanja³³.

Korisne su i različite tehnike relaksacije, vizualizacije, hipnoterapija³⁴, a svakako financijsko savjetovanje.

Money Management

uključuje upoznavanje zakona, rješavanje bankrota, uspostavljanje limita na kreditnim karticama, uključenje članova obitelji, kojima se savjetuje otvaranje posebnih računa³⁵.

Još 1957. g. Bergler izvještava o psihodinamičkom tretmanu 60 kockara. Navodi da je postigao uspjeh u 75% slučajeva, ali taj rezultat je baziran na 30% originalnog uzorka, koji su ostali u tretmanu, a Rosenthal opisuje sličan tretman kockara koji je fokusiran na slabu ego-snagu, narcizam i lakomost udruženu s kockanjem³⁶. Grupna terapija Gambler's Anonymous utemeljena je u Los Angelesu (1957), kao program oporavka, baziran na modelu 12 koraka. U tom je programu sadržana i podrška obiteljima (Gam-Anon)³⁷.

Psihodinamske intervencije

usmjerene su osvještavanju svjesne i nesvjesne motivacije za kockanjem, interpretiranju stavova o rizičnom ponašanju, potrebi za kompeticijom, spektakularnim uspjehom, slobodom, bijegom od odgovornosti, realiteta, bolnih afekata, potrebom za nezavisnošću, pobunom protiv autoriteta, u težnji k slomu poricanja i negiranja problema. Osobu se konfrontira s maladaptivnim obranama (acting out, potiskivanje, racionalizacije). Pokušava se prekinuti ciklus lova i progona, povećati motivaciju za ne-štetno ponašanje, smanjiti stid, krivnju i stigmatu.

Psihijatrijski komorbiditet je pravilo, a ne izuzetak

Mnoge osobe s patološkim kockanjem često su natjecateljski raspoložene, energične, nemirne i lako im postane dosadno. Mogu se previše baviti tuđim odobravanjem i mogu biti darežljive do točke ekstravagancije.

Kad ne kockaju, mogu biti "radoholičari" ili "kampanjski" radnici koji čekaju do krajnjeg trena prije nego što zapnu da dovrše posao. Mogu biti skloni razvoju općih zdravstvenih stanja koja su povezana uz stres (npr. hipertenziji, ulkusnoj bolesti, migreni).

Ne smijemo zaboraviti da su depresivni i anksiozni poremećaji u općoj populaciji prevalentniji u žena, a tako i komorbiditet. Koristeći Eysenckov model, u žena kockara se nalazi visok stupanj neuroticizma i psihoticizma, te visoku impulzivnost³⁰.

Kod osoba oboljelih od patološkog kockanja nalazimo bolesti ovisnosti (25-65 %). četiri do deset puta češće nego u općoj populaciji (25-63 % duhan, 60-85 %, ostala sredstva 40 %, alkohol 45-55 %), afektivne poremećaje, prije svega depresiju, u 70-80 % (bolnički) i 50-60 % (vanjski pacijenti), a čak trećina bliskih rođaka kockara ima poremećaje raspoloženja. Hiperaktivni poremećaj i poremećaj pažnje (ADHD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nalazimo u 30 % kockara, što je 2-3 puta češće nego u općoj populaciji.



Anksiozni poremećaji su prisutni u 10-35%, a OKP (opsesivno kompulzivni poremećaj) i socijalna fobija u komorbiditetu su u 21% do 60% slučajeva. Važno je znati da je tip kognicije i ponašanje patoloških kockara različit od pacijenata s OKP. Kod patoloških kockara, repetitivno kockanje ili preokupacija kockanjem obično se opisuje kao ugodno i ego-sintono. Subjekti pate od posljedica kockanja kasnije, ali žudnja za kockanjem je rijetko otporna. Kod primarnog OKP, opsesije i kompulzije prisile su intruzivne i ego-distoničke³⁸. Poremećaji osobnosti su u komorbiditetu općenito zastupljeni u 20-90% patoloških kockara, a samo antisocijalni poremećaj u 14%, zatim slijede izbjegavajući, narcistični, granični, shizotipalni i paranoidni poremećaj ličnosti. Kao komorbiditetni su česti poremećaji kontrole impulsa, posebno kompulzivno

kupovanje i kompulzivno seksualno ponašanje. Impulzivnost, neodgovornost, bezbrižnost i bezobzirnost, karakteristike su kockanja koje mogu biti atraktivne osobama sa antisocijalnim poremećajem osobnosti³⁹.

Karakteristična je preokupacija detaljima i neke forme kockanja poput slot-mašina gdje je potreban mali interpersonalni kontakt (kao kod izbjegavajućeg ili shizoidnog poremećaja osobnosti). Raine je dokazao kako je za nasilne antisocijalne osobe karakteristično loše prefrontalno funkcioniranje, koje se vidi kao prefrontalni strukturni deficit, tj. redukcija volumena sive kore u odsutnosti moždanih lezija. Također postoji i redukcija autonomne aktivnosti tijekom djelovanja stresora u ovisnosti o psihosocijalnim rizičnim faktorima. Sve je to podloga lošem kondicioniranju straha,

gubitku svjesnosti i deficitu u odlučivanju koji karakteriziraju antisocijalno psihopatološko ponašanje.

Osim kockara koji gube emocionalnu stabilnost, neki, naročito profesionalni kockari su i visoke samokontrole emocija, osobito neprijateljstva (koje lakše usmjeravaju na sebe nego prema drugima).

Kockari su sklони hazardnim rizičnim ponašanjima (pušenje, noćna vožnja, ekstremni sportovi), orijentirani prema uzbuđenjima, odnosno podizanju unutrašnje razine pobuđenosti. Oni su “tragači za uzbuđenjem”. Materijalno im zapravo nije važno. Dokaz su tome i rizične financijske transakcije kojima su sklóni. Kockari kockaju “s novcem”, a ne “za novac”. Kockanje ih relaksira. Upravo je uzbuđenje i strast koju osjećaju najveći pokretački motiv za kockanjem⁴⁰.



Usporedba patološkog kockanja s bolestima ovisnosti:

- **Sličnosti:** gubitak kontrole, preokupiranost, negativan utjecaj na većinu životnih područja, tolerancija, sindrom ustezanja, grupe samopomoći, uključenje obitelji
- **Razlike:** fantazija o uspjehu i utjecaju, kognitivne distorzije, nema bioloških testova za otkrivanje, nema samoograničenja (self-limiting), iracionalno ponašanje, brže se stvaraju financijski problemi
- Manje odobravanje i prihvaćanje vođeno stigmom.



Prikaz bolesnika Br. IV.

- Patološko kockanje - dio kliničke slike poremećaja osobnosti

H. G. je 33-godišnji radnik na željeznici, završene srednje škole, bez djece, živi u nevjenčanom braku šest godina. Supruga je oboljela od karcinoma dojke, u terminalnoj fazi bolesti. Njen sin iz prvog braka je učenik drugog razreda gimnazije, izvrstan na svim poljima. Prvi put se javljaju u jesen 2004. godine, na insistiranje supruge u Centar za prevenciju ovisnosti, zbog problema pušenja. Unazad 10 godina patološki je ovisan o kockanju u sportskim kladionicama. Sada su njegovo kockanje i gubici počeli predstavljati velik financijski problem, jer obitelj gotovo da nema sredstava za život. On se ne smatra bolesnim niti se želi liječiti. Dolazi formalno, samo zato što supruga

insistira – i to na liječenju ovisnosti o nikotinu. Nitko u obitelji nije kritičan prema problemu kockanja. Suprug ne doprinosi obitelji i otuđuje novac od socijalne pomoći koju bolesna žena prima. Materijalni problemi su tako veliki da je sin pokušao sam zaraditi nešto za sebe i svoje školovanje, a nakon majčine smrti smješten je u udomiteljsku obitelj jer ga je očuh-kockar napustio.



Većina patoloških kockara je esencijalno nenasilna populacija koja se okreće kriminalu u fazi očaja izazvanog prekomjernim gubicima i posljedicama pa ih ipak 70-80% počinu kazneno djelo tijekom bolesti, a koje je izravno vezano uz kockanje.

Kockanje je skupo, pa kockari pronalaze razne načine da bi financirali svoju ovisnost, u začaranom krugu posuditi, kockati, izgubiti, posuditi ponovo. Njegov svijet iz snova daje mu snage da izmisli, vjeruje i uvjerljivo priča sasvim nevjerovatne priče. Čak i kad vrati sav dug, posuđuje ponovno, od iste osobe, nekoliko dana kasnije, kad ga opet napusti sreća. Ponekad nastupaju krize s kojima se ne može nositi. Nema više od koga posuditi novac, vjerovnici ga progone, stjeran je u kut. U takvom

trenutku sposoban je počinuti zločin⁴¹. U slučaju potrebe za forenzičkom procjenom, od sudskog vještaka psihijatra se traži procjena utjecaja tog poremećaja na ubrojivost, odnosno na intelektualne i voljne funkcije ispitanika u trenutku djela. "Vještačenjem je potrebno utvrditi je li s obzirom na duševno stanje okrivljenika, a osobito njegove sklonosti hazardnim igrama (ovisnosti), u vrijeme počinjenja djela njegova ubrojivost bila smanjena ili isključena"⁴². Ubrojivost kockara može se kretati na kontinuumu od ubrojivosti do neubrojivosti preko smanjene ubrojivosti, koja može biti u znatnoj ili neznatnoj mjeri, ovisno o svakoj pojedinačnoj situaciji uzimajući u obzir karakteristike osobnosti kockara, prisutnost težih duševnih smetnji, prisutnost zloupotrebe sredstva ovisnosti te uključujući i faktore situacije u kojoj je

djelo počinjeno. Prihvatanje patološkog kockanja kao bolesti, odnosno psihijatrijskog poremećaja dovelo je do toga da je pravni sustav češće suočen s problemom smanjene odgovornosti kod kaznenih i prekršajnih djela koja su počinili kockari. U SAD-u prevladali su stavovi da nije u interesu javnosti poremećaje kontrole ponašanja smatrati dovoljnim za obranu neubrojivošću.

Prema tome i patološko kockanje kao poremećaj kontrole poriva ne smatra se dovoljnim za nepostojanje kaznene odgovornosti.

Blaszczynski i Silove (1996.) zaključuju da dijagnoza patološkog kockanja neumanjuje zakonsku odgovornost, ali je čimbenik koji treba uzeti u obzir prilikom odmjeravanja kazne⁴³.

Budući da postoji značajan komorbiditet ili postojanje različitih psihijatrijskih poremećaja kod patoloških kockara, u vještačenju ih treba sve navoditi (npr. patološko kockanje i antisocijalni poremećaj osobnosti; patološko kockanje i alkoholizam). Ovakav način dijagnostičiranja olakšava posao vještaku jer tada može procijeniti osobnost i obratiti pozornost na dodatne čimbenike koji su utjecali na sposobnost upravljanja svojim postupcima tempore criminis i olakšava daljnji tretman. U pojedinim slučajevima Kröber (1985.) smatra da bi se analogno, kao i kod ovisnika, mogao primijeniti postupak lišavanja poslovne sposobnosti kod patoloških kockara, barem djelomično i pretežito u području očuvanja imovine u rasponu od zabrane raspolaganja pokretnom i nepokretnom imovinom do odredbe da ne može sklapati po sebe štetne poslove⁴⁴.

Kockarima, koji su ocijenjeni smanjeno ubroјivima, socio-terapijski i psihoterapijski tretman može biti proveden u penalnim institucijama i u uvjetima koje one mogu pružiti, a za neubroјive s izraženim promjenama osobnosti i/ili uz druge teže duševne smetnje u specijaliziranim forenzičkim odjelima.

Nakon otpusta tretman može biti proveden ambulantno (izvanbolnički) do tri godine prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U izuzetnim situacijama, odnosno onima koje ostvaruju takva obilježja, državni odvjetnik ima mogućnost primjene čl. 175. ZKP RH, prema načelu svrsishodnosti gdje je moguće, uz odgodu kaznenog progona, osobu uputiti na liječenje, uključiti je u dobrotvorni rad ili obvezati da nadoknadi učinjenu štetu⁴⁵.



Prikaz bolesnika Br. V. - vještačenje

J. P. je 20-godišnji student. U istrazi je zbog šest pljački u prodavaonicama, koje je počinio u razdoblju od dva mjeseca, na način da je naoružan nožem prijetio oduzimanjem života prodavačicama, te zbog pet krađa koje je počinio otimanjem torbica ženama na ulici. Pri zadnjoj oružanoj pljački postavljena mu je policijska zasjeda te je uhićen na djelu. J.P. je priznao i opisao sva djela koja mu se stavljaju na teret te naveo kako je novac pribavljen razbojništvom trošio u kladionicama. Novac koji je dobio od roditelja za studentsku podstanarsku sobu i osobne troškove potrošio je na kocki, a kako se bojao priznati roditeljima što je napravio - počeo je krasti. Nastavio je kockati,

gubiti i krasti kako bi nadoknadio dugove. Nije bio alkoholiziran ni drogiran kada je vršio djela. J.P. privremeno boravi u gradu jer je student prve godine na Ekonomskom fakultetu. Negira nasljedno opterećenje duševnim poremećajima. Njegov porod i rani psihomotorni razvoj protekli su uredno. U osnovnu školu je pošao sa 6 godina. Bio je odličan učenik. Završio je srednju ekonomsku i trgovačku školu s vrlo dobrim uspjehom. Nijedan razred nije ponavljao. Osim prehlada nikada nije bio tjelesno bolestan. Ne pije alkohol, ne puši, nema nikakvo iskustvo s drogom. Imao je nekoliko djevojaka. Imao je normalne spolne odnose s njima. Unovačen je za vojsku. Prva iskustva s igrama na sreću ima od drugog razreda srednje škole kada je počeo često

zalaziti u športske kladionice, a od četvrtog razreda i u kasina, na što ga je potaknuo bratić iz Amerike koji je bio u posjetu rodbini u Hrvatskoj. U početku je kockao rjeđe, a kasnije sve češće. Prvi novac koji je dobio za stanarinu prokockao je iste večeri. Kada mu je ponestalo novca, posuđivao je, a kako ga nije imao odakle vratiti, odlučio je krasti. Počeo je s krađom torbica, a opljačkani novac opet je trošio u kasinu na ruletu i aparatima za kockanje. Kockao je skoro svaki dan. Jedino bi vikendom bio kod roditelja i jedva bi čekao da se vrati u grad gdje bi već u ponedjeljak prokockao sav novac koji je dobio. Bio je obuzet mislima o kockanju i danju i noću. Noću ponekad nije mogao spavati pa bi ustao u 2 ili 3 sata ujutro i odlazio kockati. Ponekad je dobivao, ali je u pravilo sve dobiveno

u sljedećih nekoliko dana izgubio. Bio je svjestan da to sve ne vodi nikamo i očajavao je zbog toga, ali si nije mogao pomoći. Pokušavao je prestati, ali bi se opet vraćao u kasino. Ponekad je promišljao o suicidu, jer je činio stvari za koje je znao da su kriminalne samo da bi pribavio sredstva za kockanje. Kockanje opisuje kao strast kojoj ne može odoljeti. Za vrijeme vršenja kaznenih djela nije osjećao nikakav užitek, naprotiv, bilo ga je jako strah, ali nije imao drugog načina za pribavljanje novca potrebnog za kockanje. Kako u ženskim torbicama nije nalazio dovoljno novca, odlučio se za razbojništva u trgovinama i činio je to sve dok nije upao u policijsku zamku. Na fakultetu je do uhićenja uredno funkcionirao, polagao ispite i ispunio sve druge obveze. Ima prijatelje, ali vrlo

mali broj njih zna za njegovu opsjednutost kockom. Kocka uvijek sam. Roditelji nisu znali za taj njegov problem. Nakon svega što se dogodilo misli da nikad više neće zaći u kasino.



U posljednjih nekoliko godina raste i broj žena koje su razvile patološko kockanje kao i kod alkoholne i ovisnosti o drogama. Omjer je prema različitim

Za sada žene čine jednu trećinu, a u programima liječenja pojavljuju se samo s 2-4% u odnosu na muškarce.

istraživanjima 2:1, 4:1, 7:1 u korist muškaraca. Npr. udruzi Gamblers Anonymous pridružilo se tek nekoliko žena te bi se iz toga moglo zaključiti da je manje žena koje pate od kompulzivnog kockanja, no zapravo je to samo problem društvene stigmatizacije, koja je u slučaju žene kockara mnogo jača nego u slučaju muškarca. Muškarci kockaju zbog novca i kompeticije, a žene počinju kockati kasnije, ali na kockanje troše maksimalno vrijeme. One zarađuju manje pa je i šteta veća. U većine žena s razvijenim poremećajem anamnestički

je nađeno iskustvo traume, depresija, anksioznost. Žene su sklonije depresiji i kockanje im je kao hipomana obrana, jedan način bijega od stvarnosti, a može se javiti i tijekom manične epizode. Zato su i istraživanja o ženama kockarima rjeđa i često nesuglasnih rezultata. Potenza pokazuje da su žene zastupljene sa 2-8% među članovima New Jersey's G.A u programu tretmana kockara, a u "liniji za pomoć kockarima" je 30% poziva žena⁴⁶.

Od kockarskih igara žene više igraju lutriju, loto, bingo, kockaju na automatima, klade se, a muškarci češće igraju kartaške igre i rulet. Žene kasnije počinju s kockanjem od muškaraca, no u tretman dolaze u istoj dobi, uglavnom između 30 i 49 godina. Podjednako su udane s djecom ili neudane, s višom ili visokom školskom edukacijom. Žene obično imaju manje novca od muškaraca.

Ponekad uđu i u prostituciju kako bi nabavile novac za kockanje.

Nađeno je da se u obiteljima žena kockara češće nalazi osjećaj prezrenosti, odbačenosti ili usamljenosti, posebno od strane majki koje su bile ili izrazito dominantne, hladne, okrutne, kažnjavajuće, perfekcionistice, usmjerene na materijalne vrijednosti ili izrazito slabe ličnosti, neefikasne, nesklone zaštititi djecu od očeva. Dio žena kockara ima loša iskustva s očevima, uključujući i silovanja. Žene se više samooptužuju zbog kockanja i imaju narušenu sliku o sebi od muškaraca kockara. Zapravo svojim ponašanjem ponovno se dovode u poziciju prezrene, usamljene i odbačene osobe. Muškarci se i kroz kockanje samopotvrđuju (inteligenciju, znanja, vještine, svoje osobne vrijednosti). Žene kockari su često sklone iskrivljenom mišljenju, proricaju, praznovjerju, horosko-

Tipična žena kockar je identificirana u dobi između 30 i 49 godina, udata, s djecom, srednjoškolske edukacije, a najčešće igra video poker⁴⁷.

pima i proročanstvima budućnosti, vjeruju da imaju mistične moći. Ta pojava se često susreće u općoj populaciji kockara, najčešće u obliku nerealnog optimizma, osjećaja prevelikog povjerenja ili snage i kontrole. Česta kockarova logična zabuda je pogrešno vjerovanje ili razmišljanje o vjerojatnosti. Može se ilustrirati uz pomoć igre u kojoj se okreće novčić. Šanse da novčić padne na jednu ili na drugu stranu su pola/pola, a svakim novim okretanjem šanse se smanjuju. Ali ako se novčić okrene na istu stranu četiri puta za redom, a smatra se da je to vrlo malo vjerojatno, vjerojatnost je 1/16, ali u stvari, svaki put kad okrećemo novčić, šanse su pola/pola.

Razmišljanje da su veće šanse da se novčić sljedeći put okrene na drugu stranu, a ne na onu na koju je već pao, predstavlja tu

zabludu: ideju da prošla sreća nekako utječe na vjerojatnost nove oklade u budućnosti⁴⁸.

Prikaz bolesnika Br. VI. – žena M. K. - vještačenje

M.K. je profesorica književnosti, zaposlena, neudana četrdesetogodišnja žena, urbanih nazora, modernog izgleda. Upadljive šminke, u odjeći živih boja, s tamnim naočalama kojima pokušava skriti podočnjake. Ubrzano i glasno govori, glasno se smije, bez trenutka smirenosti, izrazito napeta.

Na liječenje je došla govoreći kako je to protiv njene volje, ali da joj treba opravdanje za učestale izostanke s posla posljednjih mjeseci. Nije se osjećala bolesnom, osim "malo iscrpljenom". Unazad pola godine nije mogla zaspati, a kada bi zaspala, nije se mogla na vrijeme buditi pa nije stizala na

posao. Bila je mrzovoljna i lako ulazila u konflikte s kolegama i učenicima. Na poslu je govorila da piše knjigu, međutim, ona je zapravo kockala u kasinu u susjednoj državi. Počela je to činiti prije nekoliko godina iz dosade, u društvu prijatelja. Jednom prilikom je dobila veći zgoditak i od tada vjeruje da će dobiti jack pot. To se nije dogodilo. Izgubila je ušteđevinu, a kockarski je dug narastao na dvije godišnje plaće. Posuđivala je novac od svih članova obitelji, sve do pred pola godine kada je majka zaustavila taj izvor prihoda i nakon svađe prekinula komunikaciju. Od tada je sve krenulo niz brdo. Loš san, iscrpljenost, neuredna

prehrana, dugovi i problemi na poslu se gomilaju. Neobično je bilo što je i sama primijetila kako usprkos svemu osjeća neobičnu snagu, veselost, neku moć... i kao da duboko u sebi "zna da je baš njoj suđeno dobiti glavni zgoditak", kada će se sve srediti. Više ne može odoljeti nagonu za kockanjem.

Igra uglavnom rulet. "Začarala me ta kuglica. Ja više ne smijem i ne mogu stati. Baš me briga za dugove. Sve će se to srediti kad dobijem. Ne mogu ići raditi, samo gubim vrijeme..." Liječena je zbog bipolarnog, tj. manično depresivnog poremećaja.

Prikaz bolesnika Br. VII. – žena N. O. - vještačenje

N.O. je bila tridesettrogodišnja kućanica, neupadna, majka dvoje djece, nezaposlena, s nezavršenim ekonomskim fakultetom. Suprug je vlasnik desetak kafića u kojima su video terminali za poker i "jednoruki Jack". On uglavnom nije kod kuće, a ona se osjeća usamljenom, nezanimljivom i jadnom, zarobljenom u toj kući, postaje depresivna. Prije godinu dana počinje ulagati

veće iznose u loto i bingo, što je kratko trajalo. Nekako se činilo da će baš ona dobiti veliki dobitak. Uvijek bi u mašti nakon dobitka odmah napustila supruga i pobjegla nekamo, daleko od ovog života koji sada živi. Rekla je "Naslov bi bio "i nitko je više nikada nije vidio", a povremeno bi poslala razglednicu s nekog egzotičnog mjesta tek toliko da obznani da je živa i da joj je jako dobro.

Jednom prilikom dok je čekala supruga u kafiću, zaigrala je poker na video terminalu pri čemu je osjetila uzbuđenje kao nikad do tada. Rezultat je bio odmah tu jer nije trebalo čekati izvlačenje rezultata. Od tada nije prestajala igrati gotovo pola godine. Izgubila je kontrolu. Djelatnici u kafićima su se kladili u koji će kafić prvo doći i gubiti. Suprug se ljutio i prigovarao pa je krišom

počela odlaziti u susjedni grad. Počela je pušiti, što prije nije činila. Uzimala je novac od sredstava koje je trebala utrošiti na hranu za obitelj i djecu, potkradala je supruga, sve dok nije ukrala novac u jednom od kafića i izgubila ga u drugom gradu, a jedan konobar je razotkrio. Tada je pokušala suicid trovanjem. Liječena je zbog depresivnog poremećaja.



Kockanje izjeda svaki djelić kockareva života, nestaje samopoštovanje, obzir prema drugima, gube se prijatelji, razaraju obiteljske veze. Kriza slijedi jedna za drugom, financijske poteškoće, prijeteći gubitak radnog mjesta. Prezren je, odbačen i vrlo usamljen. Zahtjevi za novcem su hitni i dolaze bez najave, poput ucjene: “Ako do sutra ne nabavim novac, završit ću u zatvoru.” Pri tome ga se ne tiče što se oni zadužuju da bi ga izvukli iz opasnosti. Obitelj se osjeća odgovornom i pokušava pomoći pri izvlačenju iz nevolja, mada ne vjeruju obećanjima i nemaju puno nade, poučeni prošlim iskustvima. On, naravno, obećava da više nikad neće kockati, čak je i uvjeren u to, što na kraju ipak nije istina jer nastavlja kockati samo zato što je to jedina nada da se izbavi iz nevolja, a tako opravda sve što je učinio⁴⁹... Kockar doživljava patnju i grižnju savjesti zbog

toga što čini supruzi i djeci. U tom trenutku mrzi kockanje i samog sebe, postaje materijalno ovisan, ogorčen, ciničan i mrzovoljan.

Ako kockar želi uspjeti i otrgnuti se prošlosti, članovi njegove obitelji trebaju dijeliti rad na oporavku.

Samcima, razdvojenima ili razvedenima mnogo je teže jer im nedostaje podrška. U Gam-Anonu kockara se uči odgovornosti, ohrabruje ga se u njegovim pokušajima, ne okrivljuje ga za zajedničke poteškoće⁵⁰.

Supruge kockara rijetko napuštaju svoje muževe, mada su obiteljska dinamika i egzistencija znatno ugrožene. Naročito je to izraženo ako su materijalno ovisne o supruhu. Radi se o psihološkom fenomenu “optimizma pamćenja”, kada

“dugo pamtimo samo sretne dane”, tj. o povremenom pozitivnom potkrjepljivanju. Npr. u situacijama kada suprug dobije zgoditak, vodi ženu u skupe restorane, kupuje joj poklone, nakit, obeća da više nikada neće kockati i uvjeri je da je doista moguće dobiti na kocki. Drugi razlog zbog kojeg uglavnom ne dolazi do raspada obitelji je osobnost patološkog kockara. Većina kockara su inteligentni, kompulzivni, energični, hiperaktivni, radoholičari, povišeno toleriraju neizvjesnost, ali i nesigurni, temperamentni, nestrpljivi, eksplozivni, lako i vješto lažu, teško izražavaju emocije. Zbog toga u nekim obiteljima dolazi i do nasilničkog ponašanja. Studije pokazuju da žene čiji partner ima probleme s kockanjem imaju 10,5 puta veću vjerojatnost da će biti žrtve nasilja partnera negoli žene čiji partner nema probleme s kockanjem, a objavljeno je

kako je s otvorenjem kockarnica nasilje nad djecom i vrijeđanje kod kuće povećano 42%, odnosno 80%, što se povezalo s porastom kockanja⁵¹.

U nastojanju da suzbiju takve posljedice, državne lutrijske organizacije udružene u World Lottery Association i European Lotteries posvetile su punu pažnju utvrđivanju standarda čiji je cilj uspostava programa odgovornog priređivanja igara na sreću i programa “odgovornog igranja” kako bi se umanjio rizik za sve dijelove društva, a posebno za osjetljive skupine. Navedeni se pak program temelji na načelima prevencije i edukacije. Program se može ostvariti suradnjom Hrvatske lutrije, Casina, Vlade Republike Hrvatske, Ministarstva financija, nevladinih organizacija, znanstvenih i znanstveno-istraživačkih ustanova, davateljima zdravstvenih usluga i javnošću uopće. U tom smislu tudjelatnost

treba podupirati, popularizirati je u javnosti i omogućiti korištenje komunikacijskih kanala u svrhu educiranja i obavještavanja igrača o njihovim aktivnostima, kako bi se ostvarila bolja informiranost igrača, njihov svjesniji odabir igara na sreću i načina sudjelovanja u njima te, u što većoj mjeri, spriječiti odnosno umanjiti pojavu patološkog kockanja u našem društvu⁵².



Liječnici rutinski pitaju bolesnike o pušenju i konzumiranju alkohola, no kockanje je nešto o čemu se ne raspravlja dovoljno. Problem kockanja se može shvatiti kao zdravstvena “siva zona” te se stoga vrlo lako može poricati da je riječ o medicinskom problemu.

Zbog veličine problema i posljedica koje donosi, izuzetno je važna prevencija patološkog kockanja, koja se može provesti prije svega primarnim *screeningom* u školama i u primarnoj liječničkoj skrbi. Sekundarni *screening* je moguć u sustavu psihijatrijskih ustanova. Je li kockanje “patološko” ili “zdravo”, više ovisi o percepciji osobe koja kocka nego o vrijednostima srednje klase po kojoj je to loša navika. Legalizirani oblici kockanja društvu donose profit, koji se može upotrijebiti u korisne svrhe, a ilegalni oblici su inkriminirani i progonjeni. Međutim, patološko

kockanje često rezultira ozbiljnim osobnim i socijalnim problemima, financijskim gubicima, problemima sa zakonom, problemima na radnom mjestu, psihološkim i drugim zdravstvenim problemima, pa je liječnik obiteljske medicine, htio ili ne, involviran u ovaj veliki problem. Pacijenti se žale na insomniju, gastrointestinalne probleme, visok krvni tlak, glavobolje, psihološke poremećaje, a depresija može dovesti do suicida. Psihijatri su godinama orijentirani da se bave poremećajima u ponašanju pa su prirodno posla započeli liječenje mnogih koji su se javili, a forenzički psihijatri vještačili su neke kockare i zbog ubojstava koje su počinili kako bi riješili dugove i ponovo nastavili s kockanjem.

Kockar je često zapuštena osoba, bez doma, posla, prijatelja i obitelji. No, i takav, ipak ima

nadu i šansu za novi život u društvu, ako mu se pravodobno pruži pomoć.

Je li cilj izlječenja samo prestanak kockanja ili prihvaćanje i društvena rehabilitacija osobe?

Osnovno je pitanje kako prevenirati nastanak ovog fenomena i kako generaciju koja dolazi odgojiti u zdravom stilu življenja u kojem neće biti mjesta za razvoj patološke sklonosti kockanju. Možda i ovdje najprimjerenije vrijedi ona stara misao “Bolje spriječiti nego liječiti” jer izlječenja su još uvijek samo sporadična.

1. The Free Dictionary: (Available at URL: <http://www.thefreedictionary.com/gambling>, Copyright Farlex, Inc., 2008). -
2. BIBLIJA, Stari i Novi zavjet.: Evandjelje po Marku, 15:24., Evandjelje po Ivanu, 19:24. , Evandjelje po Mateju, 27:35, Evandjelje po Luki, 23:34. Psalam 22:17-18. (Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1990). -
3. POTENZA, M. N., E. HOLLANDER. Pathologic gambling and impulse control disorders. In.: DAVIS, K. L., D. CHARNEY, J. T. COYLE, C. NEMEROFF. The Fifth Generation of Progress. (American College of Neuropsychopharmacology (2002). 1725. -
4. KAROUZOS, W. K. Harms of Legalized Gambling. Issue Brief. (The Center for Arizona Policy. Scottsdale, Phoenix. AZ., 2006). -
5. DOSTOJEVSKI, F. M.: Kockar. (Otokar Keršovani, Rijeka, 2003). - John Henry Doc Holiday. (Available at URL: <http://www.legendsofamerica.com/CP-DocHoliday.html>., Copyright www.Legends of America.com, 2003-2008). -
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, Text Revision, Electronic DSM-IV-TRTM Plus; (American Psychiatric Publishing Inc., Washington, DC, 2003). - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). (World Health Organization, Geneva, 1992). -
9. WILSON, N. BMJ, 329 (2004) 1055. - WEIS, D. R., G. H. MANOS. Military Medicine (2007). 11. PETRY, N. M., C. ARMENTANO. Psychiatric Services 50(8) (1999) 1021. -
12. LANGE, P. In: BLASZCZYNSKI, A. (Ed.). Journal of gambling Issues. (2001). (The proceedings of the 11th National conference of the National Association for Gambling Studies, Sydney, Australia. 2001. pp 1-461.)-.
13. KORN, D. A., CMAJ 163(1) (2000) 61. -
14. SHINOHARA, K., A. YANAGISAWA, Y. GOMI, K. NEMOTO, E. MORIYA, E. FURUSAWA, K. FURUVA, K. TERASAWA. Appl Human Sci 18(2) (1999) 37. -

15. MARTINS, S. S., S. S. D. LOBO, H. TAVARES, V. GENTIL. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 57(5) (2002) 235. -
16. LADOUCEUR, R., C. SYLVAIN, H. LETARTE, I. GIROUX, C. JACQUES. Behaviour Research and Therapy 36 (1998) 1111. -
17. KAPLAN, H. I., B. J. SADOCK, A. J. GREBB. Synopsis of psychiatry (VII). (Williams & Wilkins, Baltimore, 1995) 606. -
18. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, međunarodna verzija. (Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996) 634. -
19. STINCHFIELD, R. Am J Psychiatry 160(1) (2003) 180. -
20. JOHNSON, E. E., R. HAMER, R. M. NORA. B. TAN, N. EISTENSTEIN, C. ENGLEHART. Psychological Reports, 80 (1988) 83. -
21. WINTERS, K., S. SPECKER, R. STINCHFIELD. Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS), 1997. -
22. LESIEUR, H. R., S. B. BLUME. Am J Psychiatry 144(9) (1987) 1184. -
23. NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS), (NORC National Opinion Research Center. National Survey of Gambling Behavior, 1999). -
24. The Gamblers Anonymous questionnaires. Twenty Questions. (Available in URL: <http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>). -
25. MOODY, G. The Wheel of Misfortune Compulsive Gambling Its effects on the family. (Gamblers Anonymous, GAM-ANON, Thorsons, London. 1989). -
26. PETRY, N. M., B. D. KILUK. J Nerv Ment Dis 190 (2002) 462. -
27. CUSTER, R. L., H. MILT. (Facts on Public File, New York, 1985). -
28. KOIĆ, E. In: LERER, B. (Ed). The International Journal of Neuro-Psychopharmacology, 7 (2004), S1-S503 (Cambridge University Press, Collegium Internationale europsychopharmacologicum, CINP Congres, Paris, 2004). -

29. DELL'OSSO, B., A. ALLEN, E. HOLLANDER. Clin Pract Epidemiol Ment Health 10 (2005) 1:21. -
30. BLACK, D. W., T. B. A. MOYER. Psychiatric Services. 49(11) (1998) 1434. -
31. HOLLANDER, E., E. SOOD, S. PALLANTI, N. BALDINI-ROSSI, B. BAKER. Journal of Gambling Studies 21(1) (2005) 1050-5350. 99-108. -
32. Cognitive Therapy: Changing Your Mind. The Wager. (Harvard Medical School. Massachusetts Council on compulsive gambling) 4 (1997) 7. -
33. MILLER, W. R. Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. (Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) The University of New Mexico, Albuquerque, 1995). -
34. ANDERSON, L. F., Gambling Addition Hypnosis Therapy. (Available in URL: <http://www.hypnosis-therapy.net/hypnotherapy.htm>, 2005). -
35. Burton, B. Money Management. (Available in URL: <http://casinogambling.about.com/od/moneymanagement/a/money.htm>, 2008). - ROSENTHAL, R. J., V. C. LORENZ. Psychiatr Clin North Am., 15(3) (1992) 647. -
37. Gamblers Anonymous. G.A. Recovery program. (International Service Office. Los Angeles, CA. Available in URL: <http://www.gamblersanonymous.org/recovery.html>, 2008). -
38. IBANEZ, A., C. BLANCO, E. DONAHUE, H. R. LESIEUR, I. PEREZ DE CASTRO, J. FERNANDEZ-PIQUERAS, J. SAIZ-RUIZ. Am J Psychiatry 158 (2001) 1733.
39. HARDOON, K. K., R. GUPTA, J. L. DEREVENSKY. Psychology of Addictive Behaviors. 18 (2004) 170. -
40. RAINE, A., T. LENCZ, S. BIHRLE, L. LaCASSE, P. COLLETTI. Arch Gen Psychiatry. 57 (2000) 119. -
41. ZAREVSKI, P. Penološke teme. 3(5) (1990) 1. -

42. GORETA, M., I. PEKO-ČOVIĆ, N. BUZINA. Psihijatrijska vještačenje, Zbirka ekspertiza, Knjiga prva: kazneno pravo. (Naklada Zadro i PB Vrapče, Zagreb, 2004) 382. - Behaviour and Problem Gambling. (Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, Reno NV, 1993) 235. -
43. BLASZCZYNSKI, A., D. SILOVE. Aust NZJ Psychiatry. 30(3) (1996) 358.
44. KRÖBER, H. L. Der Nervenartz. 56(11) (1985) 593. -
45. ŽARKOVIĆ-PALIJAN T., D. KOVAČEVIĆ, M. KOVAČ, In: ŽARKOVIĆ-PALIJAN T., D. KOVAČEVIĆ (Ed) Iz forenzičke psihijatrije. (Ceres Zagreb, MH Kutina 2001) 119. -
46. POTENZA, M. N., M. A. STEINBERG, S. D. McLAUGHLIN, B. J., R. WU, ROUNSAVILLE, S. S. O'MALLEY, Am J Psychiatry. 158(9) (2001) 1500. -
47. MARTINS, S. S., S. S. D. LOBO, H. TAVARES, V. GENTIL, Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 57(5) (2002) 235. -
48. STRACHAN, M. L., R. L. CUSTER.: Female compulsive gamblers in Las Vegas. In: EADINGTON, W. R., J. A. CORNELIUS (Ed) Gambling
49. KULENOVIĆ, A., P. ZAREVSKI, Penološke teme 3(5) (1990) 25. -
50. MOODY, G.: The Wheel of Misfortune. (Gamblers Anonymous UK, Thorsons, London 1989). -
51. BALCI, Y.G., U. AYRANCI, Journal of Clinical Forensic Medicine 12 (5) (2005) 258. -
52. VINCETIĆ H.: Državne lutrije, odgovorno priređivanje igara na sreću i odgovorno kockanje. In: E. Koić, V. Đorđević (Ed) KOCKANJE.1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem. Virovitica, 23. studenog 2007. - ZBORNIK SAŽETAKA. (Lions Club Vereucha, Virovitica, 2007) 21. -

O autorici

Primarijus mr. sc. Elvira Koić, dr. med., specijalist psihijatar i psihoterapeut, šefica je Odjela za duševne bolesti Opće bolnice u Virovitici i stalna je sudska vještakinja.

U okviru svoje uže specijalizacije – Socijalna psihijatrija i psihijatrija u zajednici - problemom kockanja bavi se zadnjih nekoliko godina.

U suradnji s Općom bolnicom Virovitica i udrugama civilnog društva organizirala je Prvi hrvatski simpozij o patološkom kockanju u studenom 2007. godine, stručna predavanja i javne tribine, uz podršku drugima u izradi stručnih radova o problematici.

Jedan od diplomskih radova koje je mentorirala bavio se temom kockanja i mladih, a obranjen je na Visokoj medicinskoj školi u Zagrebu u travnju 2008. godine.

Nakon Zbornika Prvog hrvatskog simpozija o kockanju, ova brošurica s osnovnim informacijama o patološkom kockanju jedna je od prvih takvih u Hrvatskoj.

**Adrese za dopisivanje**

OPĆA BOLNICA VIROVITICA
ODJEL ZA DUŠEVNE BOLESTI
prim. mr. sc. Elvira Koić - dr. med.
- psihijatar

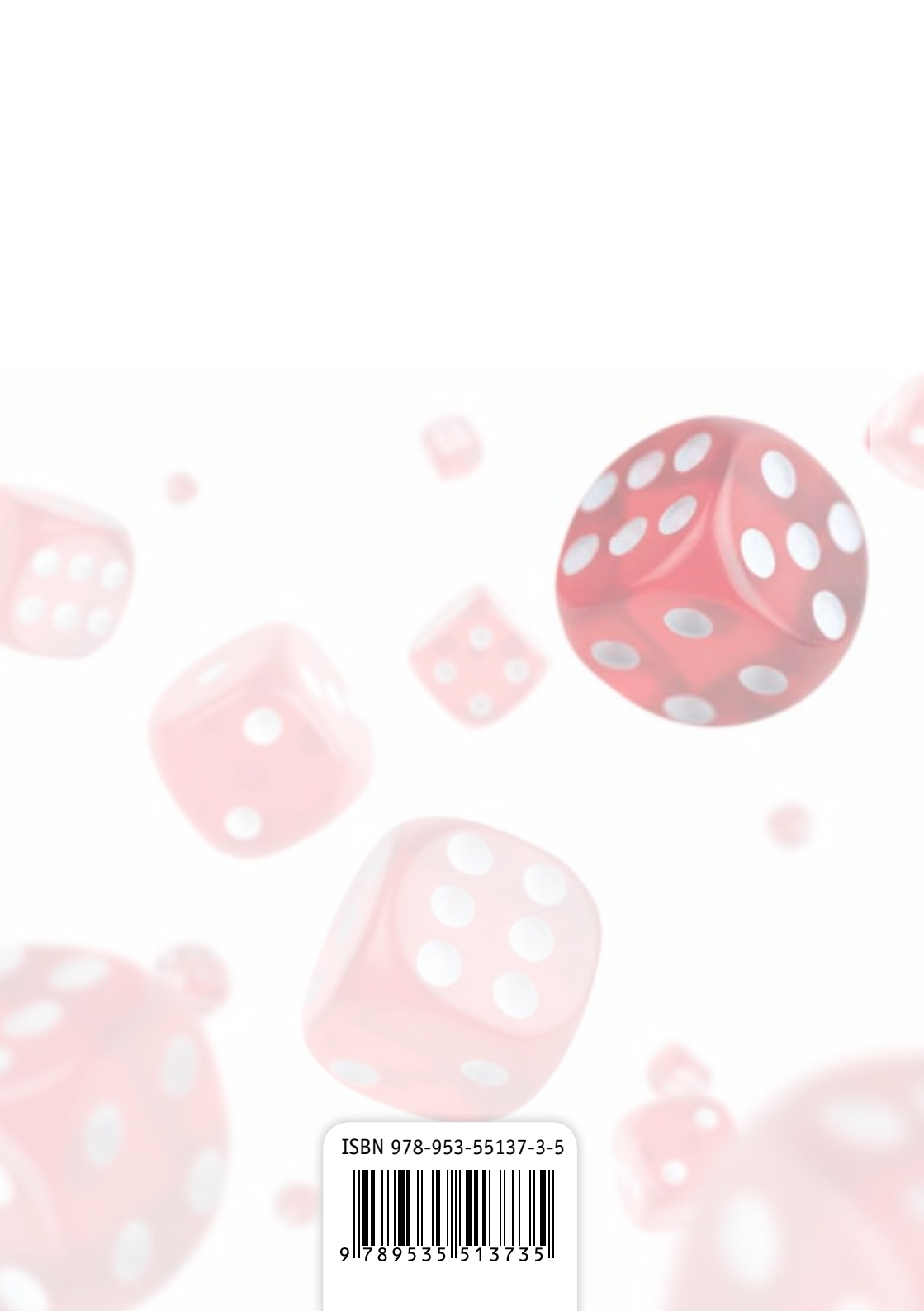
Gajeva 21 | 33000 Virovitica,
Republika Hrvatska
faks: 033/722-875;
mob: 098-313-865;
e-mail: elvirakoic@gmail.com

URL:
www.kockanje.info
www.suicidi.info
www.psihijatrija.com
www.lions-vereucha.hr
www.mobbing.hr
www.zzjzvpz.hr



Bilješke

A large area for taking notes, featuring 20 horizontal dashed lines spaced evenly down the page.



ISBN 978-953-55137-3-5



9 789535 513735