

Gokgedrag onder Pathologische – en Recreatieve Gokkers

Deelstudie 1. *Beschrijvende longitudinale analyse intra- persoonlijke
gedragsdeterminanten onder pathologische gokkers*

Deelstudie 2. *Intra- persoonlijke determinanten als verklaring voor
gokgedrag onder recreatieve – en pathologische gokkers*

Masterthesis

1 november 2015

UNIVERSITEIT TWENTE

Joris van Giersbergen s1068652

Titel: Gokgedrag onder Pathologische- en Recreatieve Gokkers

Auteur: Joris van Giersbergen

Faculteit voor gedragswetenschappen, Universiteit van Twente, Enschede

1^e supervisor: Marcel Pieterse

2^e supervisor: Annemarie Braakman

Datum: 1 november 2015

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding	7
1.1 Gokverslaving.....	7
1.2 Prevalentie van gokverslaving in Nederland.....	9
1.3 Behandeling.....	9
1.4 Gamblers Anonymous (GA) herstelmethodes (12-stappenbemadering).....	11
2. Theoretisch kader.....	14
2.1 Theorien ter verklaring van het gokgedrag.....	14
2.2 Intra- persoonlijke invloeden.....	16
2.2.1 Ultieme determinanten.....	16
2.2.2 Distale determinanten.....	17
2.2.3 Proximale determinanten.....	18
2.3 Onderzoeksmodel.....	20
2.4 Onderzoeksvragen.....	21
3. Methode deelstudie 1.....	23
3.1 AGOG afdelingen & respondenten.....	23
3.2 Procedure.....	23
3.3 Inclusie- en exclusie criteria.....	24
3.4 Interventie.....	24
3.5 Meetinstrumenten.....	25
3.6 Data- analyse.....	28
4. Methode deelstudie 2.....	29
4.1 Procedure.....	29
4.2 Inclusie- en exclusie criteria.....	30
4.3 Respondenten.....	30
4.4 Meetinstrumenten.....	31
4.5 Data- analyse.....	32
5. Resultaten deelstudie 1 & 2	34
5.1 Ultieme determinanten deelstudie 1 & 2.....	35
5.2 Distale determinanten deelstudie 1 & 2.....	36
5.3 Proximale determinanten deelstudie 1 & 2	37
5.4 Regressie analyse.....	40
6. Discussie deelstudies 1 & 2.....	43
6.1 Baseline kenmerken & longitudinale analyse.....	43
6.2 Associaties tussen determinanten.....	46
6.3 Implicaties & aanbevelingen.....	48
Literatuurlijst.....	50

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie welke het resultaat is van een studie naar het gokgedrag onder pathologische en recreatieve gokkers. Met deze thesis zal ik mijn master aan de Universiteit Twente afronden. In augustus 2013 ben ik op zoek gegaan naar een afstudeeropdracht voor de richting ‘Gezondheidspsychologie’. Hierbij is het voor mij belangrijk geweest om een opdracht te vinden waar ik persoonlijk affiniteit mee heb ‘verslavingszorg’, waardoor ik mijn bestaande kennis over dit gezondheidsprobleem kan vergroten. Mijn interesse ging voornamelijk uit naar het onderwerp ‘gedragsdeterminanten voor het gokken’. Ik ben zelf in mijn studententijd in aanraking gekomen met het gokken vanuit de ‘pokerhype’. Veel studenten zag ik in deze tijd meer tijd spenderen aan het digitaal gokken, dan overige werkzaamheden (studie en bijbaan .e.d). Mijn interesse werd destijds al gewekt en ik wilde mijn inzicht in de beweegredenen van het gokken vergroten.

Ik wist dat er in Enschede een organisatie ‘Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers (AGOG)’ gevestigd is die zelfhulp bijeenkomsten organiseert voor ‘pathologische gokkers’. De gespreksleider heeft vervolgens het contact gelegd met het landelijk bestuur van het AGOG en een opdracht bleek in de maak. Doel was om vanuit een longitudinale studie fluctuaties in voorspellende factoren voor gokgedrag over tijd te volgen. Waardoor het programma van de zelfhulp bijeenkomsten geoptimaliseerd kon worden. Dit bleek door een lage respons- rate en een hoge drop- out niet haalbaar. Om toch significante relaties te kunnen vaststellen tussen intra- persoonlijke determinanten op het gokgedrag, zijn er vervolgens nieuwe respondenten geworven en is er een tweede deelstudie bijgekomen.

Tijdens mijn afstuderen ben ik veel ‘beren op de weg’ tegengekomen. Mijn affiniteit met dit thema heeft ervoor gezorgd dat ik nooit de ‘handdoek in de ring’ heb gegooid en onverminderd ben doorgegaan. Uiteindelijk kan ik 2 jaar later zeggen dat ik bijna alle bestaande onderzoeken over ‘gokverslavingen’ heb gelezen en dat het me nog altijd niet verveeld heeft.

Afsluitend wil ik graag een aantal mensen in dit voorwoord bedanken. Allereerst mijn ouders en vriendin die (bijna) alle ‘beren op de weg hebben weggejaagd’. Een ander woord van dank gaat uit naar mijn afstudeerbegeleider vanuit de Universiteit Twente, dhr. Marcel Pieterse. Hij heeft geduld en betrokkenheid getoond door het gehele onderzoeksproces heen. Ten slotte wil ik alle respondenten bedanken voor deelname aan de studie, zonder hen was voltooiing van de studie niet mogelijk.

Samenvatting

Inleiding: Gokproblematiek komt relatief weinig voor in Nederland (prevalentie 0,15 procent onder probleemgokker en 0,68 procent onder risicospelers). Voor de gokkers waarbij het uit de hand loopt, heeft het echter vergaande gevolgen zowel lichamelijk, sociaal, emotioneel, financieel als zakelijk (Fris, 1999). Vanwege het gebrek aan inzicht in de determinanten van gokgedrag is ervoor gekozen om in de huidige studie vanuit de Theory of Triadic Influence (integratieve benadering volgens 34 mogelijke voorspellers voor gokgedrag) meer inzicht te krijgen in de oorzakelijke niveaus. Er is onderzocht welkeultieme (impulsiviteit en demografische kenmerken, distale (mentale gezondheid, behandelbetrokkenheid) en proximale (zelf-effectiviteit en te ervaren sociale steun) intra- persoonlijke determinanten een rol spelen bij de intentie tot verandering van het gokgedrag en het daadwerkelijke gokgedrag.

Methode: Voor het onderzoek zijn twee deelstudies uitgevoerd. Deelstudie 1 bestaat uit een longitudinale beschrijvende analyse van de baselinekenmerken (Baseline: N=9 ; t1: N=3) onder pathologische gokkers die deelnamen aan de zelfhulpbijeenkomsten van het AGOG (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers). In deelstudie 2 zijn aan de bestaande steekproef van pathologische gokkers (N=9), recreatieve gokkers (N=35) toegevoegd volgens de sneeuwbal methode. In deelstudie 2 is vervolgens een correlatie – en een meervoudige regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken welke intra- persoonlijke determinanten onafhankelijk kunnen bijdragen aan het probleemgedrag.

Resultaten: Bij de baseline meting onder de pathologische gokkers (N=9) kwam naar voren dat zij veel mentale gezondheidsproblemen ervaren, weinig sociale steun ervaren, een lage zelf- effectiviteit hebben en veel problemen ervaren op diverse leefgebieden. Bij de longitudinale analyse (N=3) na t1 blijkt dat alle respondenten beduidend beter scoren op alle onderzochte en relevantie distale en proximale determinanten. Bij deelstudie 2 blijkt dat de respondenten (n=44) een gemiddelde sociale steun ervaren van familie, vrienden en relaties, een bovengemiddelde zelf- effectiviteit hebben, weinig mentale gezondheidsproblemen ervaren en weinig problemen ervaren op diverse leefgebieden. Verder komt uit de meervoudige regressie analyse naar voren dat 62,1 procent van de variantie van het huidige gokgedrag verklaard kan worden door de ultieme (impulsiviteit), distale (mentale gezondheid) en proximale determinanten (zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun), waarbij de significantie van de ultieme determinant ‘impulsiviteit’ vervalft bij toevoeging van de distale en proximale determinanten aan het model.

Conclusie: De longitudinale analyse (n=3) laat verbeteringen zien op alle relevante determinanten na meerdere zelfhulpbijeenkomsten van het AGOG te hebben bijgewoond. Een belangrijk therapeutisch element in het toegepaste 12- stappenplan van herstel is volgens diverse studies ‘sociale steun’ en deze blijkt een belangrijke significante determinant voor de motivatie tot verandering van het gokgedrag en voor het huidige gokgedrag. Verder is het in overeenstemming met het TTI- model dat de proximale determinanten (te ervaren sociale steun en zelf- effectiviteit) de meest directe invloed uitoefenen op het daadwerkelijke gokgedrag. Het AGOG zet tijdens de zelfhulpbijeenkomsten mogelijk toch in op de juiste determinanten. Verder leert ons dat de pathologische gokkers op alle relevante determinanten minder scoren dan de recreatieve gokkers. De recreatieve gokker lijkt de controle beter te kunnen behouden, ze bespreken meer binnen het sociale netwerk en het leidt niet tot structurele problemen op diverse leefgebieden.

1. Inleiding

Sinds de jaren zeventig is in Nederland het aanbod van kansspelen en de hoeveelheid speelgelegenheden sterk toegenomen. Mensen kunnen kiezen uit vele kans varianten, zoals bingo, fruitautomaten, toto's, kienen, kaarten, krassen, loten, (online) wedden. Hiermee is de deelname aan kansspelen gestegen en parallel daaraan het aantal problemen ten gevolge van het speelgedrag (AGOG, 2013).

'Het begon allemaal erg gezellig, met vrienden een avondje pokeren, onder het genot van een hapje en een drankje. Vervolgens is de stap naar het digitale walhalla snel gemaakt. De inzetbedragen verhoogden, de adrenaline nam toe de spanning was niet te snijden, en dat alles ging samen met een slinkende bankrekening. Je wil er nog niet aan dat het je leven beheerst, maar je bent er de hele dag door mee bezig, zowel fysiek als mentaal. Het lijkt wel of alles met het gokken te maken heeft. Het leven draait al snel om het volgende: heb ik nog geld? Hoe kom ik aan geld? Waar kan ik het inzetten? Het bedenken van goede redenen om ermee weg te komen? Een pas verkrijgen? Een nieuwe lening afsluiten? Stelselmatig piekeren, malen en denken. Het maakt je ziek, beroerd en misselijk. Zelfs tijdens de yoga lessen voel je je opgejaagd en gespannen. Hoe lang kan dit nog goed gaan? En een nog grotere vraag, is er nog wel een weg terug? (AGOG, 2013).

In bovenstaand voorbeeld heeft de persoon de neiging tot gokken niet meer onder controle; er is sprake van overmatig gokgedrag dat zijn leven volledig beheerst en hem in grote financiële, maatschappelijke en psychische problemen brengt.

1.1 Gokverslaving

Wanneer is er sprake van gokverslaving? Er is geen objectieve maat om aan te geven wanneer iemand teveel gokt want het is sterk persoonsafhankelijk wanneer iemand het gokken als een probleem ervaart. Het gebruik van verschillende termen voor problematisch gokken – excessief gokken (Legg & Gotestam, 1991), compulsief gokken (Barker & Miller, 1968; Lester, 1994), gokverslaving (Meyer & Stadler, 1999; Blaszczynski & McConaghy, 1989) en probleemgokken (Hodgins e.a., 2001; Malkin & Syme, 1986) – geeft aan dat er in de loop van de tijd verschillend tegen aangekeken is (Goudriaan, 2012). Dat problematisch gokken als stoornis gezien kan worden werd in 1977 concreet door opname van 'pathologisch gokken' in de *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD-9). In 1980 volgde de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) waarin

pathologisch gokken geclassificeerd wordt als een 'stoornis in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd' (American Psychiatric Association, 1980). Aanvankelijk ging het om een nogal willekeurige set van 8 criteria, waarvan aan tenminste 4 voldaan moest zijn. Het ging daarbij voornamelijk om de onmogelijkheid om de impuls om te gokken te weerstaan en om de financiële en juridische gevolgen (van den Brink, 2014). In de DSM-III-R werd een vrijwel volledig nieuwe set van 9 criteria gepresenteerd die, met uitzondering van het criterium 'teruggaan om het verlies goed te maken', een bijna directe vertaling was van de criteria voor de diagnose afhankelijkheid van een middel in de DSM-III-R. In de DSM-IV werden de criteria van de DSM-III en de DSM-III-R vervolgens gecombineerd tot een nieuwe set van 10 criteria, waarvan er aan tenminste 5 voldaan moest zijn. Bovendien mocht de diagnose pathologisch gokken niet meer gesteld worden als de symptomen beter verklaard konden worden door een gelijktijdig aanwezige manische episode (van den Brink, 2014). In 2013 werd DSM-5 gepubliceerd met als belangrijkste verandering de verhuizing van de DSM-IV diagnose pathologisch gokken (nieuwe naam 'gokstoornis' of 'gokverslaving') naar de gecombineerde categorie 'verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen'. Deze verschuiving in classificatie geeft aan dat men verslaving als syndroom benadert, waarbij benadrukt wordt dat aan niet-middelen gebonden verslavingen dezelfde gedragsmatige en neurobiologische processen ten grondslag liggen als aan middelenafhankelijkheid (Goudraan, 2012). In dit onderzoek wordt de term 'PG' (pathologisch gokken) gebruikt om de personen aan te duiden die voldoen aan het diagnostische criterium. De term 'problematisch gokken (PrG)' wordt in bredere zin gebruikt, deze term omvat zowel mensen die aan de diagnostische vereisten voldoen als de mensen die niet aan de vereisten voldoen maar wel problemen hebben met gokken. Tot slot wordt de term 'recreatieve gokker' (RG) gebruikt om personen aan te duiden die op een recreatieve manier gokken en geen problemen ervaren met gokken (Raylu & Oei, 2002).

Klinisch bewijs suggereert dat de ontwikkeling van pathologisch gokgedrag uit drie fasen bestaat: de winnende fase, de verliezende fase en de wanhoop fase (Custer, 1984; Lesieur, 1984; Griffiths, 1995; Bellringer, 1999). De winnende fase ontstaat meestal wanneer het individu voor het eerst gokt. Kleine winsten laten de gokker geloven dat hij aanleg heeft voor succesvol gokken en dat hij er behendig in is. Verschillende onderzoekers concluderen dat de meeste recreatieve gokkers in deze fase stoppen (Cluster, 1984; Griffiths, 1995). De recreatieve gokker weet de controle te behouden, besteed niet teveel tijd en geld aan het gokken en het leidt niet tot structurele problemen. Echter, sommige gokkers blijven overtuigd van hun 'gokvaardigheid'. Deze groep loopt het risico om in de volgende fase uit te komen, de gokkers maken dan overwegend verlies. Toch ervaren zij deze verliezen niet als zodanig

omdat zij de overtuiging hebben dat deze kleine verliezen de voorbode zijn van volledig succes (Bellringer, 1999). Het is onvermijdelijk dat de verliezende fase langer aanhoudt dan verwacht en de gokker raakt hierdoor in geldproblemen die hij probeert op te lossen door bijvoorbeeld te gaan voor de grote winst. De gokker raakt steeds meer in de schulden waardoor ook de andere gebieden van zijn functioneren nadelig beïnvloed worden. De wanhoop fase is aangebroken. Wanneer het gokken uit de hand loopt, kan dit vergaande gevolgen hebben op lichamelijk, sociaal, emotioneel, zakelijk en financieel gebied (Fris, 1999; de Bruin, Leenders, Fris, van der Veeke, Braam & van de wijngaart, 2001; Tactive, 2009). Voorbeelden van lichamelijke klachten zijn: hoofdpijn, vermoeidheid, trillen, transpireren, slaapstoornissen, geheugenverlies en maag- en/of darmklachten. Voorbeelden van psychische klachten zijn: onrust, depressieve stemming, gedachten aan zelfdoding, angsten, achterdocht, schuldgevoelens, agressieve gevoelens en/of minderwaardigheidsgevoelens (www.gokhulpverlening.nl, 2009).

1.2 Prevalentie van gokverslaving in Nederland

In 2005 en 2011 werden twee grote bevolkingsonderzoeken gedaan om het vóórkomen van gokproblematiek in te schatten (De Bruin e.a., 2005; Bieleman e.a., 2011). In beide studies werden ongeveer zesduizend deelnemers opgenomen (leeftijdsklasse 16-70 jaar) en de 'response rate' was vergelijkbaar tussen de studies (25-28%). Zowel meest recente gokproblematiek als gokproblematiek gedurende het hele leven kwam relatief weinig voor: laatste jaar prevalentie 0,22 procent (2005) en 0,15 procent (2011: 20.300 probleemgokkers). Het aantal risicospelers was wat hoger: 0,42 procent (2005) en 0,68 procent (2011: 92.000 risicospelers). Vanwege de grote betrouwbaarheidsmarges waren er geen significante verschillen in hoe vaak probleemgokken voorkwam in 2005 en 2011 (schattingen tussen de 20.000 en 59.000 probleemgokkers). Het aantal recreatieve gokkers nam echter wel af: van 73,8 procent van de respondenten naar 64,4 procent van de respondenten (Goudriaan, 2012).

1.3 Behandeling

Vanaf de jaren 80 is het fenomeen 'gokverslaving' ontstaan, vanaf het moment dat er steeds meer berichten verschenen over problematisch gokken in de media. De overheidsinstanties wilden gokverslaving lange tijd niet erkennen als probleem. Toch werden de CAD's (Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs) in toenemende mate geconfronteerd met mensen met een gokprobleem. Hulpverleners probeerden op allerlei creatieve manieren hulp te bieden, maar het ontbrak hen aan wezenlijke kennis en expertise op dit terrein. Onder invloed van die situatie hebben zelfhulpgroepen hun intrede gedaan. In deze groepen proberen

deelnemers met eenzelfde verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, gokken) deze problematiek zonder professionele begeleiding in de groep de baas te worden (Geelen, 2003). Voor zover bekend is de oudste vorm van georganiseerde zelfhulp te vinden op het terrein van het alcoholisme: *Alcoholics Anonymous*, oftewel de Anonieme Alcoholisten (AA). In 1957 is, eveneens in de Verenigde Staten, een soortgelijke beweging voor gokkers ontstaan: *Gamblers Anonymous* (GA). De Anonieme Gokkers (AG) bestaan in Nederland sinds 1981 en hebben als eersten de gokproblematiek gesignaleerd en mensen hierbij hulp geboden. In 1991 zijn AG-groepen uit het hele land samengegaan in de koepelorganisatie Stichting Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers Nederland, kortweg de AGOG. De AGOG is de grootste zelfhulporganisatie voor gokverslaafden en mensen die in relatie staan tot een gokker: de partner, ouders, familieleden of vrienden. Momenteel draaien in ruim twintig regio's AGOG-groepen, terwijl er nog steeds nieuwe groepen worden opgericht (de Bruin e.a., 2001). De reguliere behandeling zoals aangeboden door de diverse verslavingszorg organisaties in Nederland werkt vooral volgens methoden die ook gebruikt worden bij de behandeling van alcohol en drugsverslaving. Cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering worden veel gebruikt, vaak in combinatie met een verwijzing naar een bureau voor schuldhulpverlening (Goudriaan, 2012). Op basis van deze uitgangspunten is in 2009 de internetbehandeling Gokkendebaas.nl ontwikkeld met de intentie de drempel te verlagen voor probleemgokkers om hulp te zoeken. De internetbehandeling bestaat uit 10 stappen waarin gebruik wordt gemaakt van psycho-educatie, cognitieve herstructurering en zelfcontroletechnieken (Tactive, 2012). Daarnaast zijn er verschillende veelbelovende farmacologische interventies voor de behandeling van problematisch gokken (Van den Brink, 2012). Over het algemeen gaat men ervan uit dat zelfhulp en reguliere hulp elkaar aanvullen (Muusse & van Rooijen, 2009). Zo kan een bij de verslavingszorg (uit)behandelde cliënt, die (daarnaast of daarna) behoefte heeft aan lotgenotencontact, terecht bij de zelfhulp. Waar de reguliere hulp niet of nauwelijks deskundig is op het gebied van gokverslaving, wordt in veel gevallen doorverwezen naar de AGOG. In dit verband beziet men zelfhulp ook wel als een stiefkind van de hulpverlening. In dit onderzoek wordt zelfhulp echter beschouwd als een volwaardige vorm van hulpverlening.

1.4 Gamblers Anonymous (GA) herstelmethode (12-stappenbenadering)

De 12-stappenbenadering is ontwikkeld door de zelfhulpgroepen van de Alcoholics Anonymous (AA) als methodiek voor het bereiken van abstinentie bij alcoholproblemen en wordt als zodanig ook gehanteerd binnen de GA. De visie op verslaving achter deze benadering is dat verslaving een chronische, progressieve ziekte is, waarbij alleen totale abstinentie naar herstel leidt. De ziekte tast mensen aan in fysiek, mentaal, emotioneel, sociaal en spiritueel opzicht en vraagt daarom om een holistische, multidisciplinaire aanpak (Corveleyn en Van Limbergen, 2001).

De 12-stappenbenadering bestaat, zoals de naam al aangeeft, uit 12 stappen. Deze stappen kunnen in verschillende fasen ingedeeld worden. In de eerste fase (stap 1-3) erkent de verslaafde dat hij machteloos staat tegenover zijn verslaving en hulp nodig heeft van buiten af. Vervolgens (stap 4-6) maakt de verslaafde de balans op van zijn leven: hoe heeft de verslaving hem en de mensen om hem heen geschaad? In de derde fase (stap 7-9) probeert de verslaafde deze schade zo veel mogelijk te herstellen. De laatste fase (stap 10-12) gaat om een levenslange bestendiging van de nieuwe levensstijl via zelfonderzoek, meditatie en hulp bieden aan andere verslaafden. Fase 1 omvat de beslissing, in fase 2 en 3 gaat de verslaafde over tot actie, in fase 4 staat het behouden van de verandering centraal (Corveleyn en Van Limbergen, 2001). In deze fasen zijn de fasen van gedragsverandering uit het Transtheoretisch Model of Change (TTM) van Prochaska en DiClemente (1985) herkenbaar. Dit is een model dat uitgaat van fasen die iemand doorloopt voordat huidige gedrag is omgezet in nieuw gedrag. Het betreft de volgende fasen:

- Precontemplatie: de persoon is zich nog niet bewust van de risico's van het gedrag en is nog niet van plan het te veranderen.
- Contemplatie: voor- en nadelen van het gedrag worden afgewogen.
- Voorbereiding: de persoon ziet het nut in van de gedragsverandering en heeft de intentie tot actie
- Actie: de persoon probeert het nieuwe gedrag daadwerkelijk uit.
- Behoud: het nieuwe gedrag wordt gedurende tenminste 6 maanden uitgevoerd.
- Uitschakeling: volledige zelf-effectiviteit en geen intentie om terug te vallen in het oude gedrag of terugval.

Deze fasen staan niet vast, de persoon kan zich voor- en achterwaarts bewegen door de fasen. Voor iedere fase is een andere aanpak tot motivatie van belang. (Prochaska, 2008).

Motiverende Gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005) heeft zich bewezen als methode die aansluit op bovenstaande fasen van gedragsverandering en met name effectief is in de voorbereidingsfase.

Effectieve bestanddelen

In zijn review concludeert Moos (2007) dat inzichten en effectieve bestanddelen uit vier toonaangevende theorieën over het behandelen van verslavingsstoornissen terug te vinden zijn in de 12-stappenbenadering. Het betreft de volgende theorieën:

- **Social control theorie** richt zich op de binding met familie, vrienden, werk/opleiding, religie en andere aspecten die individuen motiveren om zich verantwoord te gedragen. De effectieve bestanddelen zijn binding en cohesie, ondersteuning, structuur, doelgerichtheid. De 12-stappen benadering richt zich sterk op de waarde van goede binding met familie, vrienden, werk en religie, als een manier om cliënten te motiveren om zich te engageren met meer verantwoord gedrag.
- **Behavioral choice theory** focust zich op de keuze uit belonende activiteiten die vanuit de omgeving worden aangeboden. De effectieve bestanddelen zijn het belonen van abstinentie en het plannen van belonende activiteiten die het middelengebruik kunnen vervangen. De 12-stappenbenadering biedt activiteiten zonder alcohol of middelen en het helpen van anderen met het overwinnen van hun verslaving.
- **Social learning theorie** ziet dat het middelengebruik/gokgedrag is aangeleerd door sociale rolmodellen en de normen en waarden die zij uitstralen. De effectieve bestanddelen zijn het aanbieden van op abstinentie-gerichte normen en rolmodellen. Dit gebeurt in de 12-stappenbenadering door het bieden van abstinente rolmodellen en het identificeren met andere mensen die in de herstelfase verkeren.
- **Stress and coping theory** richt zich op de mate van stressvolle omstandigheden in iemands leven, en het vermogen daar mee om te gaan. De effectieve bestanddelen in deze theorie zijn het werken aan zelfbeheersing (efficacy) en coping strategieën. De 12-stappenbenadering voorziet hierin.

Emmelkamp en Vedel (2007) noemen de volgende therapeutische elementen die in de 12-stappenbenadering zijn terug te vinden: verbetering van sociale steun door het bijwonen van groepen, strategieën om met afhankelijkheid om te gaan en het bevorderen van de ontwikkeling van spiritualiteit.

Verder zien zij een sterke verwantschap tussen de 12-stappenbenadering en cognitieve gedragstherapie, beiden ondersteunen het ontwikkelen van gedrags- en cognitieve veranderingsprocessen.

Kritiek

Toch zijn er ambivalenties rondom de 12-stappen benadering. In een aantal reviews (Tonigan, Tosco en Miller, 1996, Kohnacki en Shadish, 1999) wordt kritiek geleverd op de methodologische kwaliteit van de onderzoeken naar de 12-stappenprogramma's. Ferri, Amato en Davoli (2006) geven aan dat er een gebrek is aan experimental evidence.

Ook in Nederlandse studies is er terughoudendheid. Ten eerste zijn de uitkomsten in Nederland eerder gericht op gecontroleerd gebruik dan op abstinentie. Verschillende malen wijst Geelen (2003) erop dat abstinentie een te nauwe effectmaat is. Ten tweede is er terughoudendheid wat betreft de spirituele connotatie van de 12-stappenbenadering; als zodanig is de benadering niet voor iedereen aantrekkelijk (Van den Brink et al., 2007).

2. Theoretisch Kader

2.1 Theorieën ter verklaring van het gokgedrag

Net als in verklaringsmodellen voor middelenafhankelijkheid staat in de verklaring voor het problematisch gokken het zogenaamde bio-psychosociale model centraal (Goudriaan, 2012). Hierin wordt benadrukt dat het gaat om een complexe gedragsstoornis waarbij biologische, psychologische en sociale factoren interacteren bij het ontstaan en voortduren van problematisch gokken. Verschillende theorieën leggen verschillende accenten. Sommige theorieën voor gezondheidsgedrag focussen zich op proximale/ affectieve en cognitieve determinanten van gedrag, zoals zelf- effectiviteit, sociaal normatieve overtuigingen, attitudes en intenties (Ajzen, 1991), terwijl andere onderzoekers zich meer richten op uiteindelijke of onderliggende oorzaken in de omvangrijke sociaal-culturele omgeving (Biglan, 2004), sociale situaties (Magnusson, 1981) of biologische processen (Asher, 1991) of persoonlijkheid (Digman, 1990). Terwijl andere theorieën zich weer richten op interpersoonlijke situaties, sociale steun en verbindende processen (Hawkins & Weis, 1985) of sociale leer processen (Bandura, 1977). Al deze ontstane kennis blijkt zeer omvangrijk omdat (1) er veel en diverse oorzaken van gedrag bestaan. Bovendien is elke oorzaak maar een stukje uit een complexe puzzel van oorzakelijke verbanden (Petraitis, Flay & Miller, 1995). (2) verschillende theorieën van gedrag hebben zich gericht op verschillende aspecten van de puzzel; (3) de bestaande theorieën blijken in veel gevallen moeilijk te bevestigen, zodat ons begrip naar de oorzakelijke verbanden onduidelijk blijft en niet volledig is. Doordat (4) de bestaande theorieën niet volledig zijn, bestaat er een beperkte vertaling van de theorie naar gerichte interventies voor gezondheidsgerelateerd gedrag. Er zijn zeer weinig bestaande theorieën t.a.v. gezondheidsgedrag die meerdere standpunten samenbrengen, en theorieën hebben op verschillende manieren beperkingen.

Om bovengenoemde bezwaren te ondervangen is er een integratieve theorie ontwikkeld, namelijk: de 'Theory of Triadic Influence (TTI)'. De TTI poogt de verschillende theorieën en variabelen te ordenen naar hun oorzaken op verschillende niveaus. Volgens Flay & Petraitis, (1994) zorgt deze benadering voor grotere en meer duurzame effecten dan de traditionele focus gericht op enkel een affectieve en cognitieve benaderingswijze. De TTI maakt onderscheid tussen drie verschillende stromingen van beïnvloeding, behorende tot de persoon (karakteristiek die bijdraagt aan de zelf- effectiviteit aangaande het gokgedrag), de situatie/ context (draagt bij aan de sociale normatieve overtuiging aangaande het gokgedrag) en de culturele omgeving (draagt bij aan de attitude aangaande het gokgedrag).

Elke stroming kan geordend worden naar de drie onderstaande oorzakelijke niveaus:

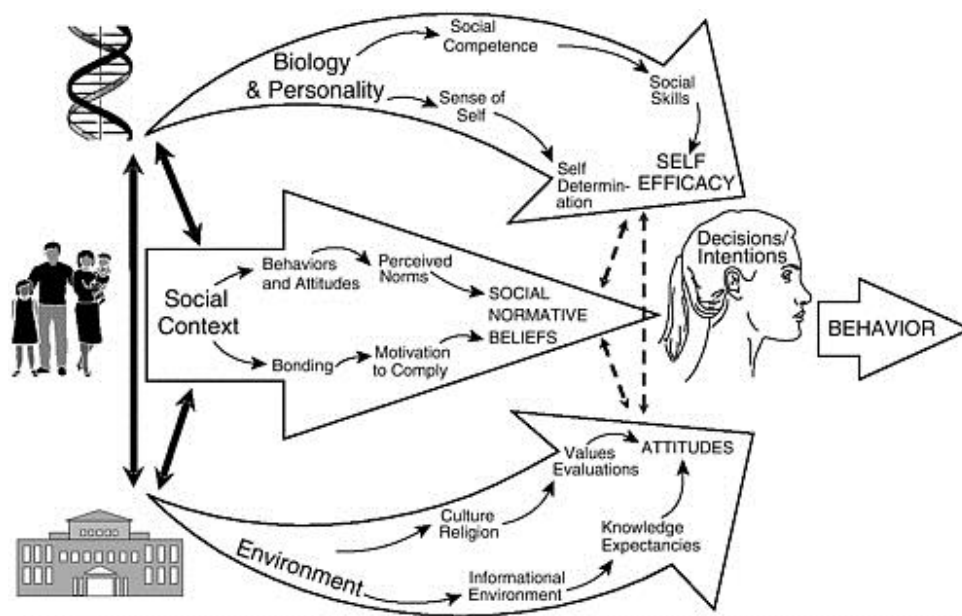
Proximaal: determinanten die heel dicht verbonden zijn aan het onderzochte gokgedrag;

Distaal: determinanten die verder afstaan van het gedrag en een meer indirecte invloed hebben op gokgedrag;

Ultiem: determinanten op verdere afstand van het individu, die toch indirect via tussenliggende processen het gedrag kunnen beïnvloeden.

De meeste gokstudies richten zich op beïnvloeding van proximale determinanten, omdat deze het meest onder de directe controle, van een persoon liggen, waardoor een persoon erop aangesproken kan worden. Ultieme factoren zijn veel moeilijker te veranderen, denk aan de basiskenmerken van iemands persoonlijkheid (Flay & Petraitis, 1994).

Figuur. 1 Drie stromingen en de oorzakelijke niveaus (ultiem, distaal en proximaal) van de TTI (Flay & Petraitis, 1994)



Er is in de huidige studie voor gekozen om de invloed van diverse intra- persoonlijke determinanten te onderzoeken. De inter- persoonlijke sociale invloeden (zoals de sociale omgeving en context) en de culturele omgevingsinvloeden worden buiten beschouwing gelaten in deze studie. Hieronder volgt een beschrijving van diverse intra- persoonlijke determinanten die zijn gekozen voor deze studie, onderverdeeld in ultieme, distale en proximale determinanten t.o.v. het gokgedrag (Flay & Petraitis, 1994).

2.2 Intra- persoonlijke invloeden

Vanuit de intra- persoonlijke stroming worden in de huidige studie diverse determinanten onderzocht binnen de drie oorzakelijke niveaus, uitiem, distaal en proximaal. De intra persoonlijke determinanten op gokgedrag zijn gebruikt vanuit de studie van Chalmers (2004), ‘beschrijvend onderzoek naar 34 (mogelijke) voorspellers van gokgedrag onder adolescenten’. Volgens het TTI model zijn de gekozen determinanten onderverdeeld volgens de drie oorzakelijke niveaus en hieronder beschreven.

2.2.1 Uitieme determinanten

Bij onderzoek naar determinanten van gedrag wordt vaak gedacht aan factoren als geslacht, opleidingsniveau en leeftijd. Deze demografische factoren hangen samen met gezondheidsgedrag, maar het zijn geen directe determinanten voor het gokgedrag. De invloed van demografische factoren verloopt indirect, dus via andere voorspellers. De literatuur is niet altijd in overeenstemming wat betreft de demografische gegevens van de problematische gokkers, maar naast verschillen zijn er ook overeenkomsten vast te stellen. Zo blijkt uit de resultaten van de meeste onderzoeken dat problematische gokkers over het algemeen mannen zijn (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Kessler, Hwang, LaBrie, Petukhova, Sampson, Winters et al., 2008; Cunningham-Williams, Grucza, Cottler, Womack, Books, Przybeck et al., 2005)), maar er zijn ook onderzoeken bekend waaruit blijkt dat geslacht geen significante rol speelt bij een gokverslaving (Källmén, Andersson & Andren, 2008; LaPlante, Nelson, LaBrie & Shaffer, 2006). Wat betreft de leeftijd blijkt uit de meeste onderzoeken dat de gemiddelde leeftijd van de problematische gokker rond de 30 jaar ligt en uiteenloopt van 25 tot 50 jaar (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; Källmén et al., 2008; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008). Over het algemeen zijn probleemgokkers ongehuwd, alleenstaand of gescheiden (de Bruin et al., 2005; Hing & Breen, 2002; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005). Wat betreft het hebben van een baan stemt de literatuur niet altijd overeen. Er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat het grootste gedeelte van de problematische gokkers een fulltime of parttime baan heeft (Fris, 1999; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008), maar er zijn ook onderzoeken waaruit blijkt dat de meeste probleemgokkers juist werkloos zijn (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005). Ook over het opleidingsniveau is geen duidelijke uitspraak te doen, omdat sommige onderzoeken stellen dat de doorsnee probleemgokker laag opge-

leid is (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008), terwijl anderen juist stellen dat deze hoog is opgeleid (Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008).

Impulsiviteit

Volgens Barratt (1985) is impulsiviteit een complex begrip dat bestaat uit meerdere onderdelen; hij maakt onderscheid in drie subschalen: attentional impulsiviteit (niet kunnen focussen op taken), motor impulsiviteit (doen zonder na te denken) en non-planning impulsiviteit (tekort aan toekomst oriëntatie). Om impulsiviteit te meten is de Barratt Impulsiveness Scale (BIS) ontworpen. Impulsiviteit is een persoonlijkheidskenmerk. Studies naar de relatie tussen persoonskenmerken en gokgedrag laten zien dat er sprake is van een indirect of ultimate verband met gedrag, waarbij de invloed van persoonskenmerken op gezondheidsgedrag verloopt via meerdere proximale en distale determinanten (Norman & Conner, 2005). Impulsiviteit bij PG's lijkt in verband te staan met een slechte behandelingsprognose. Uit onderzoek komt naar voren dat de cliënten die uitvallen significant hoger scoren op impulsiviteit in vergelijking met de cliënten die de behandeling afmaken (Leblond, Ladouceur & Blaszczynski, 2003). Er zijn echter ook studies die geen verband hebben gevonden tussen uitval in de behandeling en impulsiviteit bij PG's (Echeburua, Fernandez-Montalvo & Baez, 2001; MacCallum, Blaszczynski, Ladouceur & Nower, 2007). Een eenduidige trend of impulsiviteit in verband staat met uitval in de behandeling kan dan ook niet in de literatuur gevonden worden (Billieux et al., 2012).

Een persoonlijkheidstrekk zoals impulsiviteit is een ultieme factor. Hiervan wordt binnen de TTI verwacht dat het gemedieerd wordt door zelf-effectiviteit en de intentie tot het gedrag.

2.2.2 Distale determinanten

Mentale gezondheid (stemming, affectieve stoornis)

Driekwart van de problematische gokkers hebben symptomen van depressiviteit (Blazscinsky & McConaghy, 1988). Voor sommige, is gokken een manier om cognitieve dissonantie tegen te gaan, en de mate van depressieve gevoelens te verminderen of te ontwijken door te gaan gokken (Jacobs, 1986; Blazscinsky & McConaghy, 1989). Terwijl voor anderen depressiviteit optreedt, als reactie op financiële problemen of problemen op andere leefdomeinen. Veel studies hebben een hoge mate van 'psychosociale' problemen vastgesteld bij problematische gokkers, en met name angst en depressie zijn veel voorkomende problemen (Black & Moyer, 1998).

Behandelbetrokkenheid

Uit Australisch onderzoek is gebleken dat een hoog ervaren behandelbetrokkenheid zorgt voor gedragsbehoud in de zin van abstinentie (Smith et al., 2004; Dowling & Close, 2011). Ook onderzoek onder Aziatische PG's laat zien dat 'treatment satisfaction' de meest significante voorspeller is van afname van gokgedrag tot 6 maanden na de behandeling (Guo et al., 2012). De ervaren behandelbetrokkenheid valt binnen de TTI onder de distale intra- persoonlijke determinanten.

2.2.3 Proximale determinanten

Zelf- effectiviteit

In 1977 introduceerde Bandura het begrip self-efficacy (zelf- effectiviteit); dit is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving. Bandura stelde dat mensen enkel aan iets beginnen als zij ook geloven dat zij zelf in staat zijn om de nodige stappen uit te voeren. Hebben zij dat gevoel van haalbaarheid niet, dan beginnen zij er niet aan, zelfs als zij menen dat zij de uitkomsten wel zouden kunnen beïnvloeden. Overtuigingen met betrekking tot zelf- effectiviteit zijn bepalende determinanten voor zelfregulatie (Bandura, 1991). Zelfregulatie is een essentiële capaciteit van een organisme om zich aan te kunnen passen aan de eisen van verschillende en veranderende omgevingen (Schmitz, Schmidt, Landman & Spiel, 2007).

Zelf-effectiviteit is een dynamisch concept, dat niet alleen door de tijd verandert maar ook dient als voorspeller voor toekomstig gedrag. Er wordt verwacht dat de waargenomen zelf-effectiviteit de inschatting is van de voor het gedrag benodigde vaardigheden en daardoor van de mogelijkheid om barrières te overwinnen. Daarom is er een directe invloed verondersteld van waargenomen zelf-effectiviteit op het daadwerkelijk gedrag waardoor zelf-effectiviteit beschouwd kan worden als een proximale factor.

Sociale steun

Het is gebleken dat een waargenomen gemis aan steun vanuit familie en vrienden een risicofactor is voor de ontwikkeling van gokproblemen en instandhouding van het gokgedrag (Hardoon, Gupta, & Derevensky, 2004; Rugle & Rosenthal, 1994; Stein, 1993). Wanneer er eenmaal problemen zijn met gokken, zoeken personen met relatief sterke sociale steun netwerken, eerder professionele hulp en profiteren hier meer van (Beattie & Longabaugh, 1999). Personen met minder sociale steun netwerken hebben meer diverse problemen, die gepaard gaan met grotere moeilijkheden (Dobkin et al., 2002). Slechte sociale steun kan ook

een bepalende factor zijn voor terugval in een behandeling, vanwege het negatieve affect (depressieve stemming, verveling) dat een sterke voorspeller is voor gok episodes bij pathologische gokkers die behandeling zoeken (Morasco et al. 2004). Deze studies tonen aan dat sociale steun een belangrijke rol speelt bij de mate van gokgedrag en bij psychiatrische symptomen. Dit is vergelijkbaar met uitkomsten in middelenmisbruik studies, lagere scores op de sociale steun schaal worden geassocieerd met grotere en diverse gokproblemen, in een steekproef van oudere volwassenen die geen behandeling zoeken in vergelijking met de controlegroep (Pietrzak & Petry, 2006). Deze resultaten suggereren dat de mate van sociale steun een belangrijke determinant kan zijn voor het tot stand komen van gokgedrag, als wel de instandhouding van het gokgedrag (Oei & Gordon, 2008). Vanuit het TTI model is 'te ervaren sociale steun' een proximale factor, en van deze determinant wordt verwacht dat het een directe invloed kan uitoefenen tot de intentie tot gokgedrag en de instandhouding van het gedrag.

Intentie tot verandering van het gokgedrag

Gedragsintentie is de mate waarin iemand van plan is om bepaald gedrag uit te voeren. De gedragsintentie is een proximale factor, volgens de TTI, en vaak een resultante van verschillende andere proximale en distale determinanten. Zo kunnen mensen bereid zijn om hun gokgedrag te veranderen, wanneer ze overtuigd zijn van de nadelen van het gokken (attitude), omdat de omgeving hen stimuleert om te stoppen (sociale invloed) of omdat ze erachter komen dat het gokken teveel geld kost (economische overwegingen). Pas wanneer er voldoende determinanten zijn die positief gerelateerd zijn aan het gedrag, zullen mensen de intentie hebben om het gedrag te veranderen. Het is de verwachting dat een positieve gedragsintentie een belangrijke voorwaarde vormt voor het veranderen van het gedrag (Kelly et al., 2003).

Indicatie Gokgedrag

Het hebben van conflicten met mensen en problemen op het werk zijn de grootste leefstijl problemen die het risico op een gokverslaving vergroten. Het verliezen van de controle op één van de levensdomeinen (werk/school, gezondheid, vrije tijd activiteiten en relaties) vergroot de kans op risicovol gokgedrag met 32,3%.

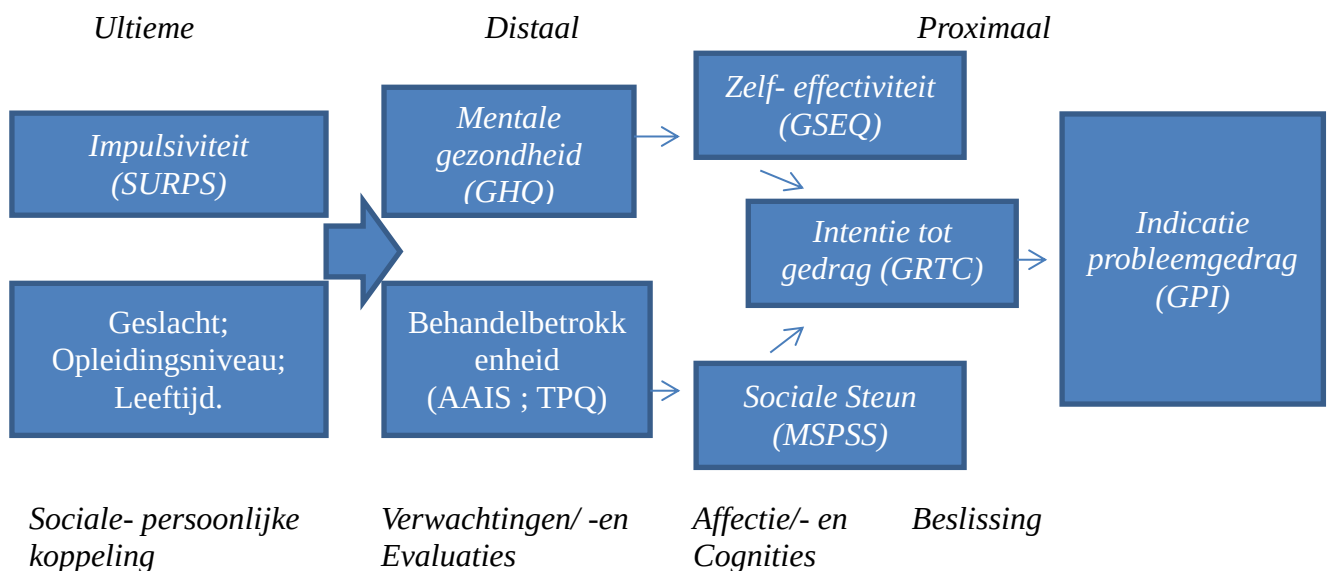
Bij structurele problemen op meerdere levensdomeinen neemt het risico op gokgedrag verder toe (43,1%) (van Rooij & van Mheen, 2012). De GPI (Gambling Problem Index) vragenlijst onderzoekt de mate van gokproblemen op meerdere levensdomeinen. Deze

vragenlijst kent een correlatie van 0.81 t.o.v. het daadwerkelijke gokgedrag en geldt als een indicatie voor gokgedrag (Neighbours et al. 2002). Hoe personen gokgedrag ervaren hangt af van, de mate van omvang over hun verwachtingen die ze hebben t.o.v. het huidige gokgedrag. Het resultaat van gedrag geeft mensen meteen feedback over zowel de positieve als negatieve consequenties van gokgedrag. De gewijzigde of gesterkte kennis beïnvloed vervolgens het toekomstige gokgedrag. Het toekomstige gokgedrag is een resultaat van allerlei integratieve factoren die onderzocht dienen te worden op aard en sterkte (i.d.v. van causale verbanden). (Zimmerman, 2001).

2.3 Onderzoeksmodel

Aan de hand van de TTI is er een model opgesteld met diverse gekozen determinanten voor gokgedrag. Deze zijn ingedeeld volgens een inschatting van de verschillende niveaus van waarschijnlijke oorzaken t.o.v. het gokgedrag, namelijk volgens (1) de sterkte van de causale link (2) de afstand tussen de oorzaak en het gedrag, dit in termen van het aantal mediators die bestaan tussen de uiteindelijke oorzaak en het gedrag (Glass & Mcatee, 2006).

Figuur 2. De causale keten van de gekozen intra- persoonlijke determinanten



2.4 Onderzoeksvragen

Vanuit de gokliteratuur is er nog weinig inzicht in de determinanten van gokgedrag. Wat is de sterkte van diverse determinanten t.o.v. het gokgedrag en wat is de afstand tussen de oorzaak en het gokgedrag (dit in termen van mediators die bestaan tussen de uiteindelijke oorzaak en het gedrag). In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op diverse ultieme, distale en proximale intra- persoonlijke determinanten voor gokgedrag (Flay & Petraitis, 1994). Het huidige onderzoek is onderverdeeld in twee deelstudies. In deelstudie 1 vindt een beschrijvende analyse plaats van de gekozen intra- persoonlijke gedragsdeterminanten onder nieuwe deelnemers aan de zelf- hulp bijeenkomsten van het AGOG. Er wordt breed gekeken naar de eigenschappen van deze pathologische gokkers die startten met de zelfhulp bijeenkomsten van het AGOG. Daarnaast wordt in deelstudie 1 bekeken of er gedurende de zelfhulpbijeenkomsten verandering te zien is bij de intra- persoonlijke determinanten.

In deelstudie 2 wordt onderzocht in hoeverre de gekozen ultieme (impulsiviteit, demografische kenmerken), distale (mentale gezondheid, behandelbetrokkenheid) en proximale (Zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun) gedragsdeterminanten geassocieerd kunnen worden met de afhankelijke variabelen (intentie tot verandering van het gokgedrag en de indicatie voor gokgedrag). Er is gekozen voor de afhankelijke variabelen ‘intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC-schaal) en de ‘indicatie voor gokgedrag (GPI- schaal)’ omdat deze volgens de determinanten analyse vanuit het TTI model het dichtste bij het gedrag staan.

Vanuit de bovengenoemde onderzoeksvraag zijn, a.d.h.v. het TTI- model, een drietal hypothesen geformuleerd voor deelstudie 2.

Deelstudie 1.

Hypothese 1: Welke intra- persoonlijke determinanten bij AGOG deelnemers spelen een rol bij de baselinemeting?

Hypothese 2: Bij welke intra- persoonlijke determinanten is gedurende de zelfhulp bijeenkomsten verandering te zien?

Deelstudie 2.

Hypothese 1: Welke intra- persoonlijke determinanten hangen in de bivariate analyse samen met probleemgedrag?

Hypothese 2. Welke intra- persoonlijke determinanten kunnen onafhankelijk bijdragen aan de verklaring van probleemgedrag?

3. Methode: deelstudie 1

In de methode worden allereerst algemene gegevens beschreven over de respondenten in de steekproef. Vervolgens wordt de gehanteerde procedure in dit onderzoek beschreven, het gebruikte meetinstrument en de data-analyse.

3.1 AGOG- afdelingen & respondenten

Het bestuur van Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers (AGOG) heeft toestemming gegeven voor de uitvoering van dit onderzoek. Het onderzoek heeft zich gericht op pathologische gokkers die nieuw deelnamen aan de zelfhulp bijeenkomsten van het AGOG. Er bestaan in Nederland 21 afdelingen van het AGOG, die tot 2013 altijd zelfstandig opereerden onder de overkoepelende naam, Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers. 11 van de 21 afdelingen hebben afgezien van deelname aan het onderzoek. 54,5% van deze afdelingen gaf aan 'autonoom en onafhankelijk te willen functioneren'. 37,5% van de afdelingen vindt een dergelijk onderzoek te belastend voor de nieuwe AG-ers. Verder geeft 9% aan de huidige werkwijze goed te vinden en geen onderzoek noodzaak te zien. Uiteindelijk hebben 7 afdelingen aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek. Het betreft de volgende locaties: Amsterdam, Breda, Nijmegen, Zwolle, Utrecht, Enschede, en Eindhoven. De overige afdelingen die twijfelden hebben toch besloten om af te zien van deelname in overleg met deelnemers en overige gespreksleiders. Vanuit één afdeling wordt benoemd dat ze bang zijn dat het onderzoek niet strookt met de regels en waarden die zij hebben ten aanzien van de invulling van de zelfhulpbijeenkomsten. Vanuit de 7 verschillende afdelingen hebben uiteindelijk 9 nieuwe- deelnemers zich bereid gevonden om deel te nemen aan de studie. 6 van de 9 deelnemers hebben de gestandaardiseerde vragenlijst eenmalig ingevuld bij de baseline meting (eerste bijeenkomst aan het AGOG). 3 van de 9 deelnemers hebben de gestandaardiseerde vragenlijst, na de baselinemeting, ook nog op tijdsmeting 1 ingevuld. Bij de tijdsmetingen 2 en 3 is de gestandaardiseerde vragenlijst niet meer ingevuld door de respondenten.

3.2 Procedure

Respondenten volgen de zelfhulpbijeenkomsten van het AGOG wekelijks. Tijdens de aanmelding wordt de eerste intakevragenlijst afgenomen. Er werd in een introductie door de gespreksleiders, volgens een geprotocolleerde aanleiding, toestemming gevraagd aan de nieuwe deelnemers om deel te nemen en om de gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderwijs. Hen is verteld dat er geen persoonsgegevens worden verstrekt in de

onderzoeksrapportage. Het was aan de nieuwe deelnemers zelf om al dan niet deel te nemen. Hiervoor is gekozen om het verlooptraject van de nieuwe deelnemers niet negatief te beïnvloeden. Wel met het risico dat nieuwe- deelnemers die hun gokproblematiek erkennen en bereid zijn dit gedrag te veranderen deelnemen en nieuwe deelnemers die zelf geen probleem ervaren met het gokken (veelal gestuurd door een familielid of vriend) niet willen deelnemen aan het onderzoek. Alle vragenlijsten zijn digitaal ingevuld, via een link die leidt naar de website van thesistools, en antwoorden werden via deze website automatisch in een Excel bestand gezet. Vanuit daar zijn alle gegevens overgezet in SPSS 22.0.

3.3 Inclusie – exclusie criteria

Nieuwe deelnemers aan de zelfhulpbijeenkomsten van het AGOG worden toegelaten aan het onderzoek. Het moet om gokkers gaan die minimaal 2-3 keer per week gokken; pathologische gokkers. Er worden alleen deelnemers toegelaten die meteen ten tijde van de eerste bijeenkomst van het AGOG een baseline meting hebben ingevuld. Dus nieuwe - deelnemers die al enkele bijeenkomsten van het AGOG worden niet toegelaten aan het onderzoek.'

3.4 Interventie

Er is gekozen voor een longitudinaal (cohort) onderzoek, waarbij herhaaldelijk en op dezelfde manier metingen worden verricht om ontwikkelingen van determinanten in kaart te brengen. Nieuwe deelnemers zullen vanaf hun eerste AGOG bijeenkomst hetzelfde construct viermaal invullen, met tijdsperiodes van 28 dagen tussen de afnames. Door respondenten te volgen over tijd, kan worden gekeken in hoeverre de gekozen intra- persoonlijke determinanten geassocieerd kunnen worden met gokgedrag. Voor het volgen van trends is een controlegroep niet nodig (van der Zee, 2010). Voor het kunnen stellen van alternatieve verklaringen is het toepassen van een controlegroep wel zinvol, maar hierop ligt niet de focus van deze studie. Het risico van 'uitvallers' aan het onderzoek is erg groot bij longitudinaal onderzoek (Salazar et al., 2010). Dit is ook gebleken bij de AGOG afdelingen die deelnamen. Er toonden zich 20 nieuwe deelnemers bereid tot deelname aan het onderzoek. Deze zijn geworven in een tijdsperiode tussen december 2013 en maart 2014. Dit om mogelijke seizoen effecten tegen te gaan. Zij kregen allemaal een link toegestuurd via de email en zij dienden het onderzoek in dezelfde week te hebben ingevuld. Wanneer deze niet in de periode van 1 week werd ingevuld stuurde de onderzoeker een reminder via de SMS. 3 nieuwe- deelnemers bleken na één AGOG- bijeenkomst niet meer te zijn teruggekomen, 2 nieuwe- deelnemers hadden teveel 'missing values', waardoor ze buiten beschouwing zijn gelaten en van de overige 6 nieuwe

deelnemers is de reden van 'uitval' aan het onderzoek onbekend. Vanuit de 7 verschillende afdelingen hebben uiteindelijk 9 nieuwe- deelnemers zich bereid gevonden om deel te nemen aan de studie. 6 van de 9 deelnemers hebben de gestandaardiseerde vragenlijst eenmalig ingevuld bij de baseline meting (eerste bijeenkomst aan het AGOG). 3 van de 9 deelnemers hebben de gestandaardiseerde vragenlijst, na de baselinemeting, ook nog op t1 ingevuld. Bij de t2 en t3 is de gestandaardiseerde vragenlijst niet meer ingevuld door de respondenten. Doordat de gestandaardiseerde vragenlijst niet is ingevuld over t2 en t3, kunnen er geen significante uitspraken worden gedaan met betrekking tot de (in)stabiliteit van de intra- persoonlijke determinanten over tijd. Er kan alleen worden beschreven in hoeverre de intra- persoonlijke determinanten veranderd zijn tussen de baseline meting en t1. Er wordt daarom ook een beschrijvende analyse uitgevoerd van de baseline kenmerken van de pathologische gokkers die deelnamen aan de zelf- hulp bijeenkomsten van het AGOG. Van de (N=3) groep vindt een vergelijking plaats tussen de baseline kenmerken en de kenmerken tijdens t1.

3.5 Meetinstrumenten

Er is gebruikgemaakt van de volgende meetinstrumenten. Dit zijn intra- persoonlijke determinanten voor gokgedrag. De constructen zijn samengevoegd tot één vragenlijst.

Demografische kenmerken

Demografische kenmerken: geslacht, leeftijd, afdeling AGOG en hoogst afgeronde opleiding.

Gambling Readiness to change scale (GRTC)

De GRTC is een 9- item likert schaal { van 'helemaal mee oneens (1) tot 'helemaal mee eens'} met elk drie items die een stadia van gedragsverandering meet: pre- contemplatie, contemplatie, actie fase. Pre- contemplatie is het stadium waarin een cliënt nog niet klaar is om te veranderen. De cliënt is zich nog niet bewust van of ontkent zijn problemen. Informatieverstrekking en motiverende gespreksvoering kan een effectieve interventie zijn. Mensen in de contemplatie fase zijn zich bewust van hun problemen en de voor- en nadelen van overmatig gokken worden tegen elkaar afgewogen. Motiverende gespreksvoering is de ideale aanpak om cliënten aan te zetten tot actie. Actieve gedragsverandering is in de contemplatie fase nog niet rendabel, dit gebeurt in de actie fase. In dit stadium is een cliënt overtuigd om te willen veranderen. De respondenten geven bij elke vraag aan in welke mate zij het met de stelling eens zijn (Neighbors et. al. 2002). Een hogere totaal score staat hierbij samen tot een hogere bereidheid tot verandering van het problematische gokgedrag. De GRTC heeft een hoge betrouwbaarheid, met een interne betrouwbaarheid van de totale schaal

van ($\alpha = 0.81$). De GRTC geeft de huidige bereidheid tot gedragsverandering weer.

The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

De MPSS is samengesteld uit 12-items, het adresseert relaties met families, vrienden en het legt andere significante gebieden vast: sociale populariteit (e.g. 'Ik ontvang uitnodigen om bij anderen te zijn'), respect (e.g. mensen kijken op tegen mij), en items direct verbonden aan de 'te ontvangen sociale steun'. De rating van elke item gebeurt volgens een 7-punt Likert schaal, variërend van (1) helemaal mee oneens tot (7) helemaal mee eens. De totale schaal heeft een goede interne betrouwbaarheid ($\alpha = 0.88$), net als de losstaande subschalen voor familie ($\alpha = 0.87$), vrienden ($\alpha = 0.85$) en andere ($\alpha = 0.91$). De test-retest betrouwbaarheid voor de significante subschalen, andere, familie en vrienden is ook respectievelijk ($\alpha = 0.72; 0.85; 0.75$) en voor de totale schaal een waarde van ($\alpha = 0.85$). Al met al laat de MPSS een goede interne validiteit en een adequate stabiliteit over een tijdsperiode zien (Zimet et al. 1988). De MPSS is al gebruikt als voorspellende variabele, om de samenhang tussen 'sociale steun' en de uitval uit een gokbehandeling te verklaren (Smith et al. 2012). Voor de vragenlijst MPSS (de te ervaren sociale steun, familie, vrienden en overige relaties) geldt een lage ervaren sociale steun bij een score variërend van 1.0 tot en met 2.9, een gemiddelde ervaren sociale steun bij een score tussen de 3 en 5 en een hoge ervaren steun bij een score variërend van 5.1 tot en met 7.

Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)

De TPQ is een 10-items vragenlijst, die ook open-responses en feedback toestaat ten opzichte van de behandel servicetevredenheid. Een globale score is toegestaan bij het opsommen van de scores van alle items (Marsden et al. 1998). De schaal heeft een goede interne betrouwbaarheid ($\alpha = 0.83$) en acceptabele test-retest betrouwbaarheid met een interne correlatie coëfficiënt (ICC's) variërend van 0.40- 0.60. De TPQ is samengesteld om aan het einde van een behandeling af te nemen. Echter is de TPQ in het onderzoek van Guo et al. (2012) gebruikt om de tevredenheid over een gokbehandeling te meten over een interveniërende periode, met verscheidene meetmomenten. Een hoge tevredenheid over de zelfhulpbijeenkomsten refereert aan een score van 30 of meer op de TPQ. Een gemiddelde tevredenheid ervaart een nieuwe deelnemer bij een score van 25 tot 30 en een lage tevredenheid over de zelfhulpbijeenkomsten hebben ervaren deelnemers bij een score van minder dan 25.

Gambling Problem Index (GPI)

De GPI is uit 20- items bestaande vragenlijst. De GPI is voortgekomen en gemoderniseerd na de 'Rutgers Alcohol Problem Index' (RAPI; White & Labouvie, 1989). Het meetinstrument is in eerste instantie ontworpen om alcohol gerelateerde problemen vast te stellen en is vervolgens ook gebruikt bij gok gerelateerde problemen. Voor elk item worden respondenten gevraagd om aan te geven hoe vaak ze een negatieve consequentie hebben ervaren gedurende de afgelopen maand, doordat ze aan het gokken waren (Neighbours et al., 2002). De vraag is samengesteld volgens een 5- punt Likert schaal (nooit (0) tot tien of meer keer (5)). De totale schaal van de GPI is intern consistent ($\alpha = 0.84$) en toont een goede convergente validiteit, als wel een adequate stabiliteit over een tijdsperiode. Een lage score duidt op weinig negatieve consequenties t.g.v. het gokken en een hoge score duidt op veel negatieve consequenties t.g.v. het gokken. De tijdsperiode is in het huidige onderzoek aangepast van 6 maanden naar 4 weken, om de verandering van gok gerelateerde problemen gedurende een tijdsspanne binnen de behandeling te kunnen vastleggen.

Gambling self- efficacy Questionnaire (GSEQ).

De GSEQ is ontworpen als een zelf beschrijvende maat, om te achterhalen wat de waargenomen zelf- effectiviteit is en om het gokgedrag te controleren in verscheidene situaties. Voorafgaand aan elke vraag wordt de volgende stelling gegeven. *Ik ben in staat om mijn gokgedrag te controleren.* Deze stelling is dezelfde als degene die succesvol is gebruikt in instrumenten, die de waargenomen zelf- effectiviteit taxeert ten aanzien van het controleren van specifiek verslaafd gedrag (Annis & Graham, 1988). Respondenten wordt gevraagd om aan te geven in hoeverre ze er vertrouwen in hebben om in elke situatie niet terug te vallen in het (oude) gokgedrag (0-20, geen vertrouwen; 80-100, veel vertrouwen). De 16- items hebben een interne betrouwbaarheid van ($\alpha = 0.96$). De vragenlijst is tevens stabiel bij de afwezigheid van een interventie. Gebaseerd op de zelf- effectiviteit theorie, is het de verwachting dat degene die problemen ervaren ten aanzien van het gokgedrag, een lagere waargenomen zelf- effectiviteit ervaren om het gokgedrag te controleren ten opzichte van degene die geen gokproblemen ervaren (May et al., 2003).

Alcohol Anonymous Involvement Scale (AAI)

De AAI is een 13- items 'self'-report' vragenlijst met vragen over de opkomst en betrokkenheid binnen de AA. Deze is vervolgens gewijzigd, voor het gebruik van de vragenlijst bij GA deelnemers, om op deze manier het programma accuraat te kunnen

reflecteren. Als voorbeeld, een vraag in de AAI is gerelateerd aan 90 ontmoetingen in 90 dagen, deze is weggelaten, aangezien dit niet aan de orde is bij GA bijeenkomsten (één keer per week) (Tonigan, Connors & Miller, 1996). De uiteindelijke vragenlijst bevat 15 vragen die beantwoord kunnen worden met 'ja' en 'nee' (ja= 1; nee=0). Hogere scores geven een hogere betrokkenheid en deelname aan bij GA bijeenkomsten. De schaal heeft een goede interne betrouwbaarheid van ($\alpha=0.85$), waarbij elk van de 11 items correleert met de totale schaal score van 0.30 of hoger (Tonigan et. al., 1996)

General Health Questionnaire (GHQ).

De GHQ- 12 is ontworpen door Goldberg. Het is in eerste instantie toegepast om de niet-psychotische psychiatrische morbiditeit in de algehele populatie (e.g. angst, depressie, zelfbewust) te achterhalen, en is vervolgens ook binnen andere thema's herkend, waaronder de verslavingszorg. De vragenlijst bestaat uit 12- items, en maakt gebruik van een 4- punt Likert schaal, om de algehele gezondheid in de huidige situatie te bepalen. De score wordt als volgt toegepast (0,0,1,1). Respondenten ervaren milde psychische klachten bij een score van 4 of hoger (range van 0-12) op de GHQ-12. Hoe hoger de score op de GHQ-12 hoe meer psychische klachten iemand ervaart. De vragenlijst heeft een hoge interne betrouwbaarheid, met ($\alpha= 0.90$). De test- re test betrouwbaarheid varieert tussen de 0.55 en 0.85 (Goldberg, 1992).

3.6 Data- analyse

In de huidige studie zijn alle statistische analyses uitgevoerd met behulp van SPSS 22.0. Op basis van de Skewness (<0.70) en Kurtosis (<0.75) is gebleken dat de primaire uitkomstmaat als verdeling normaal is. In het onderzoek zijn alle statistische analyses uitgevoerd met behulp van SPSS 22.0. Er vindt een beschrijvende analyse plaats van de baselinekenmerken, vanwege de kleine steekproef ($N=9$). Vervolgens vindt er een vergelijking plaats tussen de baseline kenmerken en de t1 kenmerken van ($N=3$). Op deze manier kan een kwalitatieve uitspraak worden gedaan over de verschillende scores op de constructen over de tijd.

4. Methode: deelstudie 2

4.1 Procedure

Er wordt gebruik gemaakt van de steekproef uit deelstudie 1 naar het gokgedrag van nieuwe deelnemers aan de zelfhulp bijeenkomsten van het AGOG (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers). Dit betrof een longitudinale studie met als doel de effecten van determinanten te meten op gokgedrag over een tijdsperiode. De steekproef (N=9) was echter te klein om significante associaties te kunnen leggen tussen de gekozen intra- persoonlijke determinanten en de (intentie) tot gokgedrag. De kleine steekproef (N=9) in deelstudie 1 maakt dat er alleen kwalitatieve baselinekenmerken zijn beschreven, terwijl er interesse bestaat in groter inzicht in de aard en ernst van de oorzakelijke determinanten op de (intentie) van het gokgedrag. Daarom is er voor gekozen om in deelstudie 2 vanuit het TTI model te onderzoeken in hoeverre de ultieme (impulsiviteit, demografische kenmerken), distale (mentale gezondheid, behandelbetrokkenheid) en proximale (zelf-effectiviteit en te ervaren sociale steun) gedragsdeterminanten geassocieerd kunnen worden met de afhankelijke variabelen (intentie tot gokgedrag en de Probleem Index van Gokken). Om significante uitspraken te kunnen doen over associaties tussen de gedragsdeterminanten is het van belang om een grotere steekproef te werven, bestaande uit pathologische en recreatieve gokkers zoals Raylu & Oei (2002) deze hebben omschreven. Vanwege de looptijd van de studie is ervoor gekozen om respondenten te werven volgens de 'sneeuwbal' methode. De onderzoeker benadert 'recreatieve' en 'pathologische' gokkers en vraagt hen deel te nemen aan de studie. Hen werd vervolgens gevraagd ook de voor hen bekende 'recreatieve' en 'pathologische' gokkers te vragen om deel te nemen aan de studie. Waardoor in een korte periode veel respondenten geworven kunnen worden. De onderzoeker benadert de potentiële respondenten individueel via de email. Hierin wordt uitleg gegeven over het doel van de studie, de duur van de studie, en hierin wordt omschreven dat de anonimiteit wordt gewaarborgd. De respondenten konden de hyperlink gebruiken om doorverwezen te worden naar de vragenlijst. De vragenlijst kon worden afgenomen via de website Qualtrics.com.

Alle data zijn verzameld met behulp van het digitale programma 'Qualtrics'. Antwoorden worden automatisch overgezet in een Excel bestand. Van daaruit zijn alle gegevens omgezet naar SPSS 22.0 voor verdere analyses

4.2 Inclusie – exclusie criteria

Deelnemers worden toegelaten aan het onderzoek wanneer zij minimaal zes keer op jaarbasis gokken (Raylu & Oei, 2002). Hiermee vallen zij onder de doelgroep 'recreatieve gokkers.' Daarnaast is het een vereiste dat de potentiële deelnemers minimaal 18 jaar oud zijn. Onder gokken worden alle kansspelen verstaan waar geld aan gespendeerd wordt. Dit zijn gokkasten, krasloten, (online)sportbetting, video games en loterijen.

Inclusie	Exclusie
Minimaal zes keer gokken per jaar 18 jaar en ouder 'echt' geld	Minder dan zes keer gokken per jaar Jonger dan 18 jaar 'geen echt' geld

4.3 Respondenten

De totale steekproef (N=44) bestaat uit voornamelijk mannen (31 mannen tegenover 13 vrouwen). De leeftijdscategorie van de steekproef (N=44) varieert van 20 tot en met 70 jaar. Alle respondenten zijn afkomstig uit de provincie Overijssel. De demografische baselinekenmerken en de gokindicatoren van de respondenten staan beschreven in tabel 1. De steekproef kent een brede range met een gemiddelde leeftijd van 36,7 jaar en een standaarddeviatie van (SD= 15,6 jaren). Meer dan twee derde van de respondenten is jonger dan 35 jaar (68,2%). Het grootste gedeelte van de respondenten bevindt zich in de leeftijdscategorie van 26- 35 jaar (45,4%). Het opleidingsniveau is als volgt onderverdeeld onder de steekproef: 25% MBO; 36,4% HBO; 29,5% WO. Er is een grote variatie in de hoeveelheid geld die de respondenten jaarlijks verliezen aan het gokken. 47,6% van de respondenten verliest jaarlijks gemiddeld minder dan 200 euro (hier zitten ook de respondenten tussen die jaarlijks gemiddeld geld winnen). 20,5% van de respondenten verliest jaarlijks gemiddeld 200 tot 700 euro en de overige respondenten (22,8%) verliest jaarlijks gemiddeld 2000 euro of meer aan het gokken. Bijna de helft van de respondenten (47,8%) ervaart geen negatieve consequenties ten aanzien van verschillende levensdomeinen (wonen, werken/ school, vrije tijd activiteiten, algemeen dagelijkse levensverrichtingen). 21,7% van de respondenten ervaart wel 1-2 keer per maand negatieve consequenties door het gokken op minimaal één van de verschillende levensdomeinen en 18,1% van de respondenten ervaart minimaal 6-10 keer negatieve consequenties op minimaal één van de verschillende levensdomeinen.

Tabel 1. Demografische baseline kenmerken en gokindicatoren van de respondenten (N=44)

	Man (N / %)	Vrouw (N/%)	P-waarde
Leeftijd (sd= 38)			
16-25	6 (13,6%)	4 (9,6%)	
26-35	17 (38,6%)	3 (6,8%)	
36-45	2 (4,5%)	0 (0,0%)	
46-55	1 (2,5%)	1 (2,25%)	
55+	5 (11,4%)	5 (11,4%)	(0.01)
Opleiding			
Lager Beroepsonderwijs	4 (9%)	0 (0,0%)	
Middelbaar Beroepsonderwijs	6 (13,6%)	5 (11,4%)	
Hoger Beroepsonderwijs	12 (27,3%)	4 (9,1%)	
Wetenschappelijk Onderwijs	9 (20,5%)	4 (9,1%)	(0.21)
Intentie tot gokgedrag (GRTC)			
Pre- contemplatie	2 (4,5%)	2 (4,5%)	
Contemplatie	12 (27,2%)	1 (2,25%)	
Actie fase	17 (38,7%)	10 (22,8%)	(0.00)
Gokfrequentie			
Meerdere keren per week	9 (20,5%)	1 (2,25%)	
Wekelijks – één keer per maand	12 (27,2%)	7 (15,9%)	
Om de maand	10 (22,8%)	5 (11,4%)	(0.12)
Hoeveel (SD) verloren op jaarbasis			
Minder dan 25 – 200	14 (31,7%)	7 (15,9%)	
200 – 700	5 (11,4%)	4 (9,1%)	
700 – 2000	3 (6,8%)	1 (2,25%)	
Meer dan 2000	9 (20,5%)	1 (2,25%)	(0.18)
Gok probleem Index (GPI)			
<i>Negatieve consequenties t.g.v. gokken in de afgelopen 4 weken</i>			
0 keer	12 (27,3%)	9 (20,5%)	
1-2 keer	9 (20,5%)	3 (6,8%)	
3-5 keer	3 (6,6%)	0 (0,0%)	
6-10 keer	7 (15,9%)	1 (2,25%)	(0.16)

4.4 Meetinstrument

Er wordt gebruik gemaakt van het samengestelde meetconstruct uit deelstudie 1, met enkele aanpassingen. Het totale construct bestaat uit 105- items. De meetinstrumenten AAI en TPQ zijn weggelaten in de huidige studie, omdat de respondenten niet per definitie een behandeling hoeven te hebben gevolgd (betreft ook recreatieve gokkers).

De SURP- schaal is aan het meetinstrument toegevoegd, omdat de mate van impulsiviteit volgens het TTI model een belangrijke onderliggende determinant kan zijn voor het gokgedrag.

De meetinstrumenten (GRTC, MSPSS, GSEQ, en de GHQ) zijn al uitgebreid beschreven in de methode van deelstudie 1. Hieronder wordt alleen de toegevoegde SURP- schaal nader omschreven.

Substance Use Risk Profile Scale (SURP)

De SURP- bestaat uit 23- items. Het is allereerst samengesteld voor twee verschillende populatie sets, vrouwelijke drugsgebruikers, en studerende groepen (Woicik et. al., 1999). De 23- items zijn onderverdeeld in vier verschillende subschalen, met een goede interne betrouwbaarheid binnen elke subschaal en een adequate (gemiddelde inter- item correlaties). Er wordt in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van de subschaal Imp, (items, 2,5,11,15, 22). Deze meet de mate van impulsiviteit. Er is binnen deze subschaal 'impulsiviteit' sprake van een redelijk goede interne betrouwbaarheid van ($\alpha = 0.75$). De respondenten kunnen door middel van een 4- punt Likert schaal aangeven in hoeverre ze het eens zijn met de stellingen (volledige mee oneens, mee oneens, mee eens en volledig mee eens (Woicik et al., 2005).

4.5 Data- analyse

In de huidige studie zijn alle statistische analyses uitgevoerd met behulp van SPSS 22.0. Op basis van de Skewness (<0.5) en Kurtosis (<0.5) is gebleken dat de primaire uitkomstmaat als verdeling normaal is. Het betreft gestandaardiseerde meetinstrumenten die al in eerdere gokstudies zijn gebruik en die een hoge interne betrouwbaarheid hebben (Chronbach's Alpha minimaal 0.70). Correlatie analyses (Spearman's rank order correlation) zijn uitgevoerd om relaties te onderzoeken tussen de onafhankelijke 'ultieme' (impulsiviteit, demografische kenmerken) 'distale' (mentale gezondheid en behandelbetrokkenheid) en 'proximale' (zelf-effectiviteit en te ervaren sociale steun) determinanten en de afhankelijke variabelen (intentie tot gokgedrag en de indicatie voor gokgedrag). Ten slotte, is een meervoudige regressie analyse gebruikt om te onderzoeken welke onafhankelijke determinanten significante relaties vertonen met de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC) en de GPI als indicatie voor daadwerkelijk gokgedrag, en welke mate van variantie door de onafhankelijke variabelen wordt verklaard. Er wordt zowel een meervoudige regressie analyse uitgevoerd voor de intentie tot verandering van het gokgedrag als voor de indicator die geldt voor de mate van het huidige gokgedrag. Er worden alleen significante voorspellers gebruikt in de meervoudige regressie analyse. In tabel 6 wordt de meervoudige regressie analyse uitgevoerd voor de indicator die geldt voor de mate van het huidige gokgedrag (GPI). In model 1 van deze meervoudige regressie analyse wordt de significante ultieme determinant t.o.v. de GPI

toegevoegd. In model 2 worden de significante distale determinanten t.o.v. de GPI daaraan toegevoegd. Ten slotte worden in model 3 de significante proximale determinanten t.o.v. de GPI toegevoegd. Er wordt geen meervoudige regressie analyse uitgevoerd voor de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC). Er bestaan namelijk geen significante ultieme en distale determinanten t.o.v. de GRTC.

5. Resultaten

5.1 Ultieme determinanten deelstudie 1 en 2

Deelstudie 1

De baseline meting is door 9 nieuwe deelnemers van het AGOG ingevuld. 33,3% van de respondenten hebben het meetinstrument ook bij t1 ingevuld. In tabel 1 worden de overige baseline kenmerken weergegeven van (N=9). De leeftijd is variërend met een gemiddelde leeftijd 38 jaar, en een minimum leeftijd van 20 en een maximum leeftijd van 63. Dit geldt ook voor het aantal gokjaren van de nieuwe deelnemers. Deze is variërend van 5 tot en met 35 jaar, met een gemiddelde van 13,8 jaar.

Tabel 2. Baseline kenmerken Nieuwe- Deelnemers AGOG- bijeenkomsten

	Percentage	N
Leeftijd (sd= 38)		
16-25	22,2%	2
26-35	33,3%	3
36-45	11,1%	1
46-55	11,1%	1
55+	22,2%	2
Geslacht		
Man	88,9%	8
Vrouw	11,1%	1
Opleiding		
Lager Beroepsonderwijs	22,2%	2
Middelbaar Beroepsonderwijs	22,2%	2
Hoger Beroepsonderwijs	33,3%	3
Wetenschappelijk Onderwijs	22,2%	2
AGOG Afdeling		
Utrecht	33,3%	3
Zwolle	11,1%	1
Amsterdam	11,1%	1
Breda	22,2%	2
Nijmegen	11,1%	1
Aantal gokjaren		
1-5 jaar	22,2%	2
6-10 jaar	22,2%	2
11-15 jaar	22,2%	2
16 of meer	33,3%	3

Deelstudie 2

Demografische kenmerken

Er is geen significante relatie tussen de verschillende demografische kenmerken leeftijd, geslacht en opleidingsniveau en de intentie tot verandering van het gokgedrag en de indicatie voor het huidige gokgedrag. (Zie tabel 3)

Impulsiviteit

41,3 % van de respondenten geeft aan 'impulsief te zijn'. Dat zit met name in de volgende aspecten: 51,4% van de respondenten denkt niet goed na voordat hij of zij iets zegt en zo begeeft 34,3% van de respondenten zich regelmatig in situaties waar ze later spijt van krijgen. Variantie analyses zijn uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC- schaal), de indicator voor gokgedrag (GPI) en de mate van impulsiviteit. Er is geen sprake van een significante relatie, tussen de GRTC en de mate van impulsiviteit ($r=.037$; $p=.83$). Wel is er sprake van een significante relatie tussen de GPI en de mate van impulsiviteit ($r=.513$; $p=.002$). Hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe hoger de mate van impulsiviteit.

Tabel 3. Correlaties tussen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau en de GRTC en GPI- schaal.

	GRTC	GPI
Leeftijd	.099	.024
Geslacht	-.245	-.201
Opleidingsniveau	-.217	-.268
Impulsiviteit	.037	.513**

*Correlatie is significant op level 0.05

** Correlatie is significant op level 0.01

5.2 Distale determinanten deelstudie 1 en 2

Behandelbetrokkenheid

De gemiddelde totaal score op de TPQ bedraagt 2.6. onder de nieuwe deelnemers van de AGOG bijeenkomsten. Een hogere score (max. gemiddelde totaal score 4) geeft een hogere mate van algehele tevredenheid over de behandeling aan. Dit betekent dat de nieuwe deelnemers redelijk tevreden zijn over de zelfhulp bijeenkomst van het AGOG zoals deze wordt ingevuld. Een hogere score (max. score van 15) op de AAI vragenlijst geeft een hogere mate van betrokkenheid aan m.b.t. de zelfhulpmethode (12- stappenplan) van het AGOG. 77,8% van de nieuwe deelnemers heeft een totaal score van 7 of lager, met een minimum van 1. De overige 23,2% van de nieuwe deelnemers hebben een score van 8.

Dit betekent dat er sprake is van een lage betrokkenheid m.b.v. de zelfhulpmethode (12-stappenplan) van het AGOG. Slechts 23,2% van de nieuwe deelnemers is bezig met het uitvoeren van één van de 12 stappen die leiden tot herstel. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat de gemiddelde score op de TPQ toeneemt van 2.7 naar 3.1, dit betekent dat de deelnemers (n=3) na een maand meer tevreden zijn over de zelfhulp bijeenkomst van het AGOG. Verder blijkt uit de longitudinale analyse (n=3) dat de gemiddelde totaal score op de AAI met 4.3 hetzelfde blijft. 2 van de 3 deelnemers maakt ook na een maand geen gebruik van de zelfhulpmethode van het AGOG. 1 van de 3 deelnemers werkt wel aan de stappen 1,2,6 van de zelfhulpmethode van het AGOG (12- stappenplan). Er is een variantie analyse uitgevoerd om te kijken of er relaties zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC) en de indicator voor gokgedrag (GPI) en de behandelbetrokkenheid (TPQ). Er is geen sprake van een significante relatie tussen GPI en de GHQ-12 ($r=.39$; $p=.44$). Verder is er geen significante relatie tussen de GRTC en de GHQ-12 ($r=.49$; $p=.33$).

Mentale gezondheid (stemming, affectieve stoornis)

Er is bij deelstudie 1 onder nieuwe deelnemers van het AGOG (N=9) sprake van een gemiddelde totaal score van 5.9. Deze respondenten ervaren diverse psychische klachten. Meer dan de helft van deze respondenten ervaren zelfs serieuze psychische klachten (score >6). 44,4% van deze respondenten hebben te maken met een depressie en hevige angstklachten. Ze hebben last van hevige spanningen, neerslachtige gevoelens en ze hebben het idee nutteloos te zijn voor de omgeving waarin ze leven. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat de gemiddelde totaal score bij de baseline meting 6 was en bij t1 de gemiddelde totaal score 3,6 bedroeg. De depressieve en angstklachten zijn bij alle drie de nieuwe deelnemers afgenomen na 28 dagen vanaf de eerste zelfhulp bijeenkomst. Bij deelstudie 2, onder pathologische (N=9) en recreatieve gokkers (N=36) is er sprake van een gemiddelde totaal score van 2.7, met een minimum score van 1 en een maximum score van 8.5. Dit betekent dat deze groep respondenten gemiddeld genomen weinig psychische klachten ervaren. Echter scoort 34,4% van de respondenten hoger dan 6 gemiddeld. Deze respondenten hebben last van hevige spanningen, neerslachtige gevoelens, en ze hebben het idee nutteloos te zijn voor de omgeving waarin ze leven. In deelstudie 2 zijn variantie analyses uitgevoerd om te kijken of er relaties zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC) en de indicator voor gokgedrag (GPI) en de mentale gezondheid (GHQ-12).

Er is geen sprake van een significante relatie tussen GRTC en de GHQ-12 ($r=-.16$; $p=.29$). Er is wel een significante relatie tussen de GPI en de GHQ-12 ($r=-.35$; $p=.02$). Hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe minder psychische klachten zij ervaren.

Tabel 3. Correlaties tussen de TPQ/ GHQ-12 en de GRTC en GPI- schaal.

	GRTC	GPI
Behandelbetrokkenheid (TPQ)	.49	.39
Mentale gezondheid (GHQ-12)	-.16	-.35*
*Correlatie is significant op level 0.05		
** Correlatie is significant op level 0.01		

5.3 Proximale determinanten deelstudie 1 en 2.

Zelf- effectiviteit

Er is bij deelstudie 1 onder nieuwe deelnemers van het AGOG (N=9) sprake van een gemiddelde totaal score van 731 op de GSEQ. Met een minimum van 400 en een maximale score van 960. Bij een score lager dan 900 heeft een individu erg veel problemen om het gokgedrag in verschillende situaties te hanteren. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat de gemiddelde totaal score bij de baseline meting 807 was en bij t1 bedroeg de gemiddelde totaal score 973. De totaalscore van alle drie de respondenten was hoger bij t1, dan bij de baseline meting. Zij hebben het gevoel het gokgedrag, na één maand abstinentie, steeds beter onder controle te kunnen houden in verschillende situaties. Bij deelstudie 2, onder pathologische (N=9) en recreatieve gokkers (N=36) is er sprake van een gemiddelde totaal score van 1195. Met een minimum van 400 en een maximale score van 1395. Bij een score lager dan 900 heeft een individu erg veel problemen om het gokgedrag in verschillende situaties te hanteren. 33% van de respondenten scoort lager dan 900 en zij hebben veel problemen om het gokgedrag in verschillende situaties onder controle te houden. Variantie analyses zijn uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC), de indicator voor gokgedrag (GPI) en de zelf-effectiviteit.

Er is geen significante relatie tussen de GRTC en de zelf- effectiviteit ($r = -.26$; $p = .10$). Wel is er sprake van een sterke significante relatie tussen de constructen van de GPI en de zelf- effectiviteit ($r = -.74$; $p = .00$). Hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe minder zij in staat zijn om het gokgedrag in diverse situaties te controleren.

Sociale steun

Er is bij deelstudie 1 onder nieuwe deelnemers van het AGOG ($N=9$) sprake van een gemiddelde totaal score van 2.91 op de MPSS. Dit betekent dat deze respondenten gemiddeld genomen weinig sociale steun ervaren van hun familie, vrienden en overige relaties. Op de subschaal 'familie' is de gemiddelde totaal score 2.8. Dit betekent dat deze respondenten weinig steun ervaren van hun familie. Op de subschaal 'overige relaties' is de gemiddelde totaal score van 2.65. Dit betekent deze respondenten ook weinig sociale steun ervaren van hun overige relaties. Op de subschaal 'vrienden' scoren deze respondenten gemiddeld het hoogste met een score van 3.25.

22,2% van deze respondenten ervaart helemaal geen sociale steun van zowel, familie, vrienden als overige relaties. Uit de longitudinale analyse ($n=3$) blijkt dat de gemiddelde totaal score bij de baseline meting 2.95 was en bij meetmoment 1 de gemiddelde totaal score 3.25 bedroeg. De totaalscore van alle drie de respondenten was hoger bij t1, dan bij de baseline meting. Zij ervaren, na één maand abstinentie, meer sociale steun van familie, vrienden en overige relaties. Bij deelstudie 2, onder pathologische ($N=9$) en recreatieve gokkers ($N=36$) is er sprake van een gemiddelde totaal score van 4.74. Dit betekent dat deze respondenten een gemiddelde sociale steun ervaren van familie, vrienden en overige relaties. Er is wel sprake van een grote variatie, de minimum score is 1.50 en de maximum score is 6.67. Op de subschaal 'familie' bedraagt de gemiddelde totaal score 4.61, met een minimum score van 1.25 en een maximum score van 7. Op de subschaal 'vrienden' bedraagt de gemiddelde totaal score 4.81, met een minimum score van 1,75 en een maximum score van 7. Op de subschaal 'overige relaties' bedraagt de gemiddelde totaal score 4.80, met een minimum score van 1 en een maximum score van 7. De gemiddelde totaalscores op de subschalen van de MPSS zijn stabiel. Variantie analyses zijn uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC) en de indicator voor gokgedrag (GPI) en de te ervaren sociale steun van respondenten (MPSS). Er is sprake van een sterke significante relatie in de sociale steun die respondenten ervaren en de GPI ($r = -.715$; $p = .000$).

Hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe minder sociale steun zij ervaren.

Er is tevens er sprake van een significante relatie in de sociale steun die respondenten ervaren en GRTC ($r = -.47$; $< .01$). Hoe minder gemotiveerd respondenten zijn om hun gokgedrag te veranderen, hoe minder sociale steun zij ervaren.

Intentie tot verandering van het gokgedrag

Bij deelstudie 1 onder nieuwe deelnemers van het AGOG (N=9), komt naar voren dat 77,7% van hen zich in de actie fase bevinden. Zij zijn bij deelname aan de zelfhulpbijeenkomst van het AGOG, al actief bezig om hun gokgedrag te veranderen. De overige 23,3% van de respondenten bevindt zich bij aanvang van de zelfhulp bijeenkomsten in de pre- contemplatie fase. Deze respondenten zijn zich nog onvoldoende bewust zijn van de risico's van het gedrag en nog niet van plan zijn om hun gedrag te veranderen. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat deze respondenten zich zowel bij de baseline meting als bij t1 al in de actie fase bevinden en dus actief bezig zijn om hun gokgedrag te veranderen. Bij deelstudie 2, onder pathologische (N=9) en recreatieve gokkers (N=36) bevinden zich 61,5% van de respondenten in de actie fase. Zij zijn ten tijde van de afname van de vragenlijst al bezig om het gokgedrag actief te veranderen. 29,5% van de respondenten zien dat er een probleem is maar zijn er nog niet actief mee bezig om dit gedrag te veranderen. De overige 9% van de respondenten zijn van mening dat er geen sprake is van een probleem en zien dan ook niet de noodzaak om het gedrag hierin te veranderen.

Indicatie gokgedrag

Er is bij deelstudie 1 onder nieuwe deelnemers van het AGOG (N=9) sprake van een gemiddelde totaal score van 3.1 op de GPI. Met een minimum score van 2.55 en een maximum score van 3.85. Dit betekent dat deze respondenten diverse negatieve consequenties ervaren op verschillende leefgebieden door het gokken. De voornaamste problemen zijn; ruzies met vrienden en familie door het gokken, meerdere respondenten hebben problemen op het werk door het gokken, er zijn financiële problemen door het gokken en ze ervaren psychische problemen door het gokken. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat de gemiddelde totaal score bij de baseline meting 3.1 was en bij meetmoment 1 de gemiddelde totaal score 2.50 bedroeg. De totaalscore van alle drie de respondenten was hoger bij t1, dan bij de baseline meting. Zij ervaren, na één maand abstinentie, niet meer negatieve consequenties op diverse leefgebieden dan gemiddeld. Bij deelstudie 2, onder pathologische (N=9) en recreatieve gokkers (N=36) is er sprake van een gemiddelde totaal score van 1.57.

Met een minimum score van 1.00 en een maximum score van 3.85. Dit betekent dat deze respondenten gemiddeld weinig negatieve consequenties ervaren op verschillende leefgebieden door het gokken. Variantie analyses zijn uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen zijn in de intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC) en de indicator voor gokgedrag (GPI). Er is sprake van een sterke significante relatie tussen de GRTC en de GPI ($r=.68$; $p<.00$). Hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe meer zij bereid zijn om het gokgedrag te veranderen.

In tabel 4 staan de correlaties weergegeven tussen de afhankelijke variabelen (GPI en GRTC) enerzijds en de overige proximale intra- persoonlijke determinanten (die volgens het TTI-model verder van het daadwerkelijke gedrag liggen); zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun.

Tabel 4. Correlaties tussen de proximale intra- persoonlijke determinanten en de GRTC en GPI- schaal. Bivariaat Spearman correlatie.

	GRTC	GPI
Zelf- effectiviteit	-.26	-.74**
Sociale steun	-.47**	-.72**

*Correlatie is significant op level 0.05

** Correlatie is significant op level 0.01

5.4 Regressie analyses

In tabel 6 staan de resultaten van de lineaire regressie analyse, die is uitgevoerd om te kijken naar de mogelijke voorspellers van de afhankelijke variabele ‘indicator van gokgedrag’, weergegeven. Dit zijn data (N=44) waarin de pathologische gokkers (N=9) en de recreatieve gokkers (N=35) zijn samengevoegd. De data voldoen aan alle assumpties van lineaire regressie analyse (homoscedasticiteit en normaliteit). De Tolerance van de voorspellers varieert tussen 0.09 en .513. 26,3% van de variantie van het huidige gokgedrag wordt verklaard door de ultieme onderliggende determinant, impulsiviteit.

In model 2 stijgt de verklaarde variantie naar 36,1 procent, nadat de distale determinant ‘mentale gezondheid’ is toegevoegd. Als in het derde model de proximale determinanten ‘zelf-effectiviteit’ en ‘te ervaren sociale steun’ zijn toegevoegd stijgt de verklaarde variantie naar 62,1 procent.

Verder is de F- waarde van alle drie de modellen significant ($p < .003$). Bij toevoeging van de proximale determinanten (zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun) vervalt de significantie van de ultieme determinant ‘impulsiviteit’ ($p = < 0.5$). De proximale determinant ‘zelf- effectiviteit’ ($r = -.443$) en de mentale gezondheid ($r = .327$) zijn de belangrijkste voorspellers in het verklaren van het huidige gokgedrag.

Tabel 6. Regressie analyse met als afhankelijke variabele de indicator voor de gokgedrag en de onderliggende determinanten als onafhankelijke variabelen (GPI) (N=44)

	Model 1		Model 2		Model 3	
	Béta	P	Béta	P	Béta	P
Ultiem						
Impulsiviteit	.513	.000	.385	.020	.09	.570
Distaal						
Mentale gezondheid			.343	.036	.327	.035
Proximaal						
Te ervaren sociale steun					-.182	.236
Zelf- effectiviteit					-.443	.008
R2	.263		.361		.621	
F (df)	11.4 (df1)		10.8 (df2)		9.0 (df2)	
P	.002		.003		.001	
R2- change	.263		.318		.558	
F change (df)	11.4 (df1)		8.5 (df2)		9.8(df4)	
P change	.002		.001		.000	

In tabel 7 zijn de ultieme (impulsiviteit) en distale (mentale gezondheid) determinanten weggelaten en wordt er gekeken naar de verklaarde variantie van de proximale determinanten op het huidige gokgedrag. In tabel 7 is zichtbaar dat 67,6 procent van de variantie van het huidige gokgedrag kan worden verklaard door de proximale determinanten (zelf- effectiviteit en de te ervaren sociale steun).

Verder is de F- waarde van het eerste model ook significant ($p < .00$). De proximale determinanten, te ervaren sociale steun ($p = -.457$) en zelf- effectiviteit ($p = -.4.62$) zijn belangrijke voorspellers voor het huidige gokgedrag.

Tabel 7. Regressie analyse met als afhankelijke variabele de indicatie Gokgedrag (GPI) (N=44)

	Model 1	
	Béta	P
Proximaal		
Te ervaren sociale steun	-.457	.000
Zelf- effectiviteit	-.462	.000
R2	.676	
F	37.5 (df2)	.000

Er is geen lineaire regressie analyse uitgevoerd, van de afhankelijke variabele ‘intentie tot verandering van het gokgedrag (GRTC)’. Uit de correlatiecoëfficiënt van Pearson kwam al naar voren dat er geen significante relaties bestaan tussen de ultieme determinanten (impulsiviteit, demografisch), de distale determinanten (mentale gezondheid) en de afhankelijke variabele (GRTC). Daarmee mag worden aangenomen dat de verschillende onafhankelijke determinanten samen geen significant voorspellende relatie hebben ten opzichte van de afhankelijke variabele. Er bestaat alleen een significante relatie tussen de te ervaren sociale steun en de GRTC ($r = -.47$; $< .01$).

6. Discussie deelstudie 1 & 2

In dit onderzoek, is gekeken naar de intentie tot verandering van het gokgedrag en het huidige gokgedrag onder recreatieve (N=35) en pathologische gokkers (N=9). Hierbij is gekozen voor diverse ultieme, distale en proximale intra- persoonlijke determinanten uit de studie van Chalmers (2004) naar gokgedrag. Allereerst zijn de baselinekenmerken beschreven van deze ultieme, distale en proximale intra- persoonlijke determinanten en vervolgens is gekeken of bepaalde determinanten de intentie tot verandering van het gokgedrag en het huidige gokgedrag kunnen verklaren. Met de hulp van een viertal hypothesen, samengesteld a.d.h.v. de Theory of Triadic Influence (TTI), kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

6.1 Baselinekenmerken en longitudinale analyse intra- persoonlijke determinanten

Binnen deelstudie 1 is allereerst gekeken naar de baselinekenmerken van ultieme (demografische kenmerken), distale (behandelbetrokkenheid en mentale gezondheid) en proximale (zelf-effectiviteit, te ervaren sociale steun) intra- persoonlijke determinanten op het gokgedrag onder nieuwe- deelnemers (N=9) van de AGOG (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers) bijeenkomsten. Vervolgens is een longitudinale (N=3) analyse uitgevoerd, onder deze pathologische gokkers, naar de veranderingen van deze gedragsdeterminanten over tijd.

De beschrijvende analyse van de ultieme determinant *demografische kenmerken* is in overeenstemming met andere onderzoeken onder pathologische gokkers. Zo blijkt uit diverse onderzoeken dat de meeste pathologische gokkers over het algemeen mannen zijn (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005 ; Ciarrochi & Richardson, 1989; Winters et al., 2008). In de huidige deelstudie 1 is 88,9% van de nieuwe deelnemers aan de AGOG bijeenkomst van het mannelijk geslacht. Uit de meeste onderzoeken komt verder naar voren dat de gemiddelde leeftijd van problematische gokkers rond de 30 ligt (Fris, 1999; Kessler et al. 2008). In de huidige studie is de gemiddelde leeftijd 38 jaar. Over het opleidingsniveau is a.d.h.v de literatuur geen duidelijke uitspraak te doen. In de huidige studie heeft 33,33 procent van de AGOG- respondenten het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) afgerond.

Uit het onderzoek van Blazcinsky & McConaghy (1988) komt naar voren dat pathologische gokkers veel symptomen van depressiviteit hebben. Ook uit de huidige studie komt naar voren dat de nieuwe- deelnemers aan het AGOG diverse psychische klachten ervaren. Meer dan de helft van de nieuwe- deelnemers ervaren zelfs serieuze psychische klachten. Uit de longitudinale analyse (N=3) blijkt dat de depressieve en angstklachten na één maand bij alle respondenten zijn afgenomen.

Uit de TPQ – meting komt naar voren dat de nieuwe- deelnemers redelijk tevreden zijn over de zelfhulp bijeenkomsten van het AGOG. Er is echter sprake van een lage betrokkenheid m.b.t. de zelfhulpmethode (12- stappenplan) van het AGOG. Uit de longitudinale analyse (N=3) komt naar voren dat de gemiddelde score op de AAI bij t1 hetzelfde blijft. 2 van de 3 respondenten zijn na één maand nog bezig met het doorlopen van het 12-stappenplan. Dit kan erop wijzen dat deze gespreksleiders niet geloven in de therapeutische elementen van de 12- stappenbenadering. Hier kunnen, vanwege de kleine steekproef (N=3) en het ontbreken van herhaalde metingen (t2 en t3) geen significante uitspraken over worden gedaan. Echter bestaan er ook uit andere studies ambivalenties rondom de 12-stappen benadering. In een aantal reviews (Tonigan, Toscova en Miller, 1996, Kownacki en Shadish, 1999) wordt kritiek geleverd op de methodologische kwaliteit van de onderzoeken naar de 12-stappenprogramma's. Ferri, Amato en Davoli (2006) geven aan dat er een gebrek is aan experimenteel bewijs.

De beschrijvende analyse van de proximale determinant *zelf- effectiviteit* is in overeenstemming met andere onderzoeken onder pathologische gokkers. Marlatt & Gordon (1985) vermoedde al dat pathologische gokkers een lage zelf- effectiviteit ervaren (Marlatt & Gordon, 1985). Overtuigingen met betrekking tot zelf- effectiviteit zijn bepalende determinanten voor zelfregulatie (Bandura, 1991). De gemiddelde totaal score onder nieuwe deelnemers van het AGOG komt overeen met een lage zelf- effectiviteit. Uit de longitudinale analyse (n=3) bleek dat de gemiddelde score van alle respondenten op de GSEQ bij t1 hoger was. Zij hadden alle drie het gevoel het gokgedrag, na één maand abstinentie, steeds beter onder controle te kunnen houden in verschillende situaties. Uit onderzoek van Maisto et al. (2000) worden relaties gevonden tussen de mate van *zelf- effectiviteit* en *behandel betrokkenheid*. Er zijn ook in de huidige deelstudie 1 aanwijzingen dat er bij de longitudinale analyse (n=3) sprake is van zowel een verhoogde tevredenheid over de behandeling als wel een verhoogde zelf- effectiviteit.

De beschrijvende analyse van de proximale determinant *sociale steun* is in overeenstemming met andere onderzoeken onder pathologische gokkers. Gemiddeld genomen ervaren de nieuwe deelnemers aan het AGOG (n=9) weinig sociale steun van familie, vrienden en overigen. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat alle drie de respondenten bij t1, een verhoogde en een gemiddelde *sociale steun* ervaren i.v.m. de baseline meting.

Er is uit andere studies ook gebleken dat een waargenomen gemis aan steun vanuit familie en vrienden en risicofactor is voor de ontwikkeling van gokproblemen en instandhouding van het gokgedrag (Hardoon, Gupta, & Derevensky, 2004; Rugle & Rosenthal, 1994; Stein, 1993).

De beschrijvende analyse (n=9) van de afhankelijke variabele, *intentie tot verandering van het gokgedrag*, toont aan dat 77,7% van hen hun gokgedrag actief wil veranderen bij de baseline meting. Ook uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat deze respondenten na één maand nog altijd actief bezig zijn om hun gokgedrag te veranderen. Het is vanuit de literatuur de verwachting dat een positieve gedragsintentie een belangrijke voorwaarde vormt voor het veranderen van het gedrag (Kelly et al., 2003).

De beschrijvende analyse (n=9) van de afhankelijke variabele, *indicator voor het huidige gokgedrag*, toont aan dat er diverse negatieve consequenties worden ervaren op verschillende leefgebieden door het gokken. De voornaamste problemen zijn; ruzies met vrienden en familie door het gokken, meerdere respondenten hebben problemen op het werk door het gokken, er zijn financiële problemen door het gokken en ze ervaren psychische problemen door het gokken. Uit de longitudinale analyse (n=3) blijkt dat deze respondenten, na één maand abstinentie, niet meer negatieve consequenties op diverse leefgebieden ervaren dan gemiddeld. De negatieve consequenties op alle leefgebieden zijn afgenomen. Dit kan mogelijk komen door een verhoogde tevredenheid voor de behandeling, maar hier kunnen geen significante uitspraken over worden gedaan. Minder structurele problemen op diverse leefgebieden verlaagt het risico's op terugval in (oud)gokgedrag volgens Neighbours et al. (2002).

Uit de baseline beschrijving (n=9) komt naar voren dat de pathologische gokkers die deelnemen aan de zelfhulpbijeenkomsten van het AGOG, een lage sociale steun en zelf-effectiviteit ervaren, een verhoogd aantal symptomen voor depressiviteit kennen, en redelijk tevreden zijn over de zelfhulp bijeenkomst van het AGOG. Uit de longitudinale analyse (n=3) komt naar voren dat de pathologische gokkers na één maand abstinentie meer sociale steun ervaren, een hogere zelf-effectiviteit, minder depressieve symptomen en verhoogd tevreden zijn over de zelfhulp bijeenkomsten. Door de kleine steeproef kunnen echter geen significante uitspraken worden gedaan over de oorzakelijke aard en omvang van deze determinanten op elkaar en op de proximale determinanten (intentie tot verandering van het gokgedrag; indicator voor gokgedrag). Hier is in deelstudie 2 verder onderzoek naar uitgevoerd, vanuit het bestaande dataframe (n=9) met nieuwe recreatieve gokkers (n=35).

6.2 Associaties tussen determinanten

In deelstudie 2 is gekeken in hoeverre bepaalde ultieme, distale en proximale determinanten de intentie tot verandering van het gokgedrag en het huidige gokgedrag kunnen verklaren.

In deelstudie 2, onder pathologische ($n=9$) en recreatieve ($n=35$) gokkers komt naar voren dat er geen sprake is van een significante relatie tussen de GRTC en de ultieme determinant *mate van impulsiviteit* ($r=.037$; $p=.83$). Flay & Petraitis (1994) beschrijven al dat ultieme determinanten minder sterk zijn en verder afstaan van het daadwerkelijk gedrag dan distale en proximale determinanten. Er is wel sprake van een sterke positieve significante relatie tussen de GPI en de mate van impulsiviteit ($r=.513$; $p=.002$). Deze relatie vervalt echter bij toevoeging van de distale (mentale gezondheid) en proximale (zelf- effectiviteit, sociale steun) determinanten. Dit is in overeenstemming met de verwachting, dat ultieme determinanten minder invloed uitoefenen op het daadwerkelijke gedrag.

Er is verder aangetoond dat er geen significante relatie bestaat tussen GRTC en de mentale gezondheid ($r=-.16$; $p=.29$). Er is wel een significante relatie tussen de GPI en de mentale gezondheid ($r=-.35$; $p<.05$). Uit andere studies kwam naar voren dat de mate van gokverslaving samenhangt met meer depressieve en angst symptomen (Back & Moyer, 1998). Dit in tegenstelling tot de huidige studie, waarin de hoeveelheid negatieve consequenties samen lijkt te hangen met minder *mentale gezondheidsproblemen* (depressieve en angstklachten). Dit strookt ook niet met deelstudie 1, waar de pathologische gokkers ($n=9$) juist diverse mentale gezondheidsproblemen ervaarden en veel negatieve consequenties ervaarden t.g.v. het gokken. De aangevulde ($n=35$) groep recreatieve gokkers ervaren weinig negatieve consequenties t.g.v. het gokken, en weinig mentale gezondheidsproblemen. Misschien zorgt de tegenstelling in scores tussen de ‘pathologische gokkers’ en ‘recreatieve gokkers’ voor deze negatieve correlatie.

Net als vanuit de verklaring van het TTI- model (Flay & Petraitis, 1994) is de proximale determinant *zelf- effectiviteit* een belangrijke significante voorspeller voor de mate van probleemgedrag van een individu. Daarentegen speelt de zelf- effectiviteit geen rol bij de intentie om het gokgedrag te veranderen. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Maisto et al. (2000) die aantoonde dat er relaties werden gevonden in de mate van zelf- effectiviteit en de motivatie tot verandering van het gedrag. Ook vanuit het TTI- model bestaat er de verwachting dat proximale determinanten onderling een directe invloed uitoefenen op elkaar (Flay & Petraitis, 1994). Dit kan erop wijzen dat de recreatieve gokkers ($n=35$) weinig negatieve con-

sequenties ervaren t.g.v. het gokken, en niet de noodzaak voelen om het bestaande gokgedrag te veranderen.

Een oorzaak van gokgedrag kan een te beperkt *ervaren sociaal netwerk* zijn, maar een te beperkt ervaren sociaal netwerk kan ook een gevolg zijn, van instandhouding van het aangeleerde gedrag (Pietrzak & Petry, 2006). Ook Oei & Gordon (2008) toonden aan dat de mate van sociale steun een belangrijke voorspeller is voor het tot stand komen en in stand houden van het gokgedrag. Uit de correlaties analyses van deelstudie 2, onder ‘pathologische’ (n=9) en ‘recreatieve’ (n=35) komt naar voren dat alleen de proximale determinant *ervaren sociale steun* een significante relatie heeft m.b.t. de afhankelijke variabelen GPI en GRTC. Hoe meer respondenten gemotiveerd zijn om hun gokgedrag te veranderen, hoe minder sociale steun zij ervaren en hoe meer negatieve consequenties respondenten ervaren ten gevolge van het gokken, hoe minder sociale steun zij ervaren. Deze uitkomsten komen overeen met eerdere studies. Ook vanuit het TTI- model bestaat de verwachting dat de proximale determinant ‘te ervaren sociale steun’ een directe invloed uitoefent op het gedrag en de intentie tot gedrag (Flay & Petraitis, 1994). Emmelkamp en Vedel (2007) noemt de verbetering van sociale steun ook het belangrijkste therapeutische element van de 12- stappenbenadering. Het blijkt ook een belangrijke rol te spelen in de intentie tot verandering van het gokgedrag en in de mate waarin iemand gokverslaafd wordt.

Uit de regressie analyse van deelstudie 2, onder ‘pathologische’ (n=9) en ‘recreatieve’ (n=35) komt naar voren dat 67,6% van de variantie van het huidige gokgedrag kan worden verklaard door de proximale determinanten (zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun). Dit is in overeenstemming met het TTI- model dat aangeeft dat de proximale determinanten samen een sterke directe invloed uitoefenen op het gedrag (Flay & Petraitis, 1994). Bij toevoeging van de proximale determinanten (zelf- effectiviteit en te ervaren sociale steun) vervalt de significantie van de ultieme determinant ‘impulsiviteit’ ($p < 0.5$). Dit is in overeenstemming met het TTI- model. Dit gaat ervanuit dat de significante relatie van achtergrond-determinanten vervalt bij toevoeging van proximale determinanten aan het model (Flay & Petraitis, 1994).

Er kan geconcludeerd worden dat *mentale gezondheid* en *zelf- effectiviteit* de belangrijkste determinanten zijn ter verklaring van het huidige gokgedrag. Deze intra- persoonlijke determinanten spelen een belangrijke rol bij verklaring van het huidige gokgedrag. De proximale determinant ‘*te ervaren sociale steun*’ lijkt een belangrijke voorspeller voor de intentie om het gedrag te veranderen.

6.3 Implicaties en aanbevelingen

Er moeten een aantal beperkingen van de huidige twee deelstudies worden besproken. Ten eerste kon het oorspronkelijk longitudinale ‘single- case’ design niet worden gerealiseerd, omdat er te weinig nieuwe- deelnemers aan de AGOG bijeenkomsten werden geworven. Van de potentiële respondenten (n=20) hebben uiteindelijk maar (n=9) respondenten de vragenlijst (volledig) ingevuld bij de baseline meting. Drie respondenten namen niet deel vanwege de grote van het geïntegreerde meetconstruct (105-items), nog eens drie respondenten gaven aan teveel problemen te hebben op diverse leefdomeneinen en het onderzoek als te belastend te beschouwen en vijf respondenten hadden teveel vragen niet ingevuld waardoor zij niet meegenomen zijn in het onderzoek. Verder hebben maar drie respondenten de vragenlijst ingevuld bij t1. Daarnaast geldt dat er bij t2 en t3 geen vragenlijsten meer zijn ingevuld, waardoor er geen bewijzen kunnen worden gevonden over de effectiviteit van (diverse) therapie componenten.

Ten tweede is er sprake van ‘selection bias’. De (n=9) is een zelf- selectie van respondenten uit een grotere groep die zijn ‘uitgevallen’ of ‘geweigerd’ hebben om deel te nemen aan de studie. Zo is 77,8% van de nieuwe deelnemers (n=9) al actief bezig zijn met verandering van het gokgedrag. De goede deelnemers met lichtere problematiek blijven vervolgens over (Berk,1993). Als derde is de lage betrokkenheid m.b.t. de zelfhulpmethode (12- stappenplan) te verklaren door ‘selection bias’. Sommige deelnemende afdelingen geloven niet in de therapeutische elementen van de 12- stappenbenadering (Tonigan, Toscova en Miller, 1996, Kownacki en Shadish, 1999).

Ondanks de ‘selection bias’ komt de steekproef van deelstudie 1 (n=9) overeen met de populatie, pathologische gokkers. Zo blijkt uit diverse onderzoeken dat de meeste pathologische gokkers over het algemeen mannen zijn (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005 ; Ciarrochi & Richardson, 1989; Winters et al., 2008). De gemiddelde leeftijd rond de 30 jaar ligt (Fris, 1999; Kessler et al. 2008). En de opleidingsachtergrond erg variërend is de Bruin et al., 2005. De studie is echter onvoldoende generaliseerbaar door de beperkte ‘statistical power’ (n=9).

De respondenten van deelstudie 2 vormen geen goede afspiegeling van de populatie. Er is sprake van een grote diversiteit tussen de pathologische gokkers (n=9) en de recreatieve gokkers (n=35). Er is geen sprake van een representatieve studie, waardoor de resultaten uit de steekproefstudie niet geëxtrapoleerd kunnen worden naar de totale populatie (Berk,1993). Als tweede limitatie geldt de toepassing van de ‘sneeuwbal methode’ bij deelstudie 2. Ondanks

dat dit een goede methode is om snel een grote steekproef te werven, is er sprake van ‘community bias’. De eerste respondenten zullen een grotere invloed hebben op de steekproef dan latere respondenten (Lodge, 1989). De methode kan brede en inaccurate resultaten geven. De kennis van het netwerk was onvoldoende voor een ‘appropriate sample’. Verder is de methode ‘aselectief’, waardoor de steekproef niet representatief is. Als derde limitatie geldt de lage inhoudsvaliditeit van deelstudie 2. Er is gebruik gemaakt van hetzelfde meetconstruct als bij deelstudie 1. Dit geldt ook voor de GRTC- meting die de intentie tot verandering van het gokgedrag meet. Deze vragenlijst is toegespitst op respondenten met gezondheids- en gedragsproblemen en niet bruikbaar voor recreatieve gokkers. Het zijn vragen omtrent de verandering en instandhouding van het gedrag, maar de recreatieve gokkers koppelden dit niet allemaal aan problematisch gokgedrag. 66% van de recreatieve gokkers geeft aan bezig te zijn met verandering van het gokgedrag, terwijl zij ‘persoonlijk’ aangaven gewoon hun huidige gedrag te willen behouden. Dit verklaart mogelijk de lage ‘effectsize’ van de onafhankelijke determinanten op de afhankelijke variabele GRTC. Ten slotte is een belangrijke limitatie het richten op alleen de intra- persoonlijke determinanten uit de ‘Theory of Triadic Influence’. Het TTI- model heeft juist een integratieve theorie ontwikkeld, om diverse theorieën en variabelen te ordenen naar hun oorzaken op verschillende niveaus. Grotere en meer duurzame effecten kunnen volgens de theorie worden aangetoond door een focus op alle drie de verschillende stromingen van beïnvloeding. Behorende tot de persoon (karakteristiek die bijdraagt aan de zelf- effectiviteit aangaande het gokgedrag), de situatie/ context (draagt bij aan de sociale normatieve overtuiging aangaande het gokgedrag) en de culturele omgeving (draagt bij aan de attitude aangaande het gokgedrag), (Flay & Petraitis, 1994). De huidige studie heeft zicht gericht op een set van intra- persoonlijke determinanten om de intentie tot verandering van het gokgedrag en het huidige gokgedrag te meten. Om de aard en omvang van de oorzakelijke niveaus vast te stellen is het belangrijk om een integratieve set van alle determinanten toe te voegen aan de studie. Petraitis et al. (1995) hebben een uitgebreidere set van intra- persoonlijke determinanten, namelijk: gebrek aan cognitieve functies, impulsiviteit, emotionele pijn, tendensen t.a.v. het nemen van risico’s, lage zelfwaardering, slechte coping strategieën, verminderde vaardigheden in sociale interacties en verminderde intelligentie. Bij vervolgonderzoek is het belangrijk om alle bovengenoemde determinanten te toetsen op oorzakelijke niveaus. Ook om het inzicht in de achtergrondvariabelen te vergroten. In vervolgonderzoek is het belangrijk dat er een allesomvattende set van determinanten wordt toegevoegd om het gokgedrag grotendeels te kunnen verklaren.

Dit betekent dat de studie zich niet alleen moet richten op één stroming (zoals in de huidige studie; intra- persoonlijke determinanten) maar op alle drie de verschillende stromingen van invloed. Om de inzichten in de causaliteit en de kracht van de verbanden tussen de allesomvattende set van determinanten en het gokgedrag te vergroten is aanvullend onderzoek noodzakelijk, met een sterke voorkeur voor een (quasi)- experimentele longitudinale onderzoeksdesign. Er is immers vanuit gezondheidsorganisaties nog altijd behoefte aan meer inzicht in de volgende vragen: wat veroorzaakt gezondheidsgerelateerd gedrag en hoe kan gezondheidsbevorderend gedrag effectief worden gepromoot of hoe kan risicovol gedrag worden afgeraden (zoals gokgedrag). Ten slotte kunnen er door het gebrek aan longitudinale gegevens weinig causale relaties worden vastgesteld. Er is gepoogd om in deelstudie 2 een ‘heterogene’ steekproef te werven van ‘pathologische’ gokkers, maar dit bleek niet haalbaar. De respondenten bleken allen ‘recreatieve’ gokkers, met in vergelijking tot andere studies erg veel vrouwen met weinig gok gerelateerde problemen. Het is belangrijk dat er bij vervolgonderzoek een ‘representatieve’ steekproef aselectief (geen ‘self- report’ procedures) wordt geworven, waardoor de resultaten generaliseerbaar zijn.

Literatuurlijst

Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95, 95–106.

Ajzen, I. (1985). "From Decisions to Actions: A Theory of Planned Behavior." Pp. 11-39 in *Action-control and the Theory of Behavior*, edited by J. Kuhl and J. Beckmann. Heidelberg: Springer.

Alvarez-Moya, E.M., Ochoa, C., Jimenez-Murcia, S., Aymami, M.N., Gomez-Pena, M. & Fernandez-Aranda, F., e.a. (2011). Effect of executive functioning, decision-making and self-reported impulsivity on the treatment outcome of pathologic gambling. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36, 165-175.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). *American Psychiatric Association*. Washington (DC):

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington. DC: American Psychiatric Press.

Annis, H. M., & Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. In T. B. Baker & D. Cannon (Eds.), *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment* (pp. 88–112). New York: Praeger Publishing Company.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Co.

Barker, J.C. & Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 146, 285-302.

Bazargan, M., Bazargan S. & Akanda M. (2001). Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist*, 2, 51-62.

Bellringer, P. (1992). *Working with young problem gamblers: Guidelines to practice*. Leicester: UK Forum on Young People and Gambling.

Bellringer, P. (1993). *Working with young problem gamblers: Guidelines to practice*. London: U.K Forum on Young People and Gambling.

Bellringer, P. (1999). *Understanding problem gamblers: A practitioner's guide to effective intervention*. London: Free Association Books.

Black, D.W. & Moyer, T.(1998). Clinical features and psychiatric co- morbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychological medicine*, 27- 473-475.

Blaszczynski, A.(1988). Clinical studies in Pathological Gambling. *PHDThesis, University of New South Wales, Sydney*. Australië.

Blaszczynski, A. & McConaghy (1989). Anxiety and/ or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the addictions*, 24, 337-350.

Bond, J., Kaskutas, L.A & Weisner, C. (2003). The persistence influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. *Journal of studies on Alcohol*, 64, 579-591.

Brink, W. van den (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie* 56, 206-210.

Bruin, D.E. de, F.R.J. Leenders, M. Fris, H.T. Verbraeck, R.V. Braam, G.F. van de Wijngaart (2001)

Bruin, D.E. De, Leenders, F.R.J. & Braam, R. (2005). Verslingerd aan meer dan een spel: *een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

Dowling, N. & Cosic, S. (2011). Client engagement characteristics associated with problem gambling treatment outcomes. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(6), 656-671.

Emrick, C.D (1987). Alcoholics Anonymous. Affiliation processes and effectiveness as treatment. *Alcoholism: clinical and experimental*, 11(5), 416-423.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. A new measure. *Psychopharmacol*, 29:321-6.

Flay B.R., Petraitis J. & Hu F.B.(1995). The Theory of Triadic Influence. *Preliminary evidence related to alcohol and tobacco. NIAA research Monograph alcohol- and tobacco. From basis science to clinical practice (pp 37-57)*. Government printing office.

Flay, B.R., T.Q. Miller, and D. Koepke. (1989). "Grade 7 Correlates of Onset of Substance Experimentation and Use by Grade 9." Unpublished manuscript. Prevention Research Center, University of Illinois at Chicago.

Flay, B.R., and J. Petraitis. (1993). "A Review of Theory and Prospective Research on the Causes of Adolescent Tobacco Onset: A Report for the Robert Wood Johnson Foundation." Chicago: University of Illinois at Chicago.

Fris, R. (1999). Door het lot verbonden. Beschrijvend onderzoek naar de zelf- hulp bij verslaving. *Centrum van verslavingsonderzoek*, Utrecht. 20: 20-33.

Fris, R. Braam, H. Verbraeck. (2008) Kansspelen in andere aarde. Een onderzoek naar kansspelproblematiek onder allochtone Nederlanders. CVO, Utrecht.

Gerstein D, Murphy S, Toce M, Hoffman J. (1999).Gambling impact and behavior study: *final report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago (IL)*: National Opinion Research Center (NORC).

Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E. & van den Brink, W. (2004). Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 28, 123-141.

Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Beurs, E. de & Brink, W. van den (2008). The role of self-reported impulsivity and reward sensitivity versus neurocognitive measures of disinhibition and decision-making in the prediction of relapse in pathological gamblers. *Psychological Medicine* 38, 41-50.

Goudriaan, A. (2012). Gokverslaving. Een overzicht. *Verslaving*, 4, 19-31.

Goudriaan, A.E (2006). Van een gokje wagen tot gokverslaving: de neurocognitieve achtergrond van pathologisch gokken. *Neuropraxis*, 4, 113-118.

Griffiths, M. (1995b). The role of subjective mood states in the maintenance of fruit machine gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 11, 123-135.

Griffiths, M. (1999a). The psychology of the near miss (revisited): a comment on Delfabbro and Weinfield (1999). *British Journal of Psychology*, 90, 441-445.

Griffiths, M. (1999b). Gambling technologies: prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265-83.

Guo, S., Manning, V., Kyaw, K., Thane, W., Ng, A., Abdin, E., et al. (2012). Predictors of Treatment Outcome Among Asian Pathological Gamblers (PG's): *Clinical, Behavioural, Demographic, and treatment Process Factors*. Institute of Mental Health (IMH), Buangkok Green Medical Park. Singapoue

Hardoon, K.K, Gupta, R., Derevensky, J.L (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of addictive behaviour*, 18, 170-179.

Hodgins, D.C., Currie, S.R. & el Guebaly, N. (2001). Mitivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychologie*, 69, 50-57.

Legg, E.S. & Gotestam, K.G. (1991). The nature and treatment of excessive gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 113-120.

Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

- Lester, D. (1994). Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addictions*, 29, 1611-1616.
- Malkin, D. & Syme, G.J. (1986). Personality and problem gambling. *International Journal of the Addictions*, 21, 267-272.
- Marsden, J., Bacchus, L., Stewart, D., Griffiths, P., Clarke, K., Gossop, M., et al. (1998). *The treatment perceptions questionnaire (TPQ): A brief questionnaire for assessing service satisfaction (unpublished manuscript)*. London: National Addiction Centre.
- May, R.K., Whelan, J.P., Steenbergh, P.A., & Meyers, A.W. (2002). The Gambling Self- Efficacy Questionnaire: An Initial Psychometric Evaluation. *Journal of gambling Studies*, vol. 19. No. 4. Memphis.
- Meyer, G. & Stadler, M.A. (1999). Criminal behavior associated with pathological gambling. *J Gambl Stud*, 15, 29-43.
- Moore, S.M. & Ohtsuka, K. (1997). Gambling activities of young Australians: Developing a model of behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 207-236.
- Neighbors, C., Lostutter, T. W., Larimer, M. E., & Takushi, R. Y. (2002). *Measuring gambling outcomes among college students*. *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 339–360.
- Petry, N.M. 2005. *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Redding, C. & Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model of Stages of Change. In K. Glanz, B.K Rimer & F. Lewis (eds), *Health Behaviour and health Education*. San- Fransisco: Jossey- Bass

Rounds-Bryant, J. L., Flynn, P. M., & Craighead, L. W. (1997). Relationship between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 383–395

Raylu, N., Oei, T.P.S & Lin, J. 2002. Validation of the Chinese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-C). *Journal of Gambling Studies*, 23: 309–322.

Rugle, L.J. & Rosenthal, R.J (1994). Trasference and countertransference reactions in the psychotherapy of pathological gamblers. *Journal of gambling Studies*, 10, 43-65.

Ryan, J., Martin, P.H. & Usdan, S. (2003). Three- month study of college student disordered gambling using the transtheoretical model: *findings and lessons learned*. Department of Health Education and Promotion, East Carolina University, Greenville.

Schmitz, B., Schmidt, M., Landman, M. & Spiel, C. (2007) New developments in the field of self-regulated learning. *Journal of Psychology*. 215, 153-156.

Slutske, W.S., Jackson, K.M. & Sher, K.J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (2), 263-274.

Slutske, W.S., Eisen, S., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J. & Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666–673.

Slutske, W.S., Eisen, S.A., Xian, H., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J. & Tsuang, M.T. (2001). A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 297-308.

Slutske, W.S., Moffitt, T.E., Poulton, R. & Caspi, A. (2012). Undercontrolled temperament at age 3 predict disordered gambling at age 32: a longitudinal study of a complete birth cohort. *Psychological Science*, 23, 510-516.

Smit, D., Harvey, M., Battersby, R., Pols, R., & Baigent, M. (2012). *Treatment outcomes for problem gamblers*. *Journal of Gambling studies*, 30(5), 23-31.

Smith, S., Thomas, S. & Jackson, A. (2004). An exploration of the therapeutic relationship and counseling outcomes in a problem gambling counseling service. *Journal of social work practice*, 18(1), 99-112.

Stein, S.A. (1993). The role of support in recovery from compulsive gambling. In: W.R. Eadington, & J.A. Cornelius (Eds), *gambling behaviour and problem gambling*. University of Nevada, (pp. 627-640. Reno, Nevada.

Vitaro, F., Arseneault, L. & Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1769-1770.

Vitaro, F., Arseneault, L. & Tremblay, R.E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94, 565-575.

Welte, J.W., Wieczorek, W.F., Barnes, G.M., Tidwell, M.C. & Hoffman, J.H. (2004). The relationship ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *Journal of Gambling Studies*, 20, 405-423.

Zimet, G.D, Dahlem N.W, Zimet S.G & Farley, G.K (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J pers Asses*; 52:30-41.