

PSYCHOTERAPIA HAZARDU — JAK SKUTECZNIE LECZYĆ HAZARDZISTÓW? EFEKTYWNOŚĆ STOSOWANYCH METOD TERAPEUTYCZNYCH

PSYCHOTHERAPY OF GAMBLING — HOW TO EFFECTIVELY TREAT GAMBLERS? THE EFFECTIVENES OF APPLIED THERAPEUTIC METHODS

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Katedra Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego
Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabała

pathological gambling cognitive behavior therapy

W artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego psychoterapii hazardu, a także piśmiennictwa dotyczącego tego zaburzenia (jego istoty, rozpowszechnienia, umiejscowienia w klasyfikacji chorób DSM-IV i ICD-10). Głównym celem pracy jest analiza i ocena skuteczności pracy grup Anonimowych Hazardzistów, a także różnych rodzajów terapii w podejściu psychodynamicznym, behawioralnym i poznawczym, interwencji motywacyjnych, a także terapii rodzin oraz podejścia zintegrowanego. Omówiono też zalecane standardy do badań nad skutecznością psychoterapii w leczeniu hazardzistów.

Summary. The aim of the study was to indicate efficacy of various psychological therapies for pathological and problem gambling. The literature on psychotherapy of gambling (1983–2012) was reviewed and particular attention carried out to meta-analysis studies during the period in question. The definition and the place of pathological gambling in the international classifications of diseases DSM-IV and ICD-10, and the prevalence of this disorder was briefly explained. This article provides information about the therapeutic approaches applied for the treatment of the pathological gambling problem: Gamblers Anonymous groups, the psychodynamic approach, behavioral therapy, cognitive approach, cognitive-behavioral therapy, marriage and family therapy, motivational interviewing therapy, multimodal treatment. This review provides an assessment of the effectiveness of therapeutic approaches used to treat people suffering from addiction to gambling. The cognitive behavioral approach is currently rated as the most effective in the treatment of gambling addicts. A meta-analysis performed on the previous study of gambling psychotherapy are the source of two types of recommendations. The first recommendations relate to methodological rigour. The second recommendations set the following research problems e.g. finding a common factor of different therapeutic approaches, gender as a moderator or an issue of dual diagnosis in treating gamblers.

Uzależnienie od hazardu — definicja i rozpowszechnienie tego zjawiska

W literaturze dotyczącej uzależnienia od hazardu można napotkać dwa terminy opisujące to zjawisko — mówi się o patologicznym i problemowym hazardzie. Oba określenia używane są wymiennie przez wielu autorów. Według Anderson i wsp. [1] termin patologiczny

W opracowaniu wykorzystano materiały z raportu sporządzonego w ramach zadania publicznego dofinansowywanego przez Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych nr 37/1/H/12.

hazard jest stosowany w USA, Kanadzie, Europie i opisuje kliniczną formę zaburzonego zachowania, natomiast termin problemowy hazard — subkliniczną manifestację tego zaburzenia. U autorów z Australii i Nowej Zelandii mamy do czynienia z powszechnym użyciem słowa problemowy hazard, które z kolei opisuje zróżnicowany zakres wszelkich trudności hazardzisty. Inne określenia, charakteryzujące zachowanie osoby uzależnionej od hazardu, to: „ryzykowne”, „zaburzone”, „problematyczne”, „kompulsywne”, „ekscesywne”.

Rozpowszechnienie problemowego hazardu jest najczęściej szacowane na 0,7% do 2,5% w populacji [1], ale np. w Niemczech na 0,2–0,6% [2], a w Hongkongu na 5,3% [3]. W grupie adolescentów u 4–8% osób można dostrzec zachowania spełniające kryteria patologicznego hazardu.

Uzależnienie od hazardu jako odrębna jednostka chorobowa — nazwana kompulsywnym hazardem — pojawiło się w klasyfikacji chorób DSM-III już w 1980 r. W DSM-IV od 1994 r. w grupie zaburzeń kontroli impulsów odnajdziemy patologiczny hazard (312.31). W klasyfikacji ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) patologiczny hazard jest umieszczony w dziale zaburzeń osobowości i zachowań dorosłych (F63.0).

Odnotowywane jest częste współwystępowanie innych chorób: uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości, a zwłaszcza zaburzeń nastroju [4]. W badaniach wykryto wiele zewnętrznych i wewnętrznych korelatów uzależnienia od hazardu, ale nie istnieje jeden ogólnie przyjęty model wyjaśniający etiologię patologicznego hazardu.

Korzystając z wypróbowanych metod leczenia uzależnień, dość szybko wyszukano analogie kliniczne między patologicznymi hazardzistami a osobami nadużywającymi alkoholu lub narkotyków i próbowano leczyć ten nowy typ zaburzeń również w placówkach medycznych. Istnieją jednak kontrowersje [5] co do rozumienia problemu patologicznego hazardu: czy jest on w większym stopniu zjawiskiem społecznym czy medycznie diagnozowanym zaburzeniem. Wedgeworth [5] przytacza klasyfikację typów hazardzisty: profesjonalnego, z osobowością antisocjalną, dorywczego, poważnie zaangażowanego, poszukującego ulgi i ucieczki, oraz kompulsywnego, i stwierdza, że tylko ten ostatni typ (kompulsywny) spełniałby kryterium choroby — uzależnienia od hazardu. Niezależnie od tak sformułowanych zastrzeżeń diagnostycznych, od kilkudziesięciu lat pacjentom uzależnionym od hazardu przedstawia się ofertę leczenia psychoterapeutycznego.

Stosowane metody leczenia

Jedną z pierwszych (od 1955 r.) interwencji, które stosowano w leczeniu uzależnienia od hazardu, było kierowanie pacjentów do samopomocowych grup Anonimowych Hazardzistów (GA — Gamblers Anonymous). Zainteresowanie tą formą leczenia niewątpliwie wynikało z popularności ruchu AA. Uzupełnieniem grup GA były grupy dla małżonków hazardzistów — GamAnon.

W podejściu psychodynamicznym przyjmowano założenie, że u osoby uzależnionej hazard wynika z doświadczenia wczesnej straty i deprivacji, jak również z nieświadomego pragnienia przegranej. Planowano długoterminową indywidualną lub grupową terapię, a jej celem było rozwiązanie wewnętrznych konfliktów i, poprzez zwiększenie wglądu, zredukowanie nieświadomych popędów, które powodują hazardowe zachowania. Stoso-

wano technikę wolnych skojarzeń, interpretację przeniesienia, analizę relacji z obiektem, nieustrukturyzowany proces grupowy, eksplorowano dzieciństwo [6]. Raylu oraz Oei [7] twierdzą, że terapia psychodynamiczna może przynosić korzystne rezultaty przy dłuższym leczeniu ze względu na współwystępowanie zaburzeń osobowości u patologicznych hazardzistów oraz na częste występowanie seksualnej i fizycznej traumy w dzieciństwie wśród hazardzistów problemowych.

W latach 60. XX wieku rozwijany jest nurt terapii behawioralnej, w której początkowo koncentrowano się na: technikach awersyjnych z użyciem realnego lub wyobrażonego bodźca, zmniejszaniu pozytywnego wzmocnienia i powiększaniu wzmocnienia negatywnego wynikającego z zachowania hazardowego, pozytywnym wzmocnieniu abstinencji, systematycznej desensytyzacji [6]. Najwcześniejsze prace badały rezultaty terapii awersyjnej (użycie apomorfiny, indukowanie wymiotów, szoki elektryczne). Zachowanie hazardowe było rozumiane jako wyuczony wzór wzmocnień. W terapii uwzględniano teorię klasycznego i instrumentalnego warunkowania oraz teorię społecznego uczenia się (mechanizm modelowania). Leczenie, które koncentrowało się na antecedensach — zachowaniach poprzedzających hazard — nazywano kontrolą bodźca, natomiast zmianę wzoru wzmacniania zachowania hazardowego — terapią awersyjną [6]. W latach 70. XX wieku poszerzono zestaw tych technik — używano behawioralnego monitoringu, ukrytego odczulania, metod relaksacyjnych, czasem łączonych z terapią awersyjną. Obecnie wiele terapii behawioralnych jest uzupełniane technikami poznawczymi.

Interesującym przykładem odzyskiwania kontroli behawioralnej nad zachowaniem hazardowym jest program samowykluczenia ze środowiska hazardowego stosowany w leczeniu kompulsywnego hazardu [8]. W programie tym hazardzista podpisuje kontrakt zakazujący bytności w miejscu gier hazardowych, na przykład może to być kasyno. Podpisanie podobnego dokumentu upoważnia pracowników kasyna do interwencji i uniemożliwienia pacjentowi wejścia na teren ich placówki. Napolitano [8] zwraca uwagę na ograniczenia tej metody, w której oczekuje się od pacjenta tylko unikania kasyna. Jeśli kompulsywny hazard jest chorobą polegającą m.in. na utracie panowania nad uzależnieniem od gier hazardowych, to w większym stopniu należy myśleć o przywróceniu u pacjenta wewnętrznej kontroli nad swoim zachowaniem, a w mniejszym stopniu uzależniać go od jej zewnętrznych źródeł. Autor ten zaznacza, że problemem osoby leczącej się nie jest hazard sam w sobie, problemem terapeutycznym jest psychika hazardzisty. Obecnie samowykluczenie jest częściej łączone z innymi formami terapii, niż używane jako oddzielna technika behawioralna [9].

W latach 70. XX wieku w leczeniu hazardzistów pojawia się podejście poznawcze. W podejściu tym sprawdzano, jak wygrane w grach losowych mogą zniekształcać myślenie graczy; stosowano metodę „myślenia głośno”, badano „near-miss effect” („prawie wygrałem”). Skatalogowano kilka typów zniekształceń myślenia występujących u patologicznych hazardzistów — dotyczą one braku wiedzy o losowości, przewidywalności i niezależności zdarzeń. W terapii poznawczej stosowano poznawcze restrukturyzowanie, które opierało się na identyfikacji błędnych przekonań i zastąpieniu ich realistycznymi tłumaczeniami [10]. W latach 80. do leczenia problemowego hazardu wprowadzono techniki poznawcze, wkrótce rozpoczęto integrację behawioralnej i poznawczej perspektywy leczenia.

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) skupia się na zmianie dysfunkcyjnych myśli i zachowań, które podtrzymują problem hazardu. Jej celem jest uświadomienie istnienia dysfunkcyjnych myśli oraz określenie związków między myślami, emocjami i zachowaniami. Najczęściej w podejściu CBT interwencje koncentrują się na identyfikowaniu poznawczych zniekształceń dotyczących hazardu, wzmacnianiu niehazardowych zachowań i zapobieganiu nawrotowi. CBT wykorzystuje różne techniki poznawcze i behawioralne. Wśród stosowanych strategii można odnaleźć: modyfikację przekonań podstawowych, techniki pomagające w radzeniu sobie z popędem do hazardu, poznawcze restrukturyzowanie, ekspozycję *in vivo*, wyobrażoną desensytyzację, ekspozycję na prowokujące niepokój sytuacje, behawioralne eksperymenty zmieniające zniekształcone myśli, trening zdolności społecznych, rozwijanie różnych zdolności — asertywności, rozwiązywania problemów i relaksacji [6].

Od lat 90. XX wieku w szpitalnym i ambulatoryjnym leczeniu uzależnienia od hazardu stosowano podejście wielomodalne. W programach terapeutycznych łączono ze sobą np. 12 kroków GA, psychoedukację, CBT, terapię małżeńską i rodzinną, terapię zapobiegania nawrotom, doradztwo finansowe. Ze względu na dużą liczbę składników tych programów trudno jest określić efektywność pojedynczego specyficznego elementu terapii.

Toneatto [11] zwrócił uwagę, że w pozornie odmiennych metodach leczenia, jak np. uczestnictwo w grupach GA i udział w sesjach terapii poznawczo-behawioralnej, można również zauważyć ich uderzające podobieństwo w stosowanych interwencjach. Po przeprowadzeniu analizy porównawczej 12 kroków realizowanych w grupach GA i programu sesji poznawczo-behawioralnych stwierdził, że w obu podejściach pojawiają się podobne założenia w odniesieniu do celu, procesu zmiany i wyników terapii. Różnice dotyczące celu terapii (osiągnąć abstynencję vs kontrolować zachowania), elementu duchowości czy też przyczyn uzależnienia, wynikają raczej z odmiennych tradycji leczenia i nie muszą wpływać na preferencje pacjentów, poszukujących zazwyczaj efektywnego leczenia.

Do osób, które niechętnie podejmują dłuższe profesjonalne leczenie, ale skłonne są samodzielnie zmienić swoje zachowanie, jest kierowana krótka, motywacyjna interwencja MI. MI (motivational therapy) to interwencja stosowana od ponad 20 lat w leczeniu m.in. uzależnień od substancji psychoaktywnych. Jest połączeniem strategii dyrektywnych i skoncentrowanych na pacjencie. W MI zakłada się, że pacjenci mają wewnętrzną motywację i możliwość zaangażowania się w pozytywną zmianę własnych zachowań. Przeszkodą w uruchomieniu takiej zmiany jest ich ambiwalencja, której przejawem jest konflikt między dwoma kierunkami działań — zmiany lub podtrzymania dotychczasowego zachowania. Wybór jednego z kierunków działań wiąże się z określonymi stratami i zyskami. Motywacja wewnętrzna jest uznawana za bardzo ważny prekursor inicjacji zmiany behawioralnej. Zamiast przekonywać pacjentów o potrzebie zmiany, należy odwołać się do już istniejącej motywacji. Sposobem redukcji wspomnianej ambiwalencji jest nakłanianie do opisywania własnych przemyśleń dotyczących ewentualnej zmiany zachowania. Ważna jest też w MI jakość relacji między terapeutą i pacjentem. Terapeuta współpracuje z nim, szanuje jego autonomię i zamiast „wszczepiać” motywację do zmiany, próbuje ją uruchomić. Odmianą MI jest MET (motivational enhancement therapy), czyli terapia wzmacniająca motywację, w której do MI dołączony jest ważny element — informacja zwrotna dla pacjenta. MI jest najczęściej realizowana w formie krótkich interwencji (1–4 sesji), z minimalnym

zaangażowaniem terapeuty, który na przykład tylko przeprowadza z pacjentem rozmowę telefoniczną lub przekazuje mu podręcznik do samodzielnej pracy. W MI zakłada się, że zmiana zachowania hazardzisty pojawia się w sekwencji możliwych do określenia stadiów. Należy ocenić poziom jego gotowości do zmiany, zając się jego ambiwalencją i wywołać zmianę [12]. Terapeuta występuje wtedy w roli facylitatora.

W leczeniu hazardzistów pojawia się również terapia rodzinna i małżeńska. W różnych wariantach jest uzupełnieniem leczenia pacjenta — poprzedza je, realizowana jest w trakcie leczenia lub podejmowana po jego zakończeniu [13].

Wiadomo, że stosunkowo niewielka liczba osób z problemem hazardu poszukuje leczenia. Szacuje się, że w USA jest to tylko 7,1%–9,9% potrzebujących pomocy terapeutycznej. Suurvali i wsp. [14] korzystając z baz danych (od 1998 r. do 2008 r.) sprawdzali, dlaczego hazardziści nie podejmują leczenia. Najczęściej wymieniane powody to: pragnienie samodzielnego rozwiązania problemu hazardu, stygmat wstydu, brak zrozumienia problemu, ograniczone możliwości podjęcia leczenia, uleganie presji innych hazardzistów, brak wsparcia zachęcającego do podjęcia próby zmiany, brak chęci do ograniczenia lub wyrzeczenia się korzyści z hazardu czy też brak wiedzy o opcjach leczenia. Inne bariery w dostępie do leczenia mogą być związane z czynnikami określanymi np. przez kulturę, etniczność, płeć czy wiek osób borykających się z problemem hazardu.

Ocena skuteczności leczenia hazardu psychoterapią

Nie ma kontrolowanych studiów poświęconych skuteczności leczenia w terapii psychodynamicznej, mało jest również danych dokumentujących efektywność tego podejścia [15, 16]. Raylu i Oei [7] twierdzą, że badania dotyczące terapii psychodynamicznej obciążone są różnymi wadami metodologicznymi (błędy w selekcji do badań, brak akceptowanych wskaźników wyniku terapii czy też zbyt szybkie badanie powtórne¹ po leczeniu). Według Stea i Hodginsa [6] psychodynamiczne i psychoanalityczne podejście ma małą liczbę opisanych przypadków, konkluzje dotyczące efektywności leczenia są niejasne, brakuje również porównań z grupami (osobami) kontrolnymi.

Pomimo dużej popularności ruchu Anonimowych Hazardzistów, niewiele jest prac badających efektywność tego leczenia [16]. Dane z badań porównawczych pokazują, że osoby uczęszczające na spotkania GA osiągają lepsze wyniki leczenia niż osoby nie uczestniczące w nich, nawet jeśli równocześnie podejmują profesjonalne leczenie. Badanie grup GA jest trudne ze względu na przyświecającą im ideę, że: „najlepszą rekomendacją dla programu jest fakt, że działa”. Poza tym obecność badaczy na spotkaniach GA stałaby w sprzeczności z zasadami anonimowości ruchu [6]. Studia nad grupami GA [7] wskazywały na dość ważny problem — duży odsetek członków tych grup (70–90%) rezygnuje z terapii. Dane z badań retrospektywnych pokazują, że np. tylko 18% osób brało udział w spotkaniach GA dłużej niż rok [17]. Jeśli uczestnictwo w grupie GA jest łączone z inną terapią, większy odsetek badanych kontynuuje leczenie. Petry [17] porównywała efektywność leczenia w grupach GA i grupach z programem CBT. Wyniki badań niewiele mówią o skuteczności ruchu GA w zmniejszaniu hazardu, raczej sugerują, że ci hazardziści, którzy wybierają grupy GA i profesjonalne leczenie, postępują lepiej niż ci, którzy korzystają tylko

¹ badanie follow-up jest tłumaczone w tej pracy jako badanie powtórne po leczeniu

z profesjonalnego leczenia. Natomiast w grupach stosujących CBT terapia jest bardziej skuteczna w zmniejszaniu hazardu niż w grupach kontrolnych, które nie otrzymują żadnego leczenia (np. pacjenci na listach oczekujących terapii).

Dane z badań pokazują, że leczenie behawioralne i behawioralne techniki zapobiegania nawrotom są efektywne w zmniejszaniu potrzeby hazardu, czasu i pieniędzy wydawanych na niego oraz w uzyskiwaniu abstynencji. Obecnie wiele terapii behawioralnych jest uzupełnianych technikami poznawczymi [6]. Raylu i Oei [7] twierdzą, że badania nad skutecznością terapii behawioralnej są niepoprawne metodologicznie. Próby są zbyt małe, pomiar powtórny (posttest) jest wykonywany zbyt szybko, brakuje porównań do innych form leczenia, a kryteria korzystnego wyniku czy osiągniętego celu terapii nie zawsze są trafnie określone. Ponieważ leczenie behawioralne jest często łączone z poznawczym, brakuje aktualnych badań oceniających tylko jedną formę terapii. Terapia poznawcza, podobnie jak behawioralna, obecnie nie jest wprowadzana jako oddzielna forma leczenia.

W latach 80. rozpoczęto włączanie technik poznawczych do leczenia behawioralnego. CBT jest najczęściej opisywaną w literaturze metodą leczenia hazardzistów. Metaanaliza 25 prac potwierdza pozytywne efekty leczenia uzyskiwane za pomocą różnych typów CBT [6]. Badania grup, w których stosowano CBT, prowadzone są w różnych częściach świata, przez różne zespoły badawcze i w różnych językach. Ich wyniki wskazują, że zarówno indywidualna, jak i grupowa CBT wydaje się skuteczna w redukcji zachowań hazardowych [18]. Indywidualne interwencje być może przewyższają skutecznością interwencje grupowe, choć ten wynik wymaga dalszych ustaleń. Nadal brakuje dostatecznych dowodów potwierdzających, który z komponentów (poznawczy czy behawioralny) jest bardziej efektywny w leczeniu hazardzistów [6].

Raylu i Oei [7] podają powody, dla których terapia behawioralna, poznawcza i CBT mają przewagę nad pozostałymi typami leczenia: 1) CBT jest bardzo ustrukturowaną formą leczenia, może być prowadzona na kilka sposobów (twarzą w twarz, przez komputer, Internet, podręczniki); 2) jest krótkoterminowa (w porównaniu z innymi terapiami); 3) jest mniej kosztowna; 4) koncentruje się na uczeniu nowych umiejętności i doskonaleniu już posiadanych; 5) w przeciwieństwie do leków (działają, dopóki są przyjmowane) — CBT ma długotrwałe efekty, a wyuczone praktyczne zdolności mogą być stosowane przez pacjentów przez resztę ich życia.

Cowlshaw i wsp. [3] z baz danych CENTRAL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO zacerpnęli 14 artykułów z lat 1980–2011 opisujących podejście CBT, interwencje motywacyjne, terapię integracyjną i inne rodzaje psychologicznej terapii patologicznego i problemowego hazardu. Zastosowano ściśle kryteria selekcji materiału uwzględniające: losowy dobór do klinicznych prób, tworzenie grup kontrolnych, użycie wskaźników nasilenia hazardu, diagnozę zaburzeń związanych z hazardem i objawów psychicznych, dokonywanie porównań grupy terapeutycznej z kontrolną, porównanie badań przed leczeniem z badaniem po leczeniu i badaniem powtórny (9–12 miesięcy po leczeniu), ocenę zastosowanej terapii wobec problemowych lub patologicznych hazardzistów. W wyniku przeprowadzonych metaanaliz stwierdzono, że w 11 pracach porównujących grupę poddaną terapii CBT z grupą kontrolną, uzyskano korzystny efekt leczenia w zakresie od umiarkowanego do bardzo dużego. Autorzy powyższego opracowania potwierdzają skuteczność CBT w redukcji zachowań hazardowych i innych objawów patologicznego

i problemowego hazardu bezpośrednio po zakończeniu leczenia. Jednak trwałość tych zmian jest jeszcze nieznana.

Motywacyjne interwencje (MI) są prowadzone ze względu na to, że hazardzistów charakteryzuje niechęć do podejmowania profesjonalnego dłuższego leczenia, natomiast łatwiej można ich skłonić do udziału w krótszej terapii. Kilkanaście prac potwierdziło skuteczność podejścia MI. Być może pewne właściwości pacjenta (np. niewielkie nasilenie zaburzenia lub brak współwystępującej patologii) przyczyniają się do powodzenia tej formy interwencji. Na całym świecie w badaniach przedstawia się podobne listy powodów niepodejmowania leczenia: pacjenci chcą zająć się problemem hazardu we własny sposób, przeżywają wstyd i zaprzeczają zaburzeniu. Dane pokazują, że ok. 1/3 osób sama zaprzestaje uprawiać hazard (bez podjęcia formalnego leczenia). Wobec tego opisywane krótkie interwencje z użyciem samopomocowych podręczników [19, 20, 21] uzupełnione motywacyjnym wsparciem mogą służyć promowaniu procesu samozdrowienia [6].

Terapia rodzinna jako sposób leczenia hazardzistów jest w bardzo wczesnej fazie rozwoju i badań. Potrzebne jest uzyskanie większej liczby empirycznych dowodów na skuteczność tego typu oddziaływań [6].

Petry [22] po omówieniu różnych form terapii stosowanych w leczeniu hazardu stwierdza, że nawet jeśli niewiele jest badań z losowo dobranymi klinicznymi grupami patologicznych hazardzistów, to uzyskane wyniki sugerują, że efektywna terapia tego schorzenia jest możliwa. Podaje, że w leczeniu patologicznego hazardu opisuje się: a) najczęstszą interwencję — udział w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów (GA), którą łączy się również z profesjonalnymi terapiami (indywidualnymi i grupowymi), b) terapię poznawczą i poznawczo-behawioralną, c) terapię wzmacniającą motywację. Z cytowanych przez nią prac wynika, że podobnie jak w zaburzeniach nadużywania substancji psychoaktywnych, u osób korzystających z psychoterapii porównywanych z osobami oczekującymi na leczenie (z grupy kontrolnej) dochodzi do redukcji problemowego zachowania [22]. Petry uważa, że mało danych świadczy o różnicowaniu efektów aktywnej terapii. Inaczej mówiąc — jakiegokolwiek leczenie jest lepsze niż żadne, a modalność (grupowa, indywidualna, nawet telefoniczna) czy typ terapii (poznawcza, poznawczo-behawioralna, motywacyjna) nie wpływają na rezultaty leczenia.

Ogólne wnioski dotyczące celowości i efektywności oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu hazardu przedstawiono w interesującym opracowaniu Pallesen i in. [23]. Autorzy ci przedstawili metaanalizę 22 badań dotyczących leczenia psychoterapeutycznego, odnalezionych w bazach danych PsycINFO i Medline w latach 1966–2004. Z przeglądu wykluczono analizy pojedynczych przypadków, opisy leczenia, w którym eliminacja hazardu nie była celem, i prace z niewystarczającymi informacjami statystycznymi. Po zbadaniu wielkości efektu d Cohena, okazało się, że psychologiczne leczenie było bardziej efektywne niż brak leczenia ($d = 2,01$); w pomiarze powtórnym (średnio po 17 miesiącach) uzyskano podobną wielkość efektu $d = 1,59^2$. Dalsze analizy wykazały, że wielkość tego efektu po leczeniu była: a) mniejsza w badaniach włączających tylko pacjentów z formalną diagnozą patologicznego hazardu, b) większa w próbach randomizowanych porównywanych z próbami bez doboru losowego, c) dodatnio związana z liczbą sesji terapeutycznych.

² Wg Cohena: wartość $d = 0,2$ oznacza mały efekt, $d = 0,5$ — średni efekt, $d = 0,8$ — duży efekt

Zestawienie wielkości efektu w poszczególnych badaniach pokazało, że był on największy ($d > 0,8$), gdy stosowano następujące formy leczenia: CBT, samopomocowy podręcznik z interwencją motywacyjną, terapię awersyjną, terapię eklektyczną wg 12 kroków GA, wyobrażeniową desensytyzację, wyobrażeniową relaksację. Powyższe ustalenia pozwoliły sformułować wniosek, że interwencje psychologiczne w leczeniu patologicznego hazardu przynoszą bardzo korzystne krótko- i długotrwałe rezultaty.

Jak w przyszłości badać skuteczność psychoterapii hazardzistów?

Kliniczna praktyka powinna opierać się na naukowych dowodach prezentowanych w badaniach empirycznych. Do rozwoju wiedzy o skuteczności oddziaływań terapeutycznych konieczne jest zarówno omawianie zastrzeżeń metodologicznych i błędów wykrytych w już przeprowadzonych studiach, jak i stawianie nowych pytań badawczych.

Kolejne metaanalizy pokazują stopniową ewolucję poglądów i zastrzeganie kryteriów oceny określonej formy leczenia hazardu. W pierwszej kolejności przedstawiono uwagi dotyczące metod badań.

Walker i wsp. [24] uważają, że chcąc określić efektywność interwencji należy odpowiedzieć na trzy ważne pytania: a) czy zredukowano częstość i/lub intensywność zachowań hazardzisty, b) czy wynikiem pomyślnego zredukowania zachowań hazardzisty jest zmniejszenie się problemów powodowanych przez hazard, c) czy redukcja zachowań hazardowych jest bezpośrednim wynikiem terapeutycznego sposobu działania. Natomiast proponowane minimum konieczne w opisie leczenia to pomiar: zachowań hazardowych (wydatki na hazard w każdym miesiącu, liczba dni w miesiącu poświęconych na hazard, czas spędzany na myśleniu o hazardzie i angażowaniu się w niego); problemów spowodowanych przez hazard (w zdrowiu, relacjach społecznych — rodzinnych, małżeńskich, finansowych, prawnych, dodatkowo ocena jakości życia); procesów zmiany. Ten ostatni punkt opisu wyjaśniłby, jaki mechanizm zmiany pojawia się w terapii, na przykład poznawczej. Jeśli dojdzie do zmiany nieracjonalnych przekonań na realistyczne, to badacz powinien wykazać, że te „nowe” przekonania po leczeniu są bardziej korzystne dla pacjenta niż przekonania przed leczeniem, że zmiana (przekonań) w grupie eksperymentalnej jest większa niż w grupie kontrolnej oraz że istnieje funkcjonalna zależność między zmianą nieracjonalnych przekonań a poprawą zachowań hazardowych.

Inne zalecenia proponowane przez ekspertów to m.in.: bardziej dokładne określanie uczestników badań (choćby na podstawie kryteriów DSM); opis zmniejszania się próby (liczba osób decydujących się na leczenie, rozpoczynających je, kończących leczenie i tych, w każdej kategorii, którzy uczestniczyli w badaniu po zakończeniu leczenia); zwiększenie trafności samoopisowych narzędzi poprzez pozyskiwanie danych od osób bliskich [15]; określanie terminu powtórnego badania po leczeniu (krótki: 3–6 miesięcy, umiarkowany: 1 rok, długi: 2 lata lub więcej); porównywanie uczestników badań z ogólną populacją, opis metod używanych do zmniejszenia błędu związanego z nielosowym przydzielaniem do grup [25].

Toneatto i Ladouceur [18] wymieniają najczęstsze błędy popełniane w badaniach nad psychoterapią hazardu: a) próby są zbyt małe, aby uniknąć błędu II rodzaju³, b) ocena

³ Błąd II rodzaju polega na nieodrzuconiu hipotezy zerowej, która jest fałszywa.

częstości i ilości pieniędzy przeznaczanych na zakłady hazardowe jest niewłaściwa, c) w badaniach łączy się heterogeniczne grupy hazardzistów, d) brakuje porównań zachowań hazardowych przed leczeniem z zachowaniami po leczeniu i w badaniu powtórnym, e) brakuje wystandaryzowanych metod leczenia (np. podręczników, które umożliwiłyby powtórzenie programu przez innych badaczy i zredukowałyby wariancję wynikającą z niespójnej lub nieuporządkowanej procedury leczenia), f) pojawia się niespójność w definiowaniu abstynencji oraz interpretacji nawrotu, g) zbyt mała uwaga zwracana jest na badanie czynników procesu zmiany w terapii lub na mediatory zmiany zachowań, h) brakuje badań nad podtypami patologicznego hazardu (np. uzależnienie od maszyn grających lub pokera, wyścigów itp.).

Wątpliwości budzi również problem trafności zewnętrznej dotychczas przeprowadzonych badań w USA, Kanadzie, Australii, Europie [3]. Nie do końca jest jasne, czy ich wyniki mogą być uogólniane na inne części świata.

Jakie najważniejsze problemy badawcze wylaniają się w tym obszarze?

Analiza przyczynowego procesu doprowadzającego do zmniejszenia uzależnienia od hazardu jest w fazie początkowej. Być może brak zróżnicowanego efektu stosowania określonych form psychoterapii może być związany z działaniem hipotetycznego czynnika wspólnego (np. sojusz terapeutyczny lub wspierające słuchanie) [26].

Potrzebne jest określenie w leczeniu roli niespecyficznych czynników relacji terapeutycznej. Na przykład nie jest jasne, czy sojusz terapeutyczny, rodzaj komunikacji z terapeutą są niezbędnymi składnikami leczenia hazardzistów, a jeśli tak — to np. jaki wymiar kontaktu telefonicznego w interwencji motywacyjnej MI jest wystarczający do osiągnięcia zaplanowanych celów terapii? Zwłaszcza że w interwencjach motywacyjnych brakuje przekonujących dowodów świadczących o tym, że dodatkowe elementy terapii poprawiają skuteczność interwencji.

Dla badaczy zajmujących się skutecznością CBT przykładowym problemem może być cyrkularność pojawiająca się przy często stosowanej modyfikacji zniekształceń poznawczych. Hazardziści używają różnych zniekształceń w jednej sytuacji lub tego samego zniekształcenia w różnych sytuacjach. Trudne staje się wtedy stworzenie miary pokazującej zmianę zachodzącą w trakcie leczenia.

Kolejna kwestia dotyczy zagadnienia płci hazardzistów. Czy płeć jest moderatorem uzyskanych w badaniach zależności? Przedstawione dane mówią o większym nasileniu współwystępujących objawów psychopatologicznych i mniejszej skuteczności oddziaływań w programach leczenia u kobiet hazardzistek. Może stosowane podejścia powinny uwzględniać zmienną płci w ocenie efektywności terapii?

Celem terapii może być abstynencja lub kontrolowany hazard — w przypadku tego drugiego rozwiązania ważne jest rozstrzygnięcie, jaki jest zakres dopuszczalnych zachowań hazardowych u osoby kończącej leczenie. Jest to również ważne z innego względu, ponieważ niektórzy z hazardzistów [22] sami „dojrzewają” do porzucenia hazardu, nie podejmują profesjonalnego leczenia i skłonni są korzystać z krótkich interwencyjnych oddziaływań, których celem jest podtrzymanie kontroli nad zachowaniami hazardowymi.

Innym problemem są patologiczni hazardziści z podwójną diagnozą. Ponad połowa uzależnionych od hazardu nadużywa substancji psychoaktywnych, a znaczna część pacjentów ma nasilone objawy depresji i niepokoju. Czego wobec tego powinno dotyczyć leczenie takich pacjentów, na jakiej tematyce być skoncentrowane?

Wnioski dotyczące stosowania psychoterapii w leczeniu uzależnienia od hazardu

Najnowsze dane z przeglądu badań z 2012 r. sugerują, że obecnie terapia poznawczo-behawioralna CBT jest uznawana za najlepszą praktykę. Dostępne dowody sugerują potencjalne korzyści innych alternatywnych form terapii (interwencje motywacyjne, terapia integracyjna, grupy wykorzystujące program 12 kroków), ale konieczne są dalsze badania przed zaleceniem tych metod [3].

Piśmiennictwo

1. Anderson C, Cowlshaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, Misso ML, Rademacher H, Thomas S. Psychological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (protocol). *Cochr. Datab. System. Rev.* 2011. Art. No.: CD008937. DOI: 10.1002/14651858.CD008937.
2. Erbas B, Buchner UG. Pathological gambling — prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsch. Arztebl. Intern.* 2012; 109, 10: 173–179.
3. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochr. Datab. System. Rev.* 2012. Art. No.: CD008937, DOI: 10.1002/14651858.CD008937. pub2.
4. Woronowicz B. Hazard — czym jest i co należy o nim wiedzieć. W: Woronowicz B, red. *Hazard historia, zagrożenia i drogi wyjścia*. Poznań: Media Rodzina; 2012. s. 88–96.
5. Wedgeworth R. The reification of the „pathological” gambler: an analysis of gambling treatment and the application of the medical model to problem gambling. *Persp. Psychiatr. Care* 1998; 34, 2: 5–10.
6. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr. Drug Ab. Rev.* 2011; 4: 67–80.
7. Raylu N, Oei TP. *A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling*. London–New York: Routledge; 2010.
8. Napolitano F. The self-exclusion program: legal and clinical considerations. *J. Gambl. Stud.* 2003; 19, 3: 303–315.
9. Ladoucer R, Jacques Ch, Giroux I, Ferland F, Leblond J. Analysis of a casino’s self-exclusion program. *J. Gambl. Stud.* 2000; 6, 4: 453–460.
10. Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N. Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Can. J. Psychiatr.* 2003; 48, 1: 22–27.
11. Toneatto T. A cognitive-behavioral analysis of Gamblers Anonymous. *J. Gambl. Iss.* 2008; 21: 68–80.
12. Danek A. Patologiczny hazard: Spirala w dół i droga do wolności. *Terapia* 2011; 1: 29–31.
13. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH. Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *J. Marit. Fam. Ther.* 2009; 35, 4: 415–431.
14. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J. Gambl. Stud.* 2009; 25: 407–424.

15. Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin. Psychol. Rev.* 1997; 17, 7: 689–702.
16. Fong TW. Types of psychotherapy for pathological gamblers. *Psychiatry* 2005; 2: 32–39.
17. Petry NM. Gamblers Anonymous and cognitive-behavioral therapies for pathological gamblers. *J. Gambl. Stud.* 2005; 21, 1: 27–33.
18. Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychol. Addict. Beh.* 2003; 17, 4: 284–292.
19. Hodgins DC, Toneatto T, Makarczuk K, Skinner W, Vincent S. Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *J. Gambl. Stud.* 2007; 23: 215–230.
20. Hodgins DC, Currie S, Currie G, Fick G. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: more is not necessarily better. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2009; 77, 5: 950–960.
21. Hodgins DC, Currie S, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2001; 69, 1: 50–57.
22. Petry NM. Psychosocial treatments for pathological gambling: current status and future directions. *Psychiatr. Ann.* 2002; 32, 3: 192–196.
23. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen B-H, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addict.* 2005; 100: 1412–1422.
24. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, el-Guebaly N, Echeburua E, Blaszczynski A. A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addict.* 2006; 101: 504–511.
25. Fink A, Parhami I, Rosenthal RJ, Campos MD, Siani A, Fong TW. How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. *Addic.* 2012; 107, 11: 1915–28, doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x
26. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N, Diskin KM. Does providing extended relapse prevention bibliotherapy to problem gamblers improve outcome? *J. Gambl. Stud.* 2007; 23: 41–54.

Adres dla korespondencji: jelonkie@gmail.com