PSYCHOTERAPIA 2 (185) 2018
strony: 47–62

Emilia Rutkowska[1], Bernadeta Lelonek-Kuleta[2]

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA KONCEPCJA TERAPII HAZARDU PATOLOGICZNEGO ROBERTA LADOUCEURA

Robert Ladouceur's cognitive-behavioural conception of therapy for pathological gamblers

[1]Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Osobowości

[2]Katolicki Uniwersytet Lubelski, Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej, Katedra Zdrowia Publicznego

pathological gambling
cognitive-behavioural therapy

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie modelu psychoterapii dla osób z rozpoznaniem hazardu patologicznego, opracowanego przez Roberta Ladouceura w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego. Głównym założeniem tego modelu jest praca z błędnymi przekonaniami pacjenta, uzupełniona o zapoznanie ich z behawioralnymi strategiami, mającymi na celu unikanie sytuacji zagrania. Prezentowany model ma zastosowanie zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej. Dla każdej z nich opracowano zalecenia dotyczące przebiegu i treści poszczególnych spotkań. W artykule zaprezentowano także krótkie studium przypadku przedstawiające pracę z wykorzystaniem tego podejścia z pacjentem z problemem hazardu patologicznego.

Summary

The aim of this paper is to present a model of psychotherapy for people diagnosed with pathological gambling, which was developed by Robert Ladouceur within the cognitive-behavioural approach. The main premise of this model is addressing patients' erroneous beliefs, as well as providing them with behavioural strategies that they can use to avoid situations conducive to gambling. The presented model can be applied to either individual or group therapy. There are recommendations provided for each of them concerning the course and content of the individual sessions. The paper also presents a short case study showing the use of this approach in the therapy of a patient with a pathological gambling problem.

Wprowadzenie

Pojęcie hazardu używane jest jako synonim gier bądź zakładów pieniężnych, z towarzyszącym im nieodłącznym elementem losowości, ryzyka i przypadkowości [1]. Hazard zatem nierozerwalnie wiąże się z ryzykiem. W grach zaliczanych do hazardowych o wyniku decyduje przypadek, co oznacza, że nie ma możliwości przewidywania rezultatu gry ani też wpływania na niego. Uprawianie gier hazardowych zakłada wydatkowanie środków finansowych, ale także możliwość ich wygrania. Aspekt finansowy jest niezwykle istotny, a perspektywa ewentualnej wygranej zachęca ludzi do grania [2, 3]. Niestety natura hazardu wiąże się z tym, iż gracze często przegrywają swoje pieniądze. Część osób przegrywa bardzo duże sumy nie będąc w stanie kontrolować tej straty. W takim wypadku odsłania się aspekt

negatywny grania, jakim jest hazard patologiczny, czyli potocznie mówiąc — uzależnienie od grania hazardowego.

Patologiczny hazard stanowi zaburzenie zdrowia psychicznego, które zostało ujęte w międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń DSM i ICD. Po raz pierwszy zdefiniowane zostało ono w trzeciej edycji *Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders* (DSM-III) w 1980 roku i ujęte w grupie zaburzeń nawyków i kontroli impulsów. W wersji klasyfikacji DSM z 2013 roku zostało po raz pierwszy włączone do kategorii zaburzeń związanych z używaniem substancji i zaburzeń nałogowych (*Substance-Related and Addictive Disorders*). Znalazło się w podkategorii zaburzeń nie związanych z substancją jako „zaburzenie hazardowe" (*gambling disorder*) [4]. Spośród dziesięciu kryteriów diagnostycznych z poprzednich edycji DSM, zachowanych zostało dziewięć:

— zaabsorbowanie hazardem (np. przeżywanie na nowo minionych doświadczeń związanych z graniem, planowanie kolejnych itp.);
— stawianie w grze coraz wyższych kwot w celu osiągania pożądanego poziomu ekscytacji;
— wielokrotne podejmowanie bezowocnych prób kontrolowania, ograniczenia lub zaprzestania grania;
— niepokój lub rozdrażnienie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania;
— traktowanie grania jako ucieczki od problemów lub sposobu na złagodzenie dysforycznego nastroju (poczucia bezradności, winy, lęku, depresji itp.);
— częste powracanie innego dnia do gry po przegranej w celu odegrania się;
— okłamywanie członków rodziny, terapeutów i innych ludzi, żeby ukryć stopień własnego uwikłania w hazard;
— ryzykowanie utraty ważnych związków, pracy bądź możliwości nauki lub kariery zawodowej albo faktyczna ich utrata wskutek zaangażowania w hazard;
— liczenie na wsparcie finansowe innych w celu poprawy rozpaczliwej sytuacji finansowej spowodowanej hazardem [5].

Usunięte zostało kryterium popełniania czynów niezgodnych z prawem w celu zdobycia pieniędzy na granie. Podkreślić warto, że patologiczny hazard, jako jedyne spośród szeroko rozumianych aktualnie „uzależnień czynnościowych", został włączony do kategorii zaburzeń nałogowych. Należy także mieć na uwadze, że jest jednym z najlepiej poznanych „izmów" (np. pracoholizm, jedzenioholizm, zakupoholizm itd.), co zawdzięcza stosunkowo długiej tradycji badawczej [6, 7, 8].

Rozwój patologicznego hazardu

Jednym z pierwszych badaczy klinicystów patologicznego hazardu był Robert Custer, który jest autorem wielu prac dotyczących diagnozy tego zaburzenia oraz stworzył pierwszą klinikę leczenia go w Brecksville w Ohio [9]. Według niego, rozwój patologicznego hazardu przebiega według czterech faz:

1. faza zwycięstw,
2. faza strat,

3. faza desperacji,
4. faza utraty nadziei.

W fazie pierwszej człowiek odkrywa hazard, co bardzo często wiąże się z tzw. wygraną inicjującą, czyli zdobyciem stosunkowo dużych pieniędzy w grze. Zdarzenie to wywołuje dużo silnych pozytywnych emocji oraz wiarę w kolejne wygrane. Rodzi to chęć kontynuowania hazardu, przez co rozrywka ta staje się świadomie poszukiwana i pożądana. Kontynuowanie grania nieodłącznie wiąże się z coraz częstszymi stratami, które osoba próbuje odzyskać, grając coraz wyższymi stawkami. Charakterystyczne dla tej fazy jest „odgrywanie się".

W fazie drugiej gracz zaczyna okłamywać rodzinę, by ukryć swoją aktywność, kontynuuje ją i cały czas wierzy w wygraną pomimo kolejnych strat. Na etapie trzecim problemy spowodowane przez granie są na tyle poważne, że gracz zaczyna ich doświadczać w różnych wymiarach — traci pracę, psują się jego relacje z bliskimi, ma poważne problemy finansowe. To wszystko przekłada się na jego stan emocjonalny i sprawia, że doświadcza silnego stresu psychologicznego, cały czas paradoksalnie wierząc w wygraną. Ze wstydu i strachu izoluje się od ludzi i zamyka we własnym świecie, w którym dominują problemy związane z graniem. W fazie czwartej , utraty nadziei, traci wiarę w możliwość szybkiego naprawienia własnej sytuacji, czuje się przygnieciony trudnościami i niezdolny do ich pokonania. Na tym etapie gracz może zwrócić się po pomoc, mając poczucie, że nie ma już nic do stracenia (dotychczas wierzył w granie i nie był gotowy na rezygnację z niego). Może jednak także szukać ucieczki w substancjach psychoaktywnych lub próbować odebrać sobie życie, co jest szczególnie poważnym zagrożeniem tej fazy [10].

Typologia patologicznych graczy hazardowych

Pomimo iż patologiczni gracze przechodzą tę samą ścieżkę na drodze do rozwoju własnego uzależnienia, nie są to osoby, które można sprowadzić do „wspólnego mianownika". Istnieje wiele badań, których wyniki pozwalają poznać psychologiczny profil hazardzisty [11–14]. Interesująca i bliska obserwacjom klinicznym wydaje się typologia graczy Alexa Blaszczynskiego [15]. Badacz ten wyróżnia trzy typy hazardzistów, tzw. gracza normalnego, gracza z podatnością emocjonalną oraz gracza z podatnością biologiczną. Dla graczy pierwszego typu charakterystyczny jest brak objawów psychopatologicznych poprzedzających uzależnienie od grania. Mogą się one pojawić w związku z uzależnieniem. Rozwojowi ich uzależnienia towarzyszy często kontekst społeczny (koledzy grają itp.) oraz popełnianie błędów myślenia dotyczących szacowania prawdopodobieństwa wygranej. Gracze ci najlepiej rokują w terapii i przejawiają największą motywację do zmiany ze względu na najmniej poważny charakter zaburzenia.

Drugi typ graczy przejawia zaburzenia zdrowia psychicznego jeszcze przed rozwojem uzależnienia od gry. W ich życiu mogły mieć miejsce traumatyczne doświadczenia, które uczyniły ich bardziej wrażliwymi emocjonalnie. Hazard może stanowić dla nich sposób ucieczki od trudnych przeżyć czy doświadczeń. W ich terapii w pierwszej kolejności należy zająć się innymi zaburzeniami, budowaniem kompetencji życiowych, umiejętności radzenia sobie. W grupie trzeciej znajdują się osoby z problemami neurologicznymi, czemu towarzyszą także zaburzenia antyspołeczne. Wykres EEG tych osób przypomina wykres

dzieci z deficytem uwagi. Gracze ci rozpoczęli swoją „karierę" hazardową bardzo wcześnie i często towarzyszą im inne zaburzenia zachowania, aktywność przestępcza, uzależnienia itd. W terapii robią najmniejsze postępy ze względu na brak chęci do zmiany zachowań. Stąd w ich leczeniu należałoby uwzględnić pracę nad motywacją oraz, ze względu na podłoże neurologiczne zaburzeń, włączenie leczenia farmakologicznego. Według Blaszczynskiego warunkiem koniecznym zaistnienia uzależnienia jest obecność gier (czynnik środowiskowy), na który nakładają się predyspozycje psychologiczne. W każdym przypadku uzależnienie rozwija się według niego na drodze warunkowania [15].

Epidemiologia

W Polsce wciąż brakuje ogólnokrajowych badań nasilenia uzależnień od czynności, w tym także patologicznego hazardu. Badania przeprowadzone w latach 2011–2012 pokazują jednak, że blisko pięćdziesiąt tysięcy osób w kraju jest uzależnionych od gier hazardowych, a dwieście tysięcy jest tym uzależnieniem zagrożonych, w tym najbardziej osoby poniżej 34. roku życia. Ponadto blisko jedna czwarta Polaków powyżej 15. roku życia grała na pieniądze w ciągu roku poprzedzającego badanie [16].

Jeżeli chodzi o dane światowe, szacuje się, że ok. 1–2,5% społeczeństwa stanowią patologiczni hazardziści [17–19]. Niektóre źródła wskazują także na znacznie większe nasilenie problemu, zwłaszcza w wybranych częściach świata, jak Missisipi (4,7%) [20] czy Alberta w Kanadzie (8,6%) [21].

Terapia patologicznego hazardu

Pomimo że problem hazardu obejmuje od 1% do 2% populacji [17–19], przez długi czas nie podejmowano prób opracowania specjalnego programu terapii dla osób z problemem hazardu patologicznego. W pomocy osobom z tzw. uzależnieniami behawioralnymi dominował model leczenia zaczerpnięty z programów pomocowych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych: alkoholu i narkotyków. Był to zazwyczaj model terapii grupowej odnoszący się do koncepcji społeczności terapeutycznej bądź modelu Minesotta. Pacjenci z problemem patologicznego grania często włączani byli w grupy dla osób z problemem uzależnienia od alkoholu bądź narkotyków, a praca nad ich problemami odbywała się przy zastosowaniu analogicznych założeń i metod pracy, jak z pacjentami uzależnionymi od substancji chemicznych [16, 22, 23].

Aktualnie stosowanych jest kilka rodzajów oddziaływań terapeutycznych wobec osób z problemem hazardu. Należą do nich: terapia psychodynamiczna, terapia rodzin, praca w ramach grup samopomocowych Anonimowych Hazardzistów, terapia behawioralna oraz terapia poznawczo-behawioralna [24].

Psychodynamiczna terapia hazardzistów skupia się na poszukiwaniu bazowego konfliktu intrapsychicznego, który leży u podłoża nieprzystosowaczego zachowania oraz na analizie funkcji i znaczenia objawu, jakim jest angażowanie się w hazard. Dodatkowo terapeuci psychodynamiczni koncentrują się także na pomocy w radzeniu sobie przez pacjenta ze wstydem i poczuciem winy, które wiążą się z doświadczanymi konsekwencjami grania, oraz na analizie występujących u graczy mechanizmów obronnych, takich jak: unikanie, acting out, racjonalizacja, minimalizowanie [24–25].

W pracy z pacjentami z problemem hazardu stosuje się także terapię rodzin w ujęciu systemowym. Podejście systemowe zakłada, że rodzina jest całością, a nie sumą części, w związku z czym jakakolwiek zmiana dotycząca jednego z jej członków pociąga za sobą zmianę w całym systemie. Stąd występowanie u jednego z członków rodziny hazardu patologicznego oddziałuje i zmienia sposób funkcjonowania całej rodziny. Dlatego w terapii rodzin zakłada się, że poprzez zmianę schematów interakcji wewnątrzrodzinnych — zmniejszenie nasilenia konfliktów, napięć, można wspierać zmianę postępowania gracza. Dodatkowo rodzinę w pracy z hazardzistami wykorzystuje się jako źródło konfrontacji i wsparcia dla osoby grającej [24, 26].

Wśród oddziaływań leczniczych wobec osób z problemem hazardu wykorzystuje się również grupy samopomocowe Anonimowych Hazardzistów, których filozofia i program wsparcia skonstruowany jest w oparciu o popularny program wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Głównymi czynnikami leczącymi w tych grupach są: struktura i wsparcie. Najważniejsze zalecenia dla członków grup Anonimowych Hazardzistów dotyczą tego, aby osoba mająca problem z hazardem: (1) uczestniczyła w jak największej liczbie spotkań grup samopomocowych, (2) powstrzymywała się od grania, nawet w sytuacjach, w których granie nie miałoby oznaczać wygrywania pieniędzy, (3) koncentrowała się na „tu i teraz", zakładając, że w dniu dzisiejszym nie będzie zajmowała się hazardem, (4) wchodziła w relacje z innymi osobami z grupy po to, by uzyskać wsparcie [23, 24].

Również terapeuci behawioralni, w oparciu o teorie warunkowania klasycznego i instrumentalnego, podjęli próby poszukiwania pomysłu na leczenie osób z problemem hazardu. McConagy, Armstrong, Blaszczyński i Allock [24] zaproponowali, aby pracować z graczami przy wykorzystywaniu desensytyzacji i relaksacji wyobrażeniowej. W czasie sesji terapeutycznej pacjent miałby wyobrażać sobie sesję grania, co zapewne uruchamiałoby fizyczną i emocjonalną odpowiedź jego organizmu. Terapeuta wówczas mógłby zaproponować pracę z oddechem i inne techniki relaksacyjne po to, aby doprowadzić stan wzbudzenia do optymalnego, pożądanego poziomu.

Również na gruncie podejścia poznawczo-behawioralnego powstały koncepcje pracy terapeutycznej z hazardzistami. Jednym z pierwszych, który podjął się opracowania kompleksowego programu terapii dla osób z rozpoznaniem patologicznego hazardu w podejściu poznawczo-behawioralnym był profesor Robert Ladouceur [27] z Uniwersytetu Laval w Kanadzie wraz z zespołem współpracowników.

Dotychczas podejście to było z powodzeniem wykorzystywane w zaburzeniach depresyjnych, lękowych (lęku uogólnionego, lęku napadowego, fobii społecznej), nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania, zaburzeń osobowości czy leczenia psychoz [28], stąd powstał pomył, by zastosować je także w pracy z hazardzistami. W podejściu tym zakłada się, że oddziaływania terapeutyczne winny być skoncentrowane na dwóch głównych wymiarach: (1) behawioralnym, co wiąże się z uczeniem się nowych zachowań i (2) poznawczym, polegającym na konstruowaniu nowych, bardziej adaptacyjnych przekonań. Konstruowanie nowych przekonań, myśli alternatywnych wiąże się z hipotezą, stawianą przez terapeutów poznawczych, iż u podłoża wszystkich zaburzeń psychicznych leży zniekształcone, nieprzystosowawcze myślenie, a poprawę u pacjenta można osiągnąć poprzez zmianę myślenia i budowanie realistycznej oceny rzeczywistości, co w efekcie ma prowadzić do zmian sposobu emo-

cjonalnego reagowania i zachowania. W większości form terapii „leczenie opiera się na poznawczym modelu konkretnego zaburzenia oraz zastosowaniu go do konceptualizacji czy zrozumienia problemu danego pacjenta" [28, s. 3]. Konceptualizacja problemu w nurcie poznawczo-behawioralnym, zmierzająca do zrozumienia pacjenta, zazwyczaj jest poszukiwaniem mechanizmów w sferze myślenia i zachowań, które doprowadziły do powstania zaburzenia i wpływają na aktualne trudności pacjenta w zachowaniu. Nie jest ono jednak skoncentrowane na analizie przeszłości, ale właśnie aktualnego sposobu myślenia i bieżących zachowań [29].

Poznawczy model patologicznego hazardu opiera się na założeniu, że u patologicznych graczy pojawiają się specyficzne zaburzenia poznawcze. W poszukiwaniu treści zniekształceń poznawczych badacze patologicznego hazardu stosowali procedurę eksperymentalną, polegającą na technice „głośnego myślenia". Osoby badane podczas sesji grania były proszone o to, by wypowiadały na głos towarzyszące im myśli. Sesja taka była nagrywana. Wypowiedzi graczy były następnie analizowane przez zespoły badawcze pod kątem zawartych treści [30–32]. Na tej podstawie wyróżniono kilka typów zniekształceń poznawczych, charakterystycznych dla hazardzistów [33], a odnoszących się do:

— oceny własnych umiejętności i dokonywania ocen sytuacji, polegające na tym, iż patologiczni hazardziści przeceniają swoją zdolność wpływania na wynik losowych zdarzeń, a także w błędny sposób oceniają sytuację, przez co budują sobie iluzję kontroli,
— przekonania o posiadaniu specyficznych osobistych cech, które zwiększają prawdopodobieństwo wygranej (np. przekonanie, że „szczęście jest moją cechą", „los jest mi przychylny", „wygrana jest odpowiedzią na moje modlitwy") lub wiara w zabobony („kiedy będę grał lewą ręką, na pewno wygram" itp.),
— selektywnej pamięci — osoba mająca problem z graniem koncentruje się tylko na sytuacjach związanych z wygraną, zupełnie pomijając poniesione straty i porażki, lub przypisując je przypadkowo działającym czynnikom zewnętrznym,
— błędne postrzeganie prawdopodobieństwa wygranej, mylne rozumienie niezależności kolejek, oczekiwanie na zbliżającą się wygraną po serii niepowodzeń bądź odegranie się, ocenianie sytuacji niepowodzenia jako: „prawie wygranej" („bo brakowało jednego winogrona", „bo wypadła cyfra obok") [30, 33, 34].

Identyfikacja specyficznych zaburzeń poznawczych występujących u hazardzistów pozwoliła na opracowanie programu terapeutycznego dedykowanego osobom z problemem patologicznego grania. Jednym z bardziej spójnych i całościowych programów jest metoda pracy terapeutycznej zaproponowana przez zespół Ladouceura. Opracowali oni koncepcję pracy z osobami mającymi problem z graniem, która może przyjmować formę terapii indywidualnej bądź grupowej [30]. Specyfika podejścia Ladouceura w porównaniu z innymi podejściami poznawczo-behawioralnymi w pracy z hazardzistami polega na tym, iż jego zdaniem najbardziej kluczowym błędnym przekonaniem pojawiającym się u graczy jest niewłaściwe rozumienie przypadku i mylenie gier hazardowych z grami zręcznościowymi i kompetencyjnymi.

Indywidualna terapia patologicznego hazardu w ujęciu Ladouceura

Schemat leczenia

Program indywidualnej terapii patologicznego hazardu zaproponowany przez zespół Ladouceura obejmuje od dwunastu do piętnastu sesji terapeutycznych. Pierwsze dwie sesje mają charakter diagnostyczny i poświęcone są na wypełnianie kwestionariuszy przez pacjenta, ocenę poziomu jego motywacji, ustaleniu celów terapeutycznych, a także przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego. W przypadku zdiagnozowania poważnego zaburzenia współwystępującego z patologicznym hazardem (np. depresji, zaburzenia dwubiegunowego, uzależnienia chemicznego), pacjent kierowany jest do specjalisty w celu podjęcia leczenia tego zaburzenia w pierwszej kolejności. Drugi blok spotkań ma już charakter terapeutyczny i obejmuje od ośmiu do dziesięciu sesji terapeutycznych prowadzonych w nurcie poznawczym. Podczas pierwszej sesji tego bloku pacjent z pomocą terapeuty dokonuje analizy jednego „seansu" grania. Dwa kolejne spotkania mają na celu pracę z pacjentem nad zdefiniowaniem pojęcia „przypadek" oraz „sytuacja ryzyka". Celem kolejnych dwóch jest omówienie z pacjentem zjawiska błędów myślenia. Ostatnią część bloku stanowią sesje ćwiczeniowe, podczas których pacjent uczy się pracy nad swoim myśleniem dotyczącym grania hazardowego. W zależności od potrzeby odbywa się od trzech do pięciu spotkań ćwiczeniowych. Blok trzeci spotkań poświęcony jest zapobieganiu nawrotom. W ramach tego bloku odbywa się jedna lub dwie sesje. Ostatnia część ma charakter ewaluacji po leczeniu. Jest ona realizowana podczas jednego spotkania. Domknięcie całości stanowią trzy spotkania po zakończeniu leczenia, z których pierwsze odbywa się trzy miesiące, drugie — sześć miesięcy po końcowej ewaluacji, a trzecie — po roku od zakończenia leczenia. Mają one za cel ocenę stanu pacjenta, kontynuowania konstruktywnych zmian i utrzymania się efektów leczenia. Schemat spotkań prezentuje Tabela 1.

Tabela 1. **Schemat programu terapii patologicznych hazardzistów w podejściu R. Ladouceura**

Diagnoza wstępna Kwestionariusze Wywiad diagnostyczny i ocena motywacji pacjenta (dwa spotkania)
Leczenie — wymiar poznawczy Analiza seansu gry (jedno spotkanie) Zdefiniowanie pojęć „przypadek" i „sytuacja ryzyka" (dwa spotkania) Błędy myślenia (dwa spotkania) Ćwiczenia „Moja kolej" (trzy do pięciu spotkań)
Zapobieganie nawrotom (jedno do dwóch spotkań)
Ewaluacja po zakończeniu leczenia (jedno spotkanie)
Towarzyszenie — spotkania (3, 6 i 12 miesięcy po zakończeniu leczenia)

Oprac. Lelonek-Kuleta na podstawie Ladouceur i in., 2000, s. 10.

Zaprezentowany powyżej schemat ma charakter bardzo ogólny. Zauważyć można nieuwzględnienie sesji poświęconych terapii behawioralnej, której elementy także mogą być wykorzystywane w leczeniu pacjenta według Ladouceura. Autor zaznacza jednak, że jakkolwiek wymiar poznawczy jest kluczowy i konieczny w terapii, tak praca behawioralna nie jest obligatoryjna i podejmuje się ją po uwzględnieniu potrzeb konkretnego pacjenta [16].

Diagnoza wstępna

Spotkania diagnostyczne poza przeprowadzeniem diagnozy służą także realizacji innych celów, do których należą:

— pierwszy kontakt z pacjentem i budowanie relacji opartej na zaufaniu,
— poznanie motywacji do zgłoszenia się po pomoc,
— ustalenie celów terapeutycznych,
— poznanie charakteru grania pacjenta i jego sposób rozumienia gier hazardowych,
— ocena spostrzegania własnej skuteczności radzenia sobie w sytuacjach ryzyka przez pacjenta oraz jego poczucia kontroli nad graniem,
— ocena konsekwencji grania w różnych sferach życia pacjenta,
— wykluczenie innych zaburzeń zdrowia psychicznego [27].

Diagnoza wstępna opiera się na wynikach wypełnionych przez pacjenta kwestionariuszy oraz przeprowadzeniu semistrukturalnego wywiadu diagnostycznego (*Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique — revisée*). Może być ona przeprowadzona na dwa sposoby. Pierwszym z nich jest przesłanie pocztą zgłaszającemu się do specjalisty pacjentowi kompletu kwestionariuszy w celu wypełnienia ich przez niego przed pierwszym spotkaniem — wywiadem diagnostycznym. Przekazanie kwestionariuszy może jednak także odbyć się po zakończeniu pierwszego spotkania — wywiadu diagnostycznego, w celu wypełnienia ich w domu i omówienia podczas drugiego spotkania diagnostycznego. Kolejność nie jest tu najważniejsza, natomiast istotne jest, aby diagnoza była zakończona przed rozpoczęciem jakichkolwiek interwencji terapeutycznych. Wywiad diagnostyczny obejmuje 45 pytań dotyczących m.in. motywacji zgłoszenia się na konsultację, charakteru grania, jego konsekwencji, stylu życia, innych uzależnień, poczucia własnej kontroli nad graniem, a także kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu według DSM-IV. Przed przystąpieniem do pracy ustalane są cele terapeutyczne. Ladouceur w swym podejściu jako cel pracy terapeutycznej dopuszcza, poza abstynencją, także ograniczenie grania. Istotne jest, aby cel był postawiony przez samego pacjenta, był tym, do czego on sam dąży oraz do osiągnięcia czego czuje się zdolny. Wymuszanie na pacjencie abstynencji działa niekorzystnie na jego motywację i może przyczynić się do przerwania terapii.

Leczenie — wymiar poznawczy

Terapia poznawcza przebiega według kolejnych, określonych precyzyjnie etapów. Dla każdego z nich opracowany został podręcznik dla terapeuty oraz podręcznik dla pacjenta. Pierwszy zawiera wskazówki dotyczące specyficznych celów danego etapu, jego przebiegu oraz ćwiczeń zalecanych pacjentowi. Ponadto znajdować się tam mogą dodatkowe wyja-

śnienia oraz przykłady kliniczne. W podręczniku dla pacjenta również znajduje się krótki opis celów do osiągnięcia na każdym etapie leczenia, a także zadanie do wykonania [38]. Poszczególne spotkania przebiegają według podobnego schematu. Na początku każdej sesji terapeuta otrzymuje od pacjenta zrealizowane ćwiczenie oraz rozmawia z nim na temat jego zachowań związanych z graniem w minionym od ostatniego spotkania czasie. Następnie wprowadza i przybliża kolejny aspekt terapii i omawia go z pacjentem. Na koniec proponuje mu kolejne zadanie z podręcznika odnoszące się do podjętego podczas sesji zagadnienia.

Analiza seansu gry

Pierwsze spotkanie terapeutyczne poświęcone jest na analizę seansu gry. Celem spotkania jest:

— zidentyfikowanie błędnych myśli gracza odnoszących się do hazardu: głównie jego przekonania o wygranej oraz skłonności do przewidywania wyniku gry,
— odkrycie czynników wzbudzających chęć do grania oraz towarzyszących im myśli i emocji,
— dookreślenie specyficznego stylu grania przez pacjenta,
— zrozumienie przyczyn, dla których pacjent gra oraz tych, dla których nie może zaprzestać grania.

Podczas spotkania pacjent ma za zadanie odtworzenie w swojej pamięci ostatniej sytuacji grania oraz bardzo szczegółowe opisanie towarzyszących jej myśli i emocji. Wykorzystywana jest tutaj metoda „głośnego myślenia" polegającego na relacjonowaniu na głos tego wszystkiego, co się działo w głowie gracza podczas tej sytuacji.

Zdefiniowanie pojęć „przypadek" i „sytuacja ryzyka"

Drugi etap spotkań terapeutycznych obejmuje dwa spotkania, których celem jest:

— doprecyzowanie z pacjentem pojęcia przypadku,
— dokonanie rozróżnienia pomiędzy grami umiejętności i grami hazardowymi,
— uwrażliwienie gracza na sytuacje ryzyka oraz swoje wewnętrzne monologi oraz wykształcenie w nim umiejętności rozpoznawania ich,
— uświadomienie graczowi wpływu jego wewnętrznych monologów na jego decyzje o graniu,
— wyjaśnienie graczowi związku zachowań z nadmiernym graniem.

Na tym etapie istotne jest szczególne uwrażliwienie gracza na pojęcie przypadku, co wypływa z obserwacji, że większość graczy nałogowych rozumie go błędnie, a przez to ich chęć grania nasila się. Prawidłowe rozumienie przypadku oznacza, że zdarzenie opierające się na nim jest niemożliwe do przewidzenia oraz niemożliwe do kontrolowania. Błędne rozumienie przypadku może m.in. skutkować myleniem gier hazardowych z grami umiejętności, w których gracz może je doskonalić i przez to wpływać na ich wynik.

Błędy myślenia

W kolejnym etapie rozpoczyna się praca nad błędnymi myślami gracza dotyczącymi szacowania prawdopodobieństwa wygranej. Temu zagadnieniu poświęcone są dwa spotkania mające na celu:

— przekazanie graczowi wiedzy na temat różnych „pułapek" gier hazardowych, aby mógł on uświadomić sobie własne błędne myśli,

— zasianie w graczu wątpliwości dotyczących jego przekonań na temat grania.

W celu zapoznania z błędami myślenia terapeuta przekazuje pacjentowi tekst opisujący je. Ważne jest wzbudzenie w graczu przeświadczenia, że błędne myśli są podstawowym wrogiem zdolności gracza do kierowania swoim nadmiernym graniem. W trakcie analizy tekstu terapeuta wspólnie z graczem powraca do analizy seansu gry ze szczególnym naciskiem na myśli towarzyszące graniu. Wspólnie poddają dyskusji te myśli oceniając, na ile są one zgodne z definicją przypadku wypracowaną wcześniej.

Ćwiczenia „Moja kolej"

Najwięcej sesji (od trzech do pięciu) poświęconych jest ćwiczeniu własnych umiejętności przez pacjenta. Pacjent na tym etapie ma za zadanie:

— nauczyć się poddawać dyskusji własne błędne myśli,

— uświadomić sobie, że posiada zdolność decydowania o graniu lub rezygnacji z gry — ćwiczenia mają nauczyć go kierowania własnymi myślami.

Celem jest utwierdzenie w graczu przekonania o silnym związku pomiędzy myślami a jego graniem oraz o tym, że rezygnacja z grania jest jego wyborem. Według Ladouceura ten element stanowi istotę działań terapeutycznych, dzięki którym gracz z postawy determinacji „nie mogę przestać grać" przechodzi do przejęcia odpowiedzialności za własne zachowanie „decyduję nie grać".

Zapobieganie nawrotom

Kolejnym etapem terapii jest zapobieganie nawrotom. Poświęcone jest na nie jedno lub dwa spotkania zakładające realizację następujących celów:

— przygotowanie gracza na możliwość powrotu do grania,

— przedyskutowanie powrotu do grania (Czy gracz już tego doświadczył? Jak sobie z tym poradził? itd.),

— dyskusja na lekturą „Środki zaradcze" [36].

Ladouceur zwraca uwagę na to, że problem nawrotów powinien być omawiany podczas całej terapii, praktycznie od jej rozpoczęcia, ponieważ jej celem jest zapobieżenie powrotowi do grania. Pacjent jest wzmacniany w utrzymywaniu kontroli nad swoim graniem, jednocześnie terapeuta dostarcza mu „środków zaradczych" na sytuacje powrotu do grania. Są nimi wskazówki i rady typu: „Pozostań spokojny" (oraz opis), „Przypomnij sobie swoje dotychczasowe wysiłki", „Dokonaj szczegółowej analizy sytuacji, która wywołała powrót do grania lub nasilenie chęci grania", „Poproś o pomoc".

Na tym etapie terapeuta może wprowadzić także interwencje behawioralne, jeśli wydają się użyteczne w odniesieniu do konkretnego gracza. W terapii behawioralnej celem jest zidentyfikowanie sytuacji podnoszących ryzyko zagrania przez konkretną osobę oraz wypracowanie strategii radzenia sobie w tych sytuacjach, aby to ryzyko zminimalizować.

Ewaluacja po zakończeniu leczenia

Ostatnie spotkanie ma charakter podsumowujący. Oceniane są wszystkie osiągnięcia pacjenta podczas leczenia, charakter jego grania (jeśli celem nie była abstynencja), spostrzeganie własnej skuteczności w odniesieniu do sytuacji ryzyka zagrania, jak również jego poczucie kontrolowania swego grania. Na koniec oceniany jest wpływ zmiany charakteru grania (jeśli taka nastąpiła) na różne sfery życia gracza — rodzinną, emocjonalną, psychologiczną itd. Podobna ewaluacja dokonywana jest także po trzech miesiącach od ukończenia leczenia, po sześciu oraz dwunastu.

Grupowa terapia patologicznego hazardu w ujęciu Ladouceura

Praca terapeutyczna w grupach prowadzonych w modelu poznawczo-behawioralnym w ujęciu Ladouceura, podobnie jak terapia indywidualna, polega na modyfikowaniu błędnych przekonań dotyczących postrzegania związku pomiędzy przypadkowymi i losowymi wydarzeniami w grze. Uzupełniona jest dodatkowo o analizę różnych strategii behawioralnych, które mogą sprzyjać sytuacji uniknięcia zagrania [37, 38].

Psychoterapia grupowa dla osób z problemem hazardu zaplanowana jest na 13 sesji odbywających się raz w tygodniu. Pierwsza sesja jest sesją wprowadzającą. Przedstawione są na niej informacje organizacyjne oraz omówione zasady pracy w grupie. Każda kolejna sesja ma określoną, dosyć podobną strukturę. Spotkanie zaczyna się od omówienia przez uczestników grupy zadania domowego, które było do zrealizowania w ciągu ostatniego tygodnia. Zasadnicza część spotkania ma charakter edukacyjny i polega na przekazywaniu wiedzy o patologicznym hazardzie uczestnikom grupy. Następnie uczestnicy są zachęcani do tego, aby wziąć udział w dyskusji o treściach przekazanych w części edukacyjnej, odnosząc się do przykładów z własnego życia. Na koniec każdego spotkania uczestnicy dostają zadanie domowe na tydzień, które następnie omawiane jest na kolejnej sesji.

Każda z grupowych sesji terapeutycznych jest poświęcona odrębnemu tematowi i tak kolejno na zajęciach omawiane są: (1) zyski i straty płynące z grania hazardowego, (2) pojęcie przypadku, złudzenia kontroli, zależności kolejek, (3) rozróżnienie pomiędzy graczem nadmiernym a patologicznym oraz fazy rozwoju uzależnienia od hazardu, (4) omówienie uwarunkowań i genezy grania patologicznego, (5) lista sytuacji zwiększających ryzyko zagrania, (6) strategie behawioralne pomagające uniknąć zagrania, (7) myśli i przekonania sprzyjające sytuacji zagrania, (8) konstruktywne myśli alternatywne dla myśli automatycznych sprzyjających graniu, (9) trudności we wdrażaniu alternatywnych przekonań i sposobów działania, (10) analiza czynników ryzyka sprzyjających nawrotom grania, (11) ponowna analiza błędów poznawczych sprzyjających graniu (m.in. złudzenie kontroli, zależność kolejek, zabobony), (12) analiza nawrotu: sygnały ryzyka, strategie zapobiegania graniu.

Ostatnie, trzynaste spotkanie terapeutyczne poświęcone jest podsumowaniu zmian w terapii. Zawiera też powtórkę analizowanych dotychczas treści.

Przykład zastosowania podejścia Roberta Ladouceura w pracy z pacjentem — studium przypadku

Poniżej przedstawiamy przykład wykorzystania podejścia poznawczo-behawioralnego w ujęciu Ladouceura w pracy z pacjentem uzależnionym od alkoholu oraz z problemem hazardu patologicznego.

Pacjent w wieku 45 lat, żonaty, dwoje pełnoletnich dzieci, mieszka z rodziną. Wykształcenie zawodowe, aktualnie od trzech lat bezrobotny, na utrzymaniu żony. Problem z alkoholem ma od około 15 lat, z hazardem (deklaruje) od 10 lat. Około miesiąc przed zgłoszeniem się do poradni ukończył program terapeutyczny dla osób uzależnionych od alkoholu w warunkach stacjonarnych. Dodatkowo do pogłębionego etapu pracy nad uzależnieniem włączono pracę nad tematyką patologicznego hazardu. Z wywiadu wynika, że pacjent grał głównie na automatach do gier. Z tego powodu miał spore zadłużenia, jednak rodzina je spłaciła. Rodzice sprzedali cenne pamiątki rodzinne, żona wzięła dwa kredyty, które spłaca do dziś. Nie ma bliskich znajomych, podaje, że znajomi odsunęli się od niego, gdyż pożyczał od nich pieniądze na granie i do tej pory im ich nie zwrócił.

Praca w wymiarze poznawczym wiązała się z analizą wyobrażonego seansu gry pacjenta i identyfikacją błędnych przekonań. W trakcie sesji pacjent zidentyfikował u siebie następujące myśli automatyczne i przekonania związane z graniem na automatach: „To moja maszyna, znam ją, wiem, jak grać, żeby wygrać", „Przegrałem dzisiaj dużą sumę pieniędzy, maszyna zaraz musi zacząć wypłacać", „Wiele razy wygrywałem, na pewno wygram znowu", „Muszę często głaskać moją maszynę, wtedy na pewno mi chętniej wypłaci". Po zidentyfikowaniu monologów związanych z graniem w trakcie sesji podjęto pracę w kierunku wzbudzania dysonansu poznawczego u pacjenta na przykładzie przekonania: „To moja maszyna, znam ją, wiem, jak grać, żeby wygrać". Terapeuta odniósł się do tego, co mówił pacjent, parafrazując jego wypowiedź: „Rozumiem, że zdarzają się sytuacje, że gra Pan na swojej maszynie i wygrywa?". Następnie podjął dialog z pacjentem, zadając następujące pytania: „Czy inne maszyny czasami coś wypłacają?", „Czy zdarza się, że Pana maszyna nie płaci?", „Czy inne maszyny, na których grał Pan, nie płaciły?". W trakcie dialogu z pacjentem zostało wprowadzone i omówione pojęcie losowości gier i przypadku, a następnie wraz z pacjentem sformułowano przekonania alternatywne wobec pierwotnie zgłośnionego zdania, które brzmiało w następujący sposób: „Niezależnie na której maszynie się gra, raz się wygrywa, raz się przegrywa z losowym prawdopodobieństwem". Cykl dialogu terapeutycznego odnoszący się do wzbudzania dysonansu w odniesieniu do pojęcia przypadku i losowości gier powtarzany był z pacjentem kilkukrotnie na kolejnych sesjach w odniesieniu do innych ujawnionych przekonań.

Praca w wymiarze behawioralnym wiązała się z opracowaniem wspólnie z pacjentem listy strategii, które mogą być mu przydatne, by zwiększyć prawdopodobieństwo uniknięcia grania. Pacjent uznał, że następujące sposoby postępowania będą mu przydatne: „Nie będę nosił przy sobie gotówki większej niż 10 zł", „Zlikwiduję kartę do bankomatu, chcę, by do wspólnych pieniędzy miała dostęp tylko żona", „Powiem żonie, gdzie grałem, poproszę ją, by tam poszła i powiedziała, że mam samowykluczenie, bo mam problem z hazardem", „Będę uczestniczył regularnie w spotkaniach AA, zadbam o budowanie nowych relacji z ludźmi".

Praca nad tematyką grania inspirowana modelem Ladouceura zajęła terapeucie i pacjentowi 9 sesji. Omawiana praca terapeutyczna była częścią szerszego procesu terapeutycznego, w ramach którego pracowano również nad zapobieganiem nawrotom uzależnienia, poruszając także wątki związane z hazardem. Także w dalszej kolejności praca z pacjentem koncentrowała się nad osobistymi schematami, które utrudniały pacjentowi satysfakcjonujące funkcjonowanie w relacjach rodzinnych, interakcjach społecznych, rolach zawodowych.

Podsumowanie

W niniejszym artykule zaprezentowano główne założenia i sposoby pracy w ramach terapii indywidualnej i grupowej z osobami z problemem hazardu patologicznego, które od wielu lat z powodzeniem są stosowane przez Ladouceura i jego współpracowników w Kanadzie. Program terapeutyczny oparty na jego pomyśle doczekał się także licznych badań empirycznych wskazujących na jego przydatność w pracy z osobami z rozpoznaniem hazardu patologicznego [35, 37, 38]. Skuteczność tego podejścia analizowano pod względem efektywności terapii indywidualnej [39] i grupowej [38], a także pod kątem skuteczności poszczególnych technik terapeutycznych [40].

Jeśli chodzi o terapię indywidualną hazardzistów, opartą na omawianym podejściu, to z przeglądu badań dokonanego przez Toneatto i Ladouceura [39] wynika, iż 85% pacjentów, którzy ukończyli leczenie w tym modelu, po leczeniu nie spełniało już kryteriów hazardu patologicznego i efekty te utrzymywały się przynajmniej przez rok od zakończenia leczenia.

Na Uniwersytecie Laval w Kanadzie prowadzone były także badania nad efektywnością terapii grupowej dla osób z problemem hazardu patologicznego, prowadzonej w podejściu opartym na koncepcji Ladouceura [38]. W badaniu porównywano dwie grupy osób będących uczestnikami terapii grupowej oraz osoby, które oczekiwały na rozpoczęcie leczenia. Wyniki uzyskane przez zespół badawczy pokazały, że 88% leczonych graczy nie spełniało już kryteriów DSM-IV dla patologicznego hazardu, w porównaniu z 20% z grupy kontrolnej, przy czym efekty osiągnięte w terapii były względnie trwałe, na co wskazywały badania kontrolne przeprowadzone po 6, 12 i 24 miesiącach od ukończenia leczenia.

W prowadzonych przez zespół Ladouceura badaniach [41] porównywano także skuteczność technik poznawczych i behawioralnych w leczeniu osób z problemem hazardu patologicznego. Wyniki badań pokazały, że zarówno techniki nakierowane na zmianę przekonań, jak i te, których celem jest zmiana zachowania pacjenta, mają zbliżoną skuteczność w pracy z osobami z problemem hazardu.

W świetle powyższych rozważań wydaje się, że program terapii Ladouceura jest narzędziem efektywnym i może być wykorzystywany w całości lub we fragmentach w pracy z osobami z problemem hazardu także w Polsce. Zdecydowaną zaletą tego podejścia jest jego krótkoterminowość. Na początkowym etapie terapii nie trzeba podejmować pracy z pacjentem nad jego głównymi mechanizmami osobowościowymi, ale można przede wszystkim koncentrować się na zgłaszanym problemie — graniu hazardowym. Podejście to daje terapeucie skuteczny i sprawdzony scenariusz postępowania krok po kroku, jak każdy nurt terapeutyczny ma jednak także ograniczenia. Przede wszystkim pacjent musi być zdolny do dokonania wglądu w swe myśli i ukryte założenia. Ta pierwsza już bariera

może być nie do pokonania dla niektórych pacjentów. Poza tym podejście zakłada wysoki poziom zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny, regularne wykonywanie prac, na których w dużym stopniu opiera się skuteczność terapii. Prace domowe przez niektórych pacjentów uzależnionych odrzucane są „z założenia", co może hamować proces terapeutyczny. Podejście poznawcze pomaga uporać się z przykrymi objawami, jednak nie dociera do głębszych ich przyczyn. Mając na uwadze te ograniczenia warto wykorzystać omawiane narzędzia w sposób elastyczny, dostosowany do indywidualnej sytuacji pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Słownik Języka Polskiego online. www.sjp.pl, dostęp: 21.02.2014.
2. Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych. DzU z 2009 r. nr 201, poz. 1540.
3. Ministerstwo Finansów. Informacja o realizacji ustawy o grach losowych w 2012 roku. Warszawa, 2013.
4. DSM-5 Table of Contents. Washington: American Psychiatric Association. www.DSM5.org, dostęp: 18.02.2014.
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.
6. Freud S. Dostojewski und die Vatertötung. München: Hrsg. von René Fülöp-Millerund Fritz Eckstein; 1928.
7. Bergler E. On the psychology of the gambler. American Imago, 1936; 22: 409–441.
8. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W.W. Norton & Co. Inc.; 1945.
9. Padwa H, Cunningham J. Addiction: A reference encyclopedia. Santa Barbara: CA: ABC–CLIO; 2010.
10. Lesieur HR, Custer RL. Pathological gambling: roots, phases, and treatment. Ann. Am. Acad. Polit. Soc. Sci. 1984; 474(146): 146–156. SAGE Publications: http://ann.sagepub.com, dostęp: 20 listopada 2007.
11. Chevalier S, Hamel D, Ladouceur R, Jacques Ch, Allard D, Sévigny S. Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002. Montréal et Québec: Institut national de santé publique du Québec et l'Université Laval; 2004. www.inspq.qc.ca, dostęp: 17.03.2006.
12. Lelonek-Kuleta B. Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych. Lublin: KUL; 2012.
13. Minet S, Meijas S, Druine C, Somers W, Hoffmann E, Servais L i wsp. Du plaisir du jeu à la souffrance. Une enquête sur le jeu et la dépendance au jeu. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Institut de Sociologie Centre de Psycho–Sociologie de l'Opinion; 2004. www.ulb.ac.be/soco/creatic, dostęp: 17.12.2005.
14. Ogińska-Bulik N. Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość? Warszawa: Difin; 2010.
15. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. Addict. 2002; 97(5): 487–499.
16. Moskalewicz J, Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J. Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących: hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Warszawa: CBOS; 2012.
17. Cunningham-Williams RM, Cottler LB. The epidemiology of pathological gambling. Sem.Clin. Neuropsychiatry 2001; 6(3): 155–166.

18. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell MC, Parker J. Gambling participation in the US — results from a national survey. J.Gambl. Stud. 2002; 18: 313–337.
19. Williams RJ, Volberg RA, Stevens RMG. The population prevalence of problem gambling: methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences and worldwide trends. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care; 2012. http://hdl.handle.net/10133/3068, dostęp: 15.02.2014.
20. Shaffer HJ, Korn DA. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. Ann. Rev. Publ. Health 2002; 23: 171–212.
21. Le jeux de hasard au Canada. Rapport du Conseil National du bien-être social;1996. http://www.ccsa.ca/ccsa, dostęp: 16.04.2006.
22. Mellibruda J. Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. W: J. Strelau, red. Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3. Gdańsk: GWP. 2005, 691–710.
23. Pindiur A. Życie wolne od hazardu. Wskazówki dla terapeuty, W: B. Woronowicz, red. Hazard. Historia, zagrożenia i drogi wyjścia. Poznań: Media rodzina. 2012; 121–168.
24. Fong, T. Types of psychotherapy for pathological gamblers. Psychiatry (Edgmont), 2005; 2(5): 32–39.
25. Abadi M. Psychoanalysis of gambling. Rev.Psicoanal. 1964; 21: 366–373.
26. Goldenberg H, Goldenberg I. Terapia rodzin. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
27. Ladouceur R, Lachance S. Overcoming pathological gambling. Therapist guide. Oxford: Oxford University Press, 2007.
28. Beck J. Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005.
29. Popiel L, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat, 2008.
30. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Understanding and treating the pathological gambler. Ontario: John Wiley & Sons; 2002.
31. Petry NM. Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatment. Washington D.C.: American Psychological Association; 2005.
32. Toneatto T. Cognitive therapy for problem gambling. Cogn. Beh. Pract. 2002; 9: 191–199.
33. Riscwood D, Blaszczynski A, Delfabbro P, Dowling N, Heading K. The psychology of gambling. W: https://www.psychology.org.au/Assets/Files/APS-Gambling-Paper-2010.pdf; 2010 dostęp: 4.01.2018.
34. Joukhador J, Blaszczynski A, MacCallum F. Superstitious beliefs in gambling among problem and social gamblers: Preliminary data. J. Gambl. Stud. 2004; 20: 171–180.
35. Ladouceur R, Boutin C, Doucet C, Lachance S, Sylvain C. Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Québec: Centre pour la prévention et le traitement du jeu; 2000.
36. Ladouceur R, Lachance S. Overcoming your pathological gambling: Workbook (Treatments That Work). London: Oxford University Press; 2006.
37. Ladouceur R, Sylvain C, Letarte H, Giroux I, Jacques Ch. Cognitive treatment of pathological gamblers. Beh. Res. Ther. 1998: 36: 1111–1119.
38. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. Beh. Res. Ther. 2003, 41: 587–596.
39. Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. Psychol. Addict. Beh. 2003, 17 (4): 284–292.

40. Harvey P, Smith D, Battersby M, Harvey P, Pols R, Ladouceur R. Two-group randomized, parallel trial of cognitive and exposure therapies for problem gambling: a research protocol, BMJ OPEN 2013, 3(6), 9p.
41. Smith D, Battersby M, Harvey P, Pols R, Ladouceur R. Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. Beh. Res. Ther. 2015, 69: 100–110.

Adres: emiliapsycholog@gmail.com