

Program terapii
poznawczo-behawioralnej
w leczeniu hazardu
problemowego

PODREČZNIK TERAPEUTY

Tytuł Oryginału:

A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling:
Therapist Manual by Nar-mata Raylu and Tian Po Oei

Copyright © Namrata Raylu and Tian Po Oei

**Copyright © 2019 for Polish edition by Ministerstwo Zdrowia & Krajowe
Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii**

Wszelkie prawa zastrzeżone

Publikacja współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania
Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Tłumaczenie:

Mateusz Jastrzębski

Korekta:

Klaudia Martynowska

Redakcja językowa:

Adam Bukowski

Wydawnictwo:

Fundacja Dolce Vita
ul. Poprzeczna 26 D
22-400 Zamość

www.fundacjadolcevita.pl

ISBN 978-83-942233-0-4



Dolce Vita



Tian Po Oei, profesor na Uniwersytecie Queensland w Brisbane w Australii, dyrektor oddziału CBT prywatnego szpitala Toowong w Brisbane. Jest również wykładowcą na Uniwersytecie JCU w Singapurze oraz członkiem Australijskiego Stowarzyszenia Psychologicznego (APS). Profesor Oei jest prezydentem Azjatyckiego Stowarzyszenia CBT (ACBTA).

Dr Namrata Raylu, psycholog kliniczna, od ponad 12 lat zaangażowana w wiele badań w obszarze uzależnień behawioralnych, wykładowczyni Uniwersytetu Queensland w Brisbane w Australii, członek Australijskiego Stowarzyszenia Psychologicznego oraz Australijskiego Stowarzyszenia Psychologów Klinicznych.

Autorzy tej książki stosują podejście poznawczo-behawioralne przedstawione w serii kolejnych sesji, z przeznaczeniem do leczenia hazardu problemowego. Główne zagadnienia obejmują:

- diagnozę oraz psychoedukację,
- strategie poznawczo-behawioralne w celu ustabilizowania kontroli grania,
- rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu,
- techniki relaksacyjne i wizualizacyjne,
- rozwiązywanie problemów i wyznaczanie celów,
- zarządzanie negatywnymi emocjami,
- zapobieganie nawrotom: prowadzenie zdrowego trybu życia i radzenie sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka.

Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego dostarcza szczegółowych informacji pomagających w terapii w zrozumieniu i poznaniu zachowań hazardowych oraz stanowi praktyczną poradę w zakresie technik, które mogą być realizowane z klientem, aby zmienić te zachowania.

Spis treści

Informacje o autorach publikacji	3
Przedmowa	15
Rozdział 1	19
1.1. Cele oraz zawartość programu	19
1.2. Struktura programu i sesji	21
1.3. Wskazówki dotyczące stosowania programu terapii	24
Rozdział 2	27
2.1. Wstęp	27
2.2. Czynniki wpływające na rozwój oraz utrzymywanie się problemowego hazardu	28
2.2.1. Czynniki rodzinne	29
2.2.2. Czynniki indywidualne	29
2.2.2.1. Osobowość	30
2.2.2.2. Czynniki poznawcze	31
2.2.2.3. Negatywne stany psychologiczne	33
2.2.2.4. Biologia i biochemia	34
2.2.3. Czynniki socjologiczne	36
2.3. Przegląd literatury dotyczącej terapii problemowego hazardu	37
2.3.1. Farmakoterapia	37
2.3.1.1. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	37
2.3.1.2. Antagoniści receptorów opioidowych	38
2.3.1.3. Stabilizatory nastroju i leki przeciwpadaczkowe	38
2.3.1.4. Bupropion	39
2.3.1.5. Porównania	39

2.3.1.6.	Podsumowanie	40
2.3.2.	Terapie psychologiczne	40
2.3.2.1.	Terapia psychoanalityczna	41
2.3.2.2.	Terapia multimodalna	42
2.3.2.3.	Anonimowi Hazardziści (AH)	43
2.3.2.4.	Terapia behawioralna	45
2.3.2.5.	Terapia poznawcza	48
2.3.2.6.	Terapia poznawczo-behawioralna	49
2.4.	Podsumowanie literatury na temat terapii problemowego hazardu i uzasadnienie programu TPB opisanego w tej książce	55
Rozdział 3	.....	57
Sesja 1.	Diagnoza	57
3.1.	Omówienie celu i uzasadnienia sesji	57
3.1.1.	Cel	57
3.1.2.	Uzasadnienie	57
3.2.	Przeprowadzenie diagnozy (ocena)	58
3.2.1.	Budowanie relacji w kontakcie terapeutycznym	58
3.2.2.	Ocena charakteru przedstawionych problemów i innych istotnych informacji w celu opracowania oceny klinicznej i planu leczenia przypadku	59
3.2.2.1.	Występujące problemy	59
3.2.2.2.	Czynniki predysponujące	61
3.2.2.3.	Czynniki wywołujące	62
3.2.2.4.	Czynniki utrwalające	63
3.2.2.5.	Czynniki prognostyczne	65
3.2.3.	Ocena motywacji klienta do zmiany oraz zwiększanie motywacji za pomocą dialogu motywującego	66
3.2.4.	Ewaluacja celów oraz oczekiwań klienta względem terapii	66
3.3.	Opracowanie indywidualnego przypadku i planu terapii	68
Studium przypadku:	.....	72
3.4.	Plan i uzasadnienie terapii	73
3.4.1.	Ogranicz do minimum lub zwalcz obawy klienta związane z zaprzestaniem uprawiania hazardu oraz wzięciem udziału w programie	73

3.4.2.	Omów, na czym polega wyzdrowienie z problemowego hazardu	74
3.4.3.	Wyjaśnij uzasadnienie leczenia oraz części składowych leczenia	74
3.5.	Wprowadzenie zadań domowych	75
Rozdział 4	.....	79
Sesja 2.	Psychoedukacja i strategie samodzielnego zarządzania w celu ustabilizowania uprawiania hazardu	79
4.1.	Omów cel i uzasadnienie sesji	79
4.1.1.	Cel	79
4.1.2.	Uzasadnienie części A (psychoedukacja)	79
4.1.3.	Uzasadnienie części B (umiejętności samodzielnego zarządzania w celu ustabilizowania uprawiania hazardu)	80
4.2.	Psychoedukacja	81
4.2.1.	Ustabilizuj uprawianie hazardu	81
4.2.2.	Omów hazard problemowy	81
4.2.3.	Omów charakter i rozwój hazardu problemowego	82
4.2.4.	Omów powody, dla których ludzie zaczynają uprawiać hazard	83
4.2.5.	Omów powody kontynuowania gry pomimo przegranych	83
4.3.	Omów strategie samokontroli w celu ustabilizowania uprawiania hazardu	84
4.3.1.	Omów wyzwalacze hazardu i dopasowane do nich „koła ratunkowe”	84
4.3.1.1.	Kontrolowanie gotówki	85
4.3.1.2.	Unikanie	87
4.3.1.3.	Alternatywne zajęcia i kontrola spędzanego czasu	87
4.3.2.	Omów strategie radzenia sobie z silną chęcią gry	88
4.3.2.1.	Techniki behawioralne	89
4.3.2.2.	Techniki poznawcze	90
4.3.3.	Omów strategie radzenia sobie z wypadkami i nawrotami	90
4.4.	Przedstaw zadania domowe	92

Rozdział 5	95
Sesja 3. Restrukturyzacja poznawcza	
– identyfikowanie określonych błędów w myśleniu	95
5.1. Omów zadania domowe	95
5.2. Omów cel i uzasadnienie	96
5.2.1. Cel	96
5.2.2. Uzasadnienie	96
5.3. Omów rozpoznawanie specyficznych dla uprawiania hazardu błędów w myśleniu	98
5.3.1. Iluzja kontroli uprawiania hazardu	98
5.3.2. Kontrola przewidywania	98
5.3.3. Błąd interpretacyjny	99
5.3.4. Oczekiwania związane z hazardem	99
5.3.5. Brak umiejętności zaprzestania lub kontroli uprawiania hazardu	100
5.4. Ćwiczenie identyfikowania specyficznych dla uprawiania hazardu błędów w myśleniu	100
5.5. Zadania domowe	101
 Rozdział 6	 105
Sesja 4. Restrukturyzacja poznawcza II – Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu	105
6.1. Omów zadania domowe	105
6.2. Omów cel i uzasadnienie sesji	105
6.2.1. Cel	105
6.2.2. Uzasadnienie	105
6.3. Omów podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu	106
6.3.1. Psychoedukacja	106
6.3.2. Analiza faktów	107
6.3.3. Zastosowanie behawioralnych eksperymentów do obserwacji wzorców wygranych i przegranych	107
6.4. Ćwicz podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu	108
6.5. Sformułuj racjonalne stwierdzenia	108
6.6. Zadania domowe	109

Rozdział 7	115
Sesja 5. Restrukturyzacja poznawcza III – Rozpoznawanie i podważanie innych, ogólnych błędów w myśleniu	115
7.1. Omów zadania domowe	115
7.2. Omów cel i uzasadnienie sesji	115
7.2.1. Cel	115
7.2.2. Uzasadnienie	115
7.3. Omów rozpoznawanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu	116
7.3.1. Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”	116
7.3.2. Zbytne uogólnianie	116
7.3.3. Filtr mentalny	117
7.3.4. Wyciąganie pochopnych wniosków	117
7.3.5. Nadużywanie stwierdzeń typu „powinieniem”	117
7.3.6. Katastrofizacja (wyolbrzymianie) lub marginalizacja (umniejszanie)	117
7.3.6. Uzasadnienie emocjonalne	118
7.3.8. Myślenie spolaryzowane	118
7.3.9. Etykietowanie oraz błędne etykietowanie	118
7.3.10. Personalizacja (przypisywanie osobistej odpowiedzialności)	118
7.4. Ćwicz rozpoznawanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu	119
7.5. Omów podważanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu	119
7.5.1. Analiza dowodów	119
7.5.2. Alternatywne wyjaśnienia	119
7.5.3. Analiza użyteczności	120
7.5.4. Technika eksperymentowania	120
7.5.5. Standardowa analiza	121
7.6. Ćwicz podważanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu	121
7.7. Zadanie domowe	125
 Rozdział 8	 131
Sesja 6. Relaksacja i metoda ekspozycji obrazowej	131
8.1. Omów zadania domowe	131
8.2. Omów cel i uzasadnienie sesji	131

8.2.1.	Cel	131
8.2.2.	Uzasadnienie	131
8.3.	Omów techniki relaksacyjne	133
8.4.	Omów metodę ekspozycji obrazowej	134
8.5.	Ćwicz techniki relaksacyjne oraz metodę ekspozycji obrazowej	135
8.6.	Przedstaw zadania domowe	136
Rozdział 9	.....	139
Sesja 7. Trening rozwiązywania problemów i wyznaczania celów		139
9.1.	Omów zadania domowe	139
9.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	139
9.2.1.	Cel	139
9.2.2.	Uzasadnienie	139
9.3.	Omów rozwiązywanie problemów	140
9.4.	Omów wyznaczanie celów	144
9.5.	Ćwicz umiejętności rozwiązywania problemów i wyznaczania celów	145
9.6.	Przedstaw zadania domowe	145
Rozdział 10	.....	151
Sesja 8. Zarządzanie negatywnymi emocjami		151
10.1.	Omów zadania domowe	151
10.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	151
10.2.1.	Cel	151
10.2.2.	Uzasadnienie	152
10.3.	Omów negatywne emocje, które są typowe dla problemowych graczy	153
10.3.1.	Lęk	153
10.3.2.	Poczucie winy	153
10.3.3.	Złość	154
10.3.4.	Depresja	154
10.4.	Zbadaj negatywne emocje klienta	155
10.5.	Omów strategie radzenia sobie z negatywnymi emocjami	155

10.5.1.	Nieproduktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami	155
10.5.2.	Produktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami	156
10.6.	Zadania domowe	159
Rozdział 11	.....	163
Sesja 9.	Zapobieganie nawrotom oraz podtrzymywanie korzystnych rezultatów terapii (1): Zdrowy styl życia	163
11.1.	Omów zadania domowe	163
11.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	163
11.2.1.	Cel	163
11.2.2.	Uzasadnienie	164
11.3.	Omów czynniki wpływające na zdrowy styl życia, zachęcając klienta do zbadania obszarów, które wymagają zmiany	164
11.3.1.	Relacje osobiste i wsparcie społeczne	165
11.3.2.	Samopoczucie psychiczne i emocjonalne	165
11.3.3.	Zaangażowanie w zajęcia intelektualne	166
11.3.4.	Sytuacja finansowa	166
11.3.5.	Zajęcia rekreacyjne	167
11.3.6.	Życie duchowe	167
11.3.7.	Zdrowie fizyczne	167
11.3.8.	Praca lub szkoła	168
11.4.	Wesprzyj klienta w zmianie niezdrowych obszarów życia	168
11.5.	Przedstaw zadania domowe	169
Rozdział 12	.....	173
Sesja 10.	Zapobieganie nawrotom oraz podtrzymywanie korzystnych rezultatów terapii (2): Radzenie sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka	173
12.1.	Omów zadania domowe	173
12.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	173
12.2.1.	Cel	173
12.2.2.	Uzasadnienie	174

12.3.	Omów potencjalne obawy klienta związane z zakończeniem programu terapii	174
12.4.	Omów potencjalne sytuacje wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do wypadki lub nawrotu	175
12.5.	Omów strategię unikania wypadków i nawrotów	176
12.6.	Omów strategię radzenia sobie z wypadkami	177
Rozdział 13	.....	183
	Sesja opcjonalna. Trening zachowań asertywnych	183
13.1.	Omów zadania domowe	183
13.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	183
13.2.1.	Cel	183
13.2.2.	Uzasadnienie	183
13.3.	Omów zagrożenie asertywności	184
13.4.	Omów sposoby zwiększenia swojej asertywności	185
13.4.1.	Rozwiązywanie problemów	185
13.4.2.	Szanuj swoje podstawowe prawa człowieka	186
13.4.3.	Radzenie sobie z negatywnymi emocjami	186
13.4.4.	Podważaj negatywne myślenie	187
13.4.5.	Efektywna komunikacja	187
13.4.5.1.	Badanie barier w skutecznej komunikacji	187
13.4.5.2.	Zasady skutecznej komunikacji	188
Rozdział 14	.....	193
	Sesja opcjonalna. Wychodzenie z długów	193
14.1.	Omów zadania domowe	193
14.2.	Omów cel i uzasadnienie sesji	193
14.2.1.	Cel	193
14.2.2.	Uzasadnienie	193
14.3.	Omów kroki potrzebne do wyjścia z długów	194
Rozdział 15	.....	197
	Sesja opcjonalna. Nauczenie osób bliskich strategii radzenia sobie z zachowaniami hazardzisty	197
15.1.	Omów cel i uzasadnienie sesji	197

15.1.1.	Cel	197
15.1.2.	Uzasadnienie	198
15.2.	Ocena wzajemnego wpływu zachowań klienta i osób bliskich	200
15.3.	Psychoedukacja	202
15.4.	Omów strategie hamowania zachowań problemowych ...	203
15.5.	Omów strategie zwiększenia gotowości klienta do zmiany oraz wspierania go w procesie rekonwalescencji	204
15.5.1.	Prekontemplacja	204
15.5.2.	Kontemplacja	205
15.5.3.	Przygotowanie i działanie	205
15.5.4.	Podtrzymywanie	205
15.5.5.	Nawrót	206
15.6.	Omów skuteczne strategie radzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami zachowań klienta	207
15.6.1.	Problemy zdrowotne	207
15.6.2.	Problemy finansowe	207
15.6.3.	Kwestie nadużyć	207
15.6.4.	Problemy prawne	208
15.6.5.	Problemy w związku	208
15.7.	Omów z osobą bliską strategie dbania o siebie	209
Dodatek	.....	215
Dodatek A.	Wskazówki dotyczące zadań domowych	217
Dodatek B.	Wskazówki do odgrywania scenek z podziałem na role	220
Dodatek C.	Ocena i opieka w przypadku klientów suicydalnych	221
Dodatek D.	Informacje na temat stadiów zmiany	224
Dodatek E.	Informacje na temat dialogu motywującego	227
Dodatek F.	Informacje na temat kontrolowanego uprawiania hazardu	231
Dodatek G.	Opracowanie indywidualnego przypadku i planu leczenia	233
Dodatek H.	Kontrakt terapeutyczny	235
Dodatek I.	Arkusz monitorowania hazardu	236
Dodatek J.	Czynniki motywujące do uprawiania hazardu	237

Dodatek K.	Rozpoznawanie wyzwalaczy i stosowanie kół ratunkowych	238
Dodatek L.	Plan dnia	240
Dodatek M.	Tabela zajęć alternatywnych	241
Dodatek N.	Kontrakt dotyczący metody „Start”	244
Dodatek O.	Tabela irracjonalnych myśli A	245
Dodatek P.	Tabela irracjonalnych myśli B	246
Dodatek Q.	Techniki relaksacyjne	247
Dodatek R.	Tabela ćwiczeń wizualizacyjnych	250
Dodatek S.	Arkusz rozwiązywania problemów	251
Dodatek T.	Arkusz wyznaczania celów	253
Dodatek U.	Arkusz negatywnych emocji	255
Dodatek V.	Arkusz zdrowego stylu życia	257
Dodatek W.	Arkusz budżetowania	259
Bibliografia		261

Przedmowa

Przygoda z tą książką zaczęła się ponad 10 lat temu. Wówczas skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) w leczeniu lęku oraz zaburzeń nastroju była dobrze ugruntowana. W przypadku hazardu problemowego skuteczność TPB była jednak wciąż niewystarczająca. Co więcej, z powodu zmian zachodzących w polityce rządowej oraz czynników społecznych hazard, w szczególności kasyna oraz hazard elektroniczny, został zalegalizowany i stał się dostępny dla szerokiego grona odbiorców. Sprawilo to, że hazard problemowy, a zwłaszcza jego leczenie, stały się niezwykle ważnym zagadnieniem.

Profesor Oei jest jednym z pionierów badających skuteczność TPB w leczeniu uzależnień behawioralnych oraz uzależnienia od alkoholu (Jackson, Oei, 1978; Oei, Jackson 1980, 1982, 1984). Początki przygody z tą książką sięgają dnia, w którym dr Raylu rozpoczęła pracę na uniwersytecie. Stało się to w 1999 roku. Zdecydowaliśmy się wówczas na wspólną pracę. Jako że obydwójce stosujemy TPB w leczeniu uzależnień behawioralnych, wydawało się to dla nas naturalną kolejną rzeczą, aby skonstruować skuteczny model poznawczo-behawioralny w leczeniu problemowego hazardu.

Program terapeutyczny TPB zaprezentowany w tej książce w dużej mierze odzwierciedla wyniki badań obszernej literatury naukowej obejmującej czynniki związane z rozwojem, utrzymywaniem się oraz leczeniem problemowego hazardu (np. Raylu, Oei, 2002). Przegląd literatury naukowej związanej z terapią problemowego hazardu zawarty jest w rozdziale drugim.

Niniejszy program TPB składa się z dziesięciu głównych i trzech opcjonalnych sesji. Pierwsze dwie sesje obejmują diagnozę, psychoedukację oraz uczyć klientów strategii samozarządzania w celu ustabilizowania zachowań związanych z hazardem. Kolejne osiem głównych sesji kształci umiejętności radzenia sobie z czynnikami, które mogą podtrzymywać uprawianie hazardu oraz pomaga w zapobieganiu nawrotom.

Trzy sesje opcjonalne mają na celu wspieranie klientów w radzeniu sobie z doświadczanymi kłopotami finansowymi wynikającymi z grania oraz pomagają w poradzeniu sobie z problemami związanymi z relacjami międzyludzkimi, zwłaszcza z osobami bliskimi. Koncentrują się ponadto na nauczaniu osób bliskich strategii radzenia sobie z różnymi zachowaniami klienta i dlatego też są pomocne w osiągnięciu i podtrzymywaniu zmiany w zachowaniach klienta związanych z hazardem.

Podręcznik ten przeznaczony jest dla profesjonalistów, terapeutów i lekarzy, którzy posiadają doświadczenie w leczeniu osób uzależnionych oraz wykazują pewną znajomość TPB. Terapeutom posiadającym pogłębioną znajomość literatury naukowej dotyczącej hazardu niektóre sesje mogą się wydać zbyt szczegółowe (np. sesja diagnostyczna oraz edukacyjna). Niemniej jednak zdecydowaliśmy, że takie podejście zapewni terapeutom o różnym zakresie doświadczenia klarowność w stosowaniu tego podręcznika w pracy z klientami przejawiającymi skłonność do hazardu problemowego. Jesteśmy w pełni świadomi, że nie istnieje ogólny model terapeutyczny, który mógłby pomóc każdej osobie doświadczającej problemowego hazardu, dlatego też terapeuci odgrywają ważną rolę w integrowaniu i leczeniu czynników, które są bardzo istotne dla ich klientów. Z tych powodów program terapeutyczny opisany w tej publikacji powinien być stosowany jako przewodnik. Terapeuci powinni mieć na uwadze, że każdy klient jest inny oraz posiada odmienne potrzeby. W związku z tym mogą dostosowywać czas trwania, częstotliwość oraz rozplanowanie sesji do potrzeb klientów. Terapeuci zachęceni są do stosowania indywidualnego stylu pracy, pod warunkiem że wdrożone zostaną istotne punkty terapii.

Książka ta powstała dzięki zaangażowaniu wielu studentów psychologii i pracowników Instytutu Psychologii na Uniwersytecie w Queensland, którzy przez kilka lat pomagali przy ewaluacji programu. Chcielibyśmy im podziękować za ich wkład, a w szczególności dr Leanne Casey, która udzieliła pomocy w zakresie koordynacji i nadzoru studentów medycyny. Program terapeutyczny sporo zyskał dzięki ich komentarzom i poświęceniu.

Składamy podziękowania Queensland Office of Gaming Regulation za udzielenie grantów badawczych umożliwiających testowanie i ewaluację programu terapeutycznego. Dziękujemy również władzom Instytutu Psychologii na Uniwersytecie w Queensland za udostępnienie obiektów oraz wsparcie administracyjne.

Chociaż wiele osób i organizacji przyczyniło się do powstania tej książki, zawarte w niej treści niekoniecznie odzwierciedlają lub reprezentu-

ją poglądy Uniwersytetu w Queensland, Queensland Office of Gaming Regulation czy Samorządu Queensland. Bierzemy także pełną odpowiedzialność za wszelkie niedociągnięcia występujące w tej książce.

Droga do powstania tej książki była długa, ale bardzo satysfakcjonująca. Uczyliśmy się od naszych studentów i klientów, którzy uczestniczyli w badaniach, a także wyciągnęliśmy wnioski z napotkanych trudności. Wierzimy, że pokonanie tej drogi udoskonaliło nasz warsztat terapeutyczny oraz kliniczny. Jesteśmy pełni nadziei, że książka okaże się przydatna czytelnikom, terapeutom i lekarzom i będzie stanowić wsparcie w leczeniu klientów przejawiających hazard problemowy. Naszym końcowym życzeniem jest, aby podręcznik ten pomógł wielu klientom dotkniętym problemowym hazardem.

Namrata Raylu
Tian Po S. Oei

Przegląd

1.1. CELE ORAZ ZAWARTOŚĆ PROGRAMU

Podręcznik koncentruje się na leczeniu osób, które doświadczają problemowego hazardu. Program leczenia obejmuje podejście poznawczo-behawioralne (TPB), które opiera się na fundamentalnych zasadach warunkowania przy rozwijaniu i utrzymywaniu się problemowego oraz patologicznego hazardu. Zaznaczono ponadto istotny wpływ myślenia (np. sposobu interpretacji rzeczywistości) na zachowanie osoby. Program podkreśla znaczenie zmiany zniekształconych przekonań, myśli oraz zachowania w redukowaniu częstotliwości oraz nasilenia uprawiania hazardu. Dostarcza praktycznych informacji niezbędnych do zrozumienia rozwoju i utrzymywania się problemowego hazardu. Co więcej, program zawiera szeroki zestaw umiejętności umożliwiających radzenie sobie w trudnych sytuacjach oraz strategii pomocnych w zmianie dysfunkcjonalnych zachowań dotyczących uprawiania hazardu oraz powiązanych zagadnień.

Program terapeutyczny przedstawiony w tym podręczniku w większości odzwierciedla wyniki literatury naukowej na temat (1) czynników odgrywających rolę w rozwoju oraz utrzymywaniu się problemowego hazardu oraz (2) leczenia hazardu. Przegląd badań znajduje się w rozdziale 2. Należy mieć na uwadze, że przegląd tych badań opublikowano również w *Clinical Psychology Review* (np. Raylu i Oei, 2002).

Obecnie behawioralne, poznawcze oraz mieszane TPB posiadają najsilniejsze poparcie empiryczne i okazują się najbardziej efektywną formą psychoterapii w zwalczaniu problemów wynikających z uprawiania hazardu (Grant i Potenza, 2007; Toneatto i Ladouceur, 2003; Toneatto i Millar, 2004). Kilka badań kontrolnych (Ladouceur i Sylvain, 1999, Petry i in., 2006; Sylvain, Ladouceur i Boisvert, 1997) wykazało skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu problemowego hazardu. Do zalet

TPB należy zaliczyć: opłacalność, długofalowe rezultaty oraz możliwość stosowania sesji wzmacniających.

Znaczna część programu terapeutycznego koncentruje się na wspieraniu klientów w radzeniu sobie z czynnikami podtrzymującymi hazard problemowy, które z kolei przyczyniają się do nawrotów. W związku z tym klient uczy się szerokiego zakresu alternatywnych umiejętności poznawczych i behawioralnych dotyczących radzenia sobie w trudnych sytuacjach (inter- i intrapersonalnych). Program zakłada, że umiejętności te są istotne dla zredukowania lub zwalczenia problemowych zachowań i osiągnięcia długoterminowych celów terapeutycznych. Program terapeutyczny zawiera ponadto dwa dodatkowe komponenty TPB wyróżnione w literaturze naukowej w rozdziale 2 jako znaczące techniki w leczeniu problemowego hazardu. Po pierwsze, strategie zapobiegania nawrotom nie tylko znalazły zastosowanie w leczeniu zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji odurzających (Rawson i Obert, 2003; Witkiewitz i Marlatt, 2009), ale również wykazały się skutecznością w terapii problemowego hazardu (Echeburúa, Fernández-Montalvo i Bàez, 1999, 2000). Uczenie klienta technik służących wzmacnianiu korzyści osiągniętych podczas leczenia oraz ograniczaniu do minimum ryzyka nawrotów grania w przyszłości (tj. po zakończeniu procesu leczenia) jest niezbędne dla długoterminowego powodzenia terapii (Echeburúa i in., 2000). Jeżeli klient dysponuje technikami identyfikowania trudnych sytuacji wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do nawrotu, i radzenia sobie z nimi, jest bardziej prawdopodobne, że uniknie angażowania się w zachowania związane z uprawianiem hazardu. Po drugie, liczne badania na temat TPB i problemowego hazardu (Milton, Crino, Hunt i Prosser, 2002; Wulfert, Blanchard, Freidenberg i Martell, 2006; Wulfert, Blanchard i Martell, 2003) udowodniły, że strategie dialogu motywującego mogą wzmocnić przestrzeganie zaleceń programu terapii. Bardziej szczegółową analizę tych badań przedstawiono w rozdziale 2.

Program składa się z 4 części:

- Celem pierwszej części jest zdiagnozowanie problemów i potrzeb klienta. Zastosowanie ma również psychoedukacja (np. w celu rozpoznania zachowań charakteryzujących hazard problemowy oraz monitorowania własnych wzorców uprawiania hazardu), jak również technika dialogu motywującego, aby zachęcić klienta do zmiany dysfunkcyjnych zachowań oraz postaw na funkcjonalne.
- Druga część programu skupia się na poinstruowaniu klienta na temat podstawowych strategii poznawczych i behawioralnych dotyczących samodzielnego radzenia sobie w ustabilizowaniu niekontrolowanego grania. Część ta koncentruje się ponadto na dostarczaniu klientowi strategii pomocnych w radzeniu sobie z popędem do upra-

wiania hazardu, jak również podstawowych strategii poznawczych i behawioralnych związanych z redukowaniem negatywnych konsekwencji w przypadku wystąpienia nawrotu. W tej części programu uczy się klienta umiejętności „życiowych”, takich jak zaangażowanie w ćwiczenia fizyczne oraz przyjemne i relaksacyjne, oraz zachęca do ich uprawiania. Głównym celem jest asystowanie klientowi w zaprzestaniu lub nauczaniu się kontrolowanego grania (tj. stabilizacji) oraz zwiększenie motywacji i poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do pomyślnego ukończenia programu leczenia.

- Trzecia część programu uczy klienta szeregu umiejętności radzenia sobie z utrzymywaniem pozytywnych zmian związanych z zachowaniem hazardowym, jak również innych obszarów w jego życiu. Niezbędne jest, aby klient stał się świadomy własnych myśli, emocji oraz doznań fizycznych (a także sposobów radzenia sobie z nimi) związanych z utrzymywaniem się zachowań hazardowych (Sharpe, 1998). Dotyczy to również uczenia klienta technik podważających dysfunkcjonalne myślenie oraz technik radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Trening relaksacyjny oraz techniki imaginacji będą pomocne w kontrolowaniu wysokiego poziomu pobudzenia, które jest częstym doświadczeniem wynikającym z pojawienia się czynników wywołujących chęć zagrania, a także pozwolą się z nim oswoić. Co więcej, ta część programu zawiera umiejętności samodzielnego zarządzania negatywnymi emocjami (takimi jak depresja, lęk czy złość), jak również stresem. Umiejętności rozwiązywania problemów oraz trening wyznaczania celów będą korzystne dla klienta, jako że u problemowych hazardzistów często nie występują umiejętności rozważania długoterminowych konsekwencji działania oraz odraczania gratyfikacji.
- Czwarta faza leczenia ukierunkowana jest na uczenie klienta strategii podtrzymywania korzyści terapeutycznych i ograniczania do minimum ryzyka nawrotów w przyszłości za pomocą strategii prewencyjnych (takich jak identyfikowanie sytuacji wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do grania, i radzenie sobie z nimi).

1.2. STRUKTURA PROGRAMU I SESJI

Program składa się z dziesięciu głównych i trzech opcjonalnych sesji. Sesja pierwsza sprowadza się do przeprowadzenia dokładnej oceny problemów klienta w celu nakreślenia zindywidualizowanego planu terapeutycznego. Na tym etapie leczenia niezbędne jest oszacowanie motywacji klienta do leczenia. Techniki dialogu motywującego mogą pomóc w zbudowaniu zaangażowania klienta na rzecz zmiany. Sesja druga zapewnia psychoedukację na temat problemów związanych z uprawianiem hazardu oraz prezentuje niektóre umiejętności (zarówno poznawcze, jak i behawioralne) pomocne w ustabilizowaniu grania. Sesja trzecia jest ukierunkowana na pomoc klientowi w identyfikowaniu specyficznych dla osób uprawiających hazard błędów w myśleniu, które prowadzą do zachowań hazardowych pomimo znaczących strat wynikających z grania. Sesja czwarta dotyczy nauczania klienta sposobów konfrontowania się z błędami w myśleniu, specyficznymi dla gra-

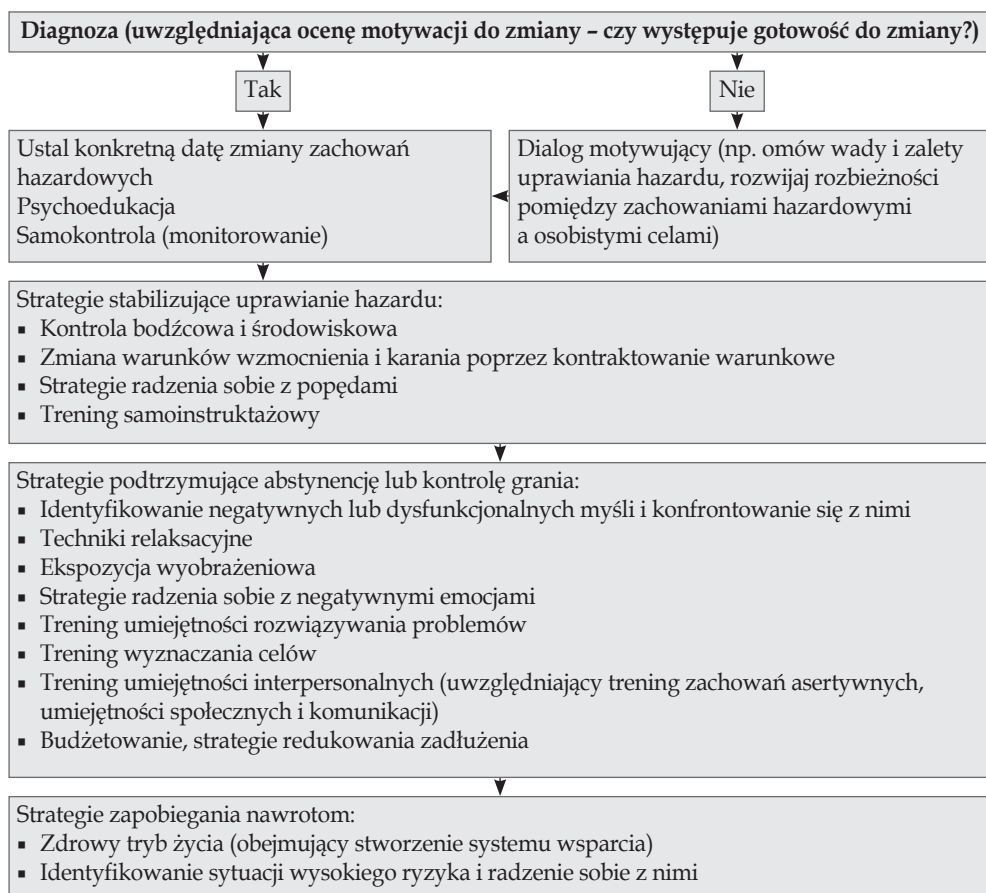
nia. Sesja piąta uczy klienta identyfikowania innych problemowych błędów w myśleniu, takich jak spostrzeżenia klienta na temat zachowań hazardowych, i konfrontowania się z nimi. Pomaga również wykształcić umiejętność rozpoznawania konsekwencji problemów związanych z graniem itd. Sesja szósta skupia się na treningu relaksacyjnym oraz treningu polegającym na tworzeniu wyobrażeń, m.in. sytuacji związanych z uprawianiem hazardu. Sesję siódmą charakteryzuje trening wyznaczania celów oraz rozwiązywania problemów. Sesja ósma bada powszechne wśród graczy negatywne stany emocjonalne, takie jak poczucie winy czy gniew. Sesja ta zawiera również strategie pomocne w efektywnym radzeniu sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi. Ostatnie dwie sesje ukierunkowane są na osiągnięcie maksimum korzyści z leczenia oraz ograniczanie nawrotów w przyszłości, tj. po zakończeniu terapii. Sesja dziewiąta koncentruje się na dyskusji z klientem na temat znaczenia zrównoważonego stylu życia i zachęca go do określania obszarów wymagających zmian oraz wyznaczania celów służących ich osiągnięciu. Ostatnie trzy sesje wspierają klienta w radzeniu sobie z lękiem związanym z zakończeniem terapii i pokazują mu, jak radzić sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do grania.

Program zawiera ponadto trzy opcjonalne sesje. Pierwsza dotyczy uczenia klienta strategii mających na celu poprawę relacji międzyludzkich. Sesja ta zakłada, że niektórzy hazardziści mogą skorzystać z podstawowego treningu komunikacji interpersonalnej oraz treningu zachowań asertywnych. Druga sesja skupia się na pomaganiu klientowi w radzeniu sobie z kłopotami finansowymi, doświadczanymi z powodu uprawiania hazardu (np. sposoby na pokrycie długów, budżetowanie). Ostatnia sesja opcjonalna jest przeznaczona wyłącznie dla osoby bliskiej hazardziście. Opiera się na dyskusji i ocenie wzajemnego wpływu zachowań klienta oraz osoby bliskiej. Co więcej, sesja ta ma na celu edukację osoby bliskiej w zakresie charakteru problemowego hazardu oraz czynników wpływających na rozwój i utrzymywanie się grania. Sesja ta uwzględnia strategie przydatne osobom bliskim, ukierunkowane na zwiększanie gotowości klienta do zmian, wspieranie go w procesie zdrowienia oraz radzenie sobie z negatywnymi konsekwencjami zachowania klientów.

Klient uczy się tych umiejętności podczas sesji opcjonalnych z kilku powodów. Po pierwsze, problemowi hazardziści rozpoczynają leczenie, borykając się z problemami finansowymi o zróżnicowanym nasileniu, w zależności od sytuacji finansowej, zarobków itd. Nie wszyscy hazardziści są zadłużeni w momencie rozpoczęcia leczenia. Wielu problemowych hazardzistów zgłaszających się na leczenie wymaga ponadto profesjonal-

nego finansowego doradztwa. Z tej opcjonalnej sesji mogą zatem skorzystać tylko klienci z niewielkimi problemami finansowymi. Poza tym problemowi hazardziści zgłaszają się na leczenie z problemami w relacjach z osobami bliskimi, o różnym stopniu nasilenia. Niektórzy klienci będą potrzebować bardziej intensywnego poradnictwa na temat rozwiązywania problemów wynikających z relacji z osobą bliską. Co więcej, występuje zróżnicowanie stopnia zaangażowania w relacje klienta z bliskimi osobami. Podobnie, zróżnicowanie może dotyczyć stopnia wpływu problemu hazardowego klienta na bliską osobę. Nie wszyscy problemowi hazardziści skorzystają z opcjonalnych sesji i dlatego terapeuta musi ocenić, czy klient skorzysta z tych sesji lub czy wymagane jest bardziej specjalistyczne poradnictwo w określonym obszarze (takim jak relacje międzyludzkie lub doradztwo finansowe).

Ryc. 1.1. Schemat struktury programu



1.3. WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE STOSOWANIA PROGRAMU TERAPII

Ze względu na to, że nie istnieje generalny program rekonwalescencji, który mógłby pomóc każdej osobie doświadczającej problemowego hazardu, program terapii opisany w tym podręczniku występuje w formie przewodnika. Istotne jest zatem sporządzenie dokładnej oceny oraz indywidualizowanego planu terapeutycznego dopasowanego do każdego klienta. Hazardziści często zgłaszają się na leczenie z szerokim zakresem problemów takich jak lęk czy zaburzenia depresyjne. Podręcznik ten jest przydatny wyłącznie dla klientów, u których główny problem stanowi hazard.

Podręcznik ten może być stosowany w terapii hazardzistów doświadczających różnych form hazardu (np. gry w kasynach – ruletka, gry karciane, gry na maszynach, hazard sportowy, wyścigi konne czy hazard internetowy). Duże korzyści mogą odnieść zarówno osoby, które chcą się powstrzymać przed uprawianiem hazardu, jak i te, którzy chcą jedynie kontrolować granie. Podręcznik ten został napisany dla lekarzy, specjalistów terapii uzależnień z doświadczeniem w naukach społecznych czy medycznych oraz dysponujących wiedzą na temat TPB. Terapeuci posiadający bardziej zaawansowaną znajomość literatury naukowej dotyczącej problemowego hazardu mogą mieć odczucie, że niektóre sesje zostały opisane zbyt drobiazgowo (np. sesja diagnostyczna, sesje edukacyjne). Uznaliśmy jednak, że zastosowanie takiego rozwiązania zapewni pewien komfort pracy terapeutom wywodzącym się z różnych środowisk pracy.

Program TPB może być również stosowany w połączeniu z innymi dostępnymi formami terapii. Podręcznik opisuje szeroki zakres praktycznych umiejętności i technik (np. ćwiczenia relaksacyjne, identyfikowanie negatywnego lub dysfunkcjonalnego myślenia). Niektóre techniki mogą być stosowane w interwencjach niespokrewnionych z TPB (np. psychoterapia psychodynamiczna czy farmakoterapia). Wiele multimodalnych badań w środowiskach szpitalnych oraz ambulatoryjnych (Taber, McCormick, Russo, Adkins i Ramirez, 1987; Russo, Taber, McCormick, Ramirez, 1984), które włączyły TPB jako komponent programu terapii, wykazało pozytywne rezultaty.

TPB może zwiększyć skuteczność innych podejść terapeutycznych w leczeniu hazardu problemowego. Ravindran i in. (2006) udowodnili niedawno, że terapia farmakologiczna z wykorzystaniem paroksetyny w połączeniu z TPB może być bardziej skuteczna niż zastosowanie tylko TPB lub tylko farmakoterapii. Osoby, które były poddane łączonemu leczeniu, po

zakończeniu leczenia przejawiały znacząco mniej zachowań związanych z hazardem w porównaniu do osób leczonych tylko paroksetyną.

Terapeuci powinni mieć na uwadze, że każdy klient jest inny i przejawia odmienne potrzeby. Dlatego też czas trwania, częstotliwość oraz kolejność sesji są tylko sugestią i mogą się różnić w zależności od klienta. Sesje trwają od 60 do 90 minut. Również obecność osób bliskich pozostaje kwestią dopasowania do potrzeb klienta.

Terapeuta może integrować tematy poruszane podczas różnych sesji (np. temat dotyczący identyfikowania problemów z tematem kwestionowania błędów poznawczych).

W zależności od potrzeb klienta niektóre strategie i umiejętności zwykle poruszane w końcowych sesjach mogą zostać omówione podczas sesji wcześniejszych (np. trening relaksacyjny dla osób z zaburzeniami lękowymi). Terapeuta może również rozłożyć określony temat sesji na kilka sesji (np. sesję nr 2 w rozdziale 4, która zapewnia psychoedukację i służy analizie strategii mających na celu ustabilizowanie uprawiania hazardu), w zależności od potrzeb klienta. Szczególnie polecane jest łączenie sesji nr 1 i sesji nr 2. Pod koniec pierwszej sesji (tj. wywiadu diagnostycznego) byłoby korzystne dla klienta, aby pokrótce przedyskutować niektóre strategie kontrolowania jego grania. Nawet najmniejsze powodzenie może prowadzić do poczucia spełnienia wynikającego z osiągniętego sukcesu oraz zwiększyć motywację klienta do kontynuowania leczenia. W związku z tym pierwsza sesja (wywiad diagnostyczny) może zostać przeprowadzona podczas dwóch pierwszych spotkań. Podobnie druga sesja (strategia samokontroli grania) może również być przeprowadzona w czasie dwóch pierwszych spotkań.

Przed każdą sesją terapeuta powinien się zapoznać z odpowiednimi rozdziałami podręcznika, aby nie pominąć kluczowych składników. Przed niektórymi sesjami zalecane jest przygotowanie i dostarczenie klientowi materiałów informacyjnych.

Materiały informacyjne przeznaczone dla klienta są dołączane na końcu większości sesji. Podsumowują główne punkty i techniki poruszane podczas sesji. Klient powinien być zatem zachęcany do zakupu teczek, w której mógłby zgromadzić notatki i resztę materiałów, jako że będą one przydatne nawet po zakończeniu procesu leczenia.

Zazwyczaj sesje zaczynają się od przeglądu umiejętności nauczanych podczas poprzedniej sesji oraz zadań domowych. Wymagane jest, aby terapeuta przedyskutował z klientami powody niewywiązania się z zadań domowych (kiedy zajdzie taka potrzeba), aby zapobiec powtórzeniu

się takiej sytuacji. Terapeuta może wyrazić pochwałę lub dezaprobatę, jak również zastosować inne czynniki motywujące do wywiązywania się z zadań domowych (Kadden i in., 1995). Dodatek A zawiera wskazówki do zadań domowych. Przed wprowadzeniem nowego materiału terapeuta rozmawia z pacjentem o celach i uzasadnieniu sesji.

Terapeuci powinni uważać, aby nie sprawiać wrażenia, że pracują według sztywnego planu lub schematu. O ile tylko poruszone zostaną kluczowe punkty, terapeuci powinni prowadzić sesje we własnym, naturalnym dla nich stylu. Równie istotne jest, aby terapeuci unikali prezentowania przeważającej części sesji w formie wykładu.

W celu osiągnięcia długotrwałych zmian terapeuci powinni odpowiednio modelować strategie oraz udzielać klientowi konstruktywnej informacji zwrotnej. Klient powinien być zachęcany do aktywnego udziału w procesie zdrowienia, rozwiązywania problemów, odgrywania scenek z podziałem na role oraz wywiązywania się z zadań domowych, które umożliwią zastosowanie wyuczonych umiejętności w życiu codziennym. Dodatki A i B zawierają wskazówki dotyczące zadań domowych oraz przeprowadzania scenek z podziałem na role.

Przegląd literatury naukowej dotyczącej terapii problemowego hazardu

2.1. WSTĘP

Hazard patologiczny jest postępowym i chronicznym zaburzeniem charakteryzującym się doświadczeniem ciągłego niepowodzenia przy opieraniu się chęci zagrania. To „nieprzystosowawcze zachowanie zakłóca lub niszczy życie osobiste, rodzinne lub zawodowe” (American Psychiatric Association, 1994). Wyniki badań pokazują, że występowanie hazardu patologicznego w populacji waha się od 1% do 2% (Shaffer, Hall i Vander Bilt, 1997; Stucki i Rihs-Middel, 2007). Międzynarodowe wskaźniki wahają się jednak od 0,8% do 5% (Molde i in., 2004). Występowanie hazardu problemowego (tj. doświadczenie problemów związanych z hazardem w mniejszym stopniu, niż jest to diagnozowane wg kryteriów DSM-IV) znacznie przewyższa te liczby.

Legalizacja hazardu miała znaczący wpływ na rozwój branży gier hazardowych ze względu na wzrost różnorodności oraz dostępności gier (Productivity Commission Report, 1999). Zwiększona dostępność do gier hazardowych doprowadziła do zwiększenia się ilości pieniędzy wydawanych na hazard, liczby osób klasyfikowanych jako „regularni gracze” i, w następstwie, do zwiększenia się liczby osób doświadczających problemów z uprawianiem hazardu (Campbell i Lester, 1999, Dickson-Gillespie, Ruggle, Rosenthal i Fong, 2008; Jacques, Ladouceur i Ferland, 2000).

Hazard problemowy przyciągnął znaczną uwagę z powodu wielu negatywnych społecznych konsekwencji doświadczanych przez graczy, ich osoby bliskie oraz ogólnie przez społeczeństwo. Najczęstsze społeczne konsekwencje hazardu problemowego obejmują negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne gracza oraz jego osiągnięcia zawodowe (Productivity Commission Report, 1999). Problemy finansowe (zadłużenie, straty kapitałowe) mogą prowadzić do konsekwencji prawnych, takich jak bankructwo, pożyczki lub popełnianie czynów przestępczych w celu zdobycia pieniędzy (Grant, Schrieber, Odlaug i Kim, w prasie; Ladouceur, Boisvert, Pepin, Loranger i Sylvain, 1994). Problemy interper-

sonalne pomiędzy graczami a ich osobami bliskimi obejmują przemoc w rodzinie, rozpad związków, zaniedbania w rodzinie oraz negatywny wpływ na zdrowie fizyczne oraz psychiczne członków rodziny (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein i Solowoniuk, 2006; Korman, Collins, Dutton, Dhayananthan, Littman-Sharp i Skinner, 2008). Hazard problemowy ma również negatywny wpływ na społeczeństwo, biorąc pod uwagę zwiększoną przestępczość wśród niektórych graczy oraz koszty finansowe związane z leczeniem (Productivity Commission Report, 1999).

Zważywszy na wiele negatywnych konsekwencji związanych z problemowym hazardem, istotna jest dostępność skutecznych programów terapeutycznych dla osób przejawiających takie problemy. Bieżący rozdział zawiera przegląd dostępnych programów leczenia w literaturze naukowej dotyczącej hazardu problemowego. Przegląd opiera się na bazach danych czasopism elektronicznych (PsycINFO i Medline, do sierpnia 2009 roku). Niniejszy przegląd badawczy ma na celu:

- podsumowanie czynników związanych z rozwojem oraz utrzymywaniem się problemowego hazardu,
- podsumowanie istniejących form terapii problemowego hazardu,
- udowodnienie skuteczności TPB w leczeniu problemowego hazardu,
- dostarczenie uzasadnienia oraz dowodów na skuteczność programu TPB zawartego w tej książce.

2.2. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ROZWÓJ ORAZ UTRZYMYWANIE SIĘ PROBLEMOWEGO HAZARDU

W literaturze naukowej wymieniono kilka czynników, które działają jako „motywatory” do hazardu. Czynniki te skłaniają do aktywności hazardowej jako sposobu na:

- uzyskanie aprobaty i akceptacji społecznej od innych;
- przejawienie buntu;
- ucieczkę od trudnych i przykrych zdarzeń i emocji (np. złość, frustracja i lęk);
- wygrywanie;
- bycie osobą towarzyską;
- pokonywanie wszelkich przeciwności losu;
- doświadczanie podekscytowania;
- nudę;
- spędzanie wolnego czasu i dobrą zabawę (Raylu i Oei, 2002).

Chociaż nie zdefiniowano konkretnego, stałego czynnika motywującego, określona została pewna grupa zmiennych celem wyjaśnienia rozwoju i utrzymywania się problemowego hazardu. Grupa ta obejmuje rodzinne, indywidualne oraz socjologiczne czynniki przedstawione poniżej.

2.2.1. Czynniki rodzinne

Wyniki badań dowodzą, że zarówno czynniki środowiskowe (np. znaczenie społecznego uczenia się), jak i genetyczne przyczyniają się do ryzyka wystąpienia hazardu problemowego (Oei i Raylu, 2003; Scherrer, Xian, Shah, Volberg, Slutske i Eisen, 2005; Xian, Scherrer, Slutske, Shah, Volberg i Eisen, 2007). Teoria społecznego uczenia się sugeruje, że osoby przyswajają, naśladują i podejmują zachowania, które są obserwowane i wzmacniane. Zatem członkowie rodziny oraz przyjaciele mogą często stanowić wzór do naśladowania zachowań związanych z uprawianiem hazardu. Badania dowodzą, że problemowi hazardziści, w porównaniu z innymi „nieproblemowymi” hazardzistami, znacznie częściej w swoim gronie mają osoby, które przejawiają problemy związane z hazardem, w szczególności rodziców (Grant i Kim, 2001; Black, Monahan, Temkit i Shaw, 2006; Black, Moyer i Schlosser, 2003).

Istnieje również dowód na transmisję genetyczną u problemowych hazardzistów (por. Shah, Eisen, Xian i Potenza, 2005; Winters i Rich, 1998). Geny mogą wytłumaczyć 40–55% wariacji w ryzyku rozwoju problemowego hazardu (Eisen i in., 1998, 2001). Williams i Potenza (2008) zestawili kilka mechanizmów genetycznych, które mogą warunkować podatność na hazard problemowy. Mechanizmy te zawierają geny odpowiadające za transport serotoniny (Perez de Castro, Ibáñez, Saiz-Ruiz i Fernandez-Piqueras, 1999), polimerazy DNA w monoaminooksydazach A (Ibáñez, Perez de Castro, Fernandez-Piqueras, Blanco i Saiz-Ruiz, 2000) oraz receptory dopaminy 1, 2 i 4 (Comings i in., 1996; da Silva Lobo i in., 2007; Perez de Castro, Ibáñez, Torres, Saiz-Ruiz i Fernandez-Piqueras, 1997).

2.2.2. Czynniki indywidualne

Istnieje kilka czynników indywidualnych wpływających na rozwój i utrzymywanie się problemowego hazardu. Obejmują one osobowość, czynniki poznawcze, stany psychologiczne oraz biologię i biochemię. Czynniki te opisano poniżej.

2.2.2.1. Osobowość

Problemowi i nieproblemowi hazardziści różnią się pod względem niektórych cech osobowości. Najbardziej wnikliwe badane cechy osobowości to impulsywność i skłonność do poszukiwania doznań. Impulsywność (tj. tendencja do działania bez zastanowienia) jest najsilniej powiązana z problemowym hazardem cechą osobowości. Badania wykazały, że impulsywność stanowi konsekwentny prognostyk hazardu problemowego (por. Myrseth, Pallasen, Molde, Johnsen i Lorvik, 2009).

Problemowi hazardziści uzyskują wyższe wyniki na skali impulsywności w porównaniu z hazardzistami nieproblemowymi i rekreacyjnymi (Bagby, Vachon, Bulmarsh, Toneatto, Quilty i Costa, 2007; Carlton i Manowitz, 1994; Loxton, Nguyen, Casey i Dawe, 2008; Steel i Blaszczynski, 1998). Impulsywność jest również powiązana z nieukończeniem procesu leczenia (Leblond, Ladouceur i Blaszczynski, 2003), stopniem zaawansowania problemowego hazardu (Steel i Blaszczynski, 1996) oraz słabym reagowaniem na leczenie (Maccallum, Blaszczynski, Ladouceur i Nower, 2007).

Inne badania dowiodły, że czynnikiem ryzyka wpływającym na powstanie problemowego hazardu jest również skłonność do poszukiwania doznań (Ledgerwood i Petry, 2006; Slutske, Caspi, Moffitt i Poulton, 2005). Niemniej jednak inni badacze nie potwierdzili tej zależności (Coventry i Constable, 1999; Clarke, 2004), aczkolwiek wykazali, że istnieje taka zależność w odniesieniu do młodych hazardzistów (Powell, Hardon, Derevensky i Gupta, 1999), hazardzistów, którzy uprawiają określony typ hazardu (np. w kasynach, nielegalny hazard; Coventry i Brown, 1993; Dickerson, 1993) oraz hazardzistów, którzy nie uczestniczą w terapii (Blanco, Orensanz-Munoz, Blanco-Jerez i Saiz-Ruiz, 1996).

Całkiem możliwe jest, że skłonność do poszukiwania doznań oraz impulsywność operują na dwóch różnych etapach problemowego hazardu. Skłonność do poszukiwania doznań może motywować niektórych graczy (szczególnie młodych) do udziału w różnych formach hazardu, natomiast impulsywność może motywować ich do kontynuowania grania pomimo znacznych lub ciągłych przegranych (Zuckerman, 1999).

Skłonność do poszukiwania doznań wiąże się z hipotezą „pobudzenia hazardowego”, która sugeruje, że to nie pieniądze, a radość z gry odgrywa główną, motywacyjną rolę (Anderson i Brown, 1984). Dickerson (1984) stwierdził, że istnieje grupa bodźców pojawiających się w sytuacjach hazardowych (np. kręcenie ruletką, sprawdzanie kart przez krupiera w kasynie, światła i dźwięki maszyn do gier, obstawianie zakładów), które stanowią wzmocnienia poprzez wyzwalanie podekscytowania i pobu-

dzenia. Znaczące poparcie empiryczne dowodzi, że regularni gracze stają się pobudzeni podczas gry. W badaniach pobudzenie zostało określone na podstawie pomiarów rytmu serca, kwestionariuszy lub wywiadów (Raylu i Oei, 2002). Efekt pobudzenia występował ponadto przy różnego rodzaju grach (Raylu i Oei, 2002).

Zważywszy na powiązanie cech osobowości z problemowym hazardem, nie dziwi, że problemowi gracze często przejawiają współwystępujące zaburzenia osobowości. Blaszczyński i Steel (1998) wykazali, że 93% problemowych hazardzistów poddawanych procesowi leczenia spełniło kryteria diagnostyczne przynajmniej jednego zaburzenia osobowości, przy czym na jednego gracza przypadało przeciętnie 4,6 zaburzenia osobowości. Niektórzy badacze stwierdzili wysokie wskaźniki zaburzeń osobowości wiązki B (są to osobowości przejawiające nadmierną emocjonalność, eratywność – osobowość dyssocjalna, osobowość typu borderline, osobowość narcystyczna, osobowość histrioniczna), które wiązały się z wysoką impulsywnością i emocjonalną niestabilnością wśród problemowych hazardzistów (Bagby, Vachon, Bulmarsh i Quilty, 2008; Blaszczyński i Steel, 1998; Fernández-Montalvo i Echeburúa, 2004). Inni badacze zauważyli jednak pośród problemowych hazardzistów wysokie wskaźniki osobowości wiązki A (tj. zaburzenia osobowości charakteryzujące się osobliwymi, odbiegającymi od normy, ekscentrycznymi zachowaniami) lub wiązki C (tj. zaburzenia osobowości charakteryzujące się lękowym i bojaźliwym zachowaniem; Black i Moyer, 1998; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson i Marcotte, 1996). Z drugiej strony Bagby i in. (2007) zauważyli, że określone zaburzenia osobowości u problemowych hazardzistów były warunkowane zastosowaniem instrumentu badawczego.

2.2.2.2. Czynniki poznawcze

Wyniki badań wskazują, że irracjonalne i negatywne myśli odgrywają znaczącą rolę w rozwoju i utrzymywaniu się problemowego hazardu (Gaborury i Ladouceur, 1989; Oei, Lin i Raylu, 2007a, 2008; Raylu i Oei, 2004b; Zuckerman, 1999) oraz w nawrotach (Hodgins i El-Guebaly, 2004). Innymi słowy, hazardziści posiadają błędne przekonania o hazardzie, które podtrzymują jego uprawianie pomimo znacznych i ciągłych przegranych. Hazardziści są przekonani, że mogą bezpośrednio lub pośrednio wpłynąć na rezultaty gry, bezbłędnie przewidzieć wyniki, a w rezultacie błędnie interpretują rezultaty swojego hazardowego zachowania (Toneatto, 1999). Wiele badań odnotowuje wysokie wskaźniki tego rodzaju przekonań wśród regularnych i problemowych hazardzistów w porównaniu do

osób nieuprawiających hazardu. Co więcej, badania te były powtarzane w różnych warunkach obejmujących częste lub rzadkie wygrane, ograniczone lub nieograniczone stawki, regularne lub okazjonalne uprawianie hazardu oraz różnego typu gry hazardowe (Raylu i Oei, 2002).

Odnotowano wiele czynników, które wpływają na myśli związane z hazardem. Jeżeli sytuacja hazardowa zawiera więcej elementów do wyboru (np. możliwość wyboru numeru bądź koloru podczas gry w ruletkę), zaznajomienia (np. ulubiona maszyna do gry) i zaangażowania (np. możliwość rzutu własną kością podczas gry w kości), wówczas stwarza iluzję większego poczucia kontroli (Langer, 1975). Ponadto gry, które wymagają (lub wydają się wymagać) umiejętności (np. wyścigi konne, gry w karty, hazard sportowy), częściej zaburzają poczucie kontroli i zachęcają do kontynuacji pomimo przegranych w porównaniu z grami, w których obecny jest czynnik losowy, jak w przypadku loterii (Dickerson, 1993; Langer, 1975; Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti i Tsanos, 1997). Dickerson (1993) stwierdził, że mogą istnieć różne psychologiczne procesy powodujące zaburzenia kontroli w różnych formach hazardu, ponieważ gry różnią się w wielu aspektach. Niektóre gry mają charakter ciągły (tj. niedługi czas dzieli obstawienie zakładu od wyniku gry), np. gry na automatach. Z drugiej strony są gry pozbawione ciągłości (tj. charakteryzujące się znacznym czasem pomiędzy obstawieniem zakładu a wynikiem), np. gry losowe typu lotto. Warto zauważyć, że gry o charakterze ciągłym częściej wpływają na zaburzenia kontroli i w konsekwencji zachęcają hazardzistów do kontynuowania uprawiania hazardu pomimo przegranych. Gry, które charakteryzują się dużą częstotliwością i szybkością wypłat, są atrakcyjniejsze dla graczy, ponieważ doświadczana gratyfikacja i podekscytowanie są większe w porównaniu z grami, w których wypłaty pojawiają się rzadziej i często z opóźnieniem (np. loterie). W swoich badaniach Walker (1992) zauważył, że hazardziści grający na maszynach mają większą tendencję do irracjonalnego myślenia związanego z problemowym hazardem w porównaniu z tymi, którzy uprawiają inny rodzaj hazardu. Do pozostałych czynników, które mają znaczący wpływ na zaburzenie kontroli u problemowych hazardzistów, należą alkohol (Baron i Dickerson, 1999; Kyngdon i Dickerson, 1999), stres (Friedland, Keinan i Regev, 1992) oraz negatywne stany emocjonalne, takie jak depresja (Dickerson, 1993).

Co więcej, badania sugerują, że u hazardzisty czynniki poznawcze mogą współgrać z fizjologicznymi, takimi jak pobudzenie, co z kolei może wyjaśniać utrzymywanie się hazardu problemowego (Griffiths,

1991; Ladouceur, Sévigny, Blaszczynski, O'Connor i Lavoie, 2003; Oei, Lin i Raylu, 2007a, 2007b; Raylu i Oei, 2004c). Oczekiwanie pieniężnej wygranej bardziej wpływa na nasilenie stanów pobudzenia niż samo granie (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet i Leblond, 2003a). Kiedy gracz „prawie” wygrywa, pobudza się, wówczas jego myśli skupiają się na tym, że nie przegrywa cały czas, ale cały czas „prawie wygrywa” – i to w konsekwencji wywołuje dalszą chęć gry (Griffiths, 1991).

2.2.2.3. Negatywne stany psychologiczne

Negatywne stany psychologiczne takie jak lęk, depresja i stres często są związane z inicjacją i utrzymywaniem się zachowań hazardowych (Coman, Burrows i Evans, 1997; Friedland i in., 1992; Henry, 1996; Oei i in., 2008), większym nasileniem problemów hazardowych (Oei i Raylu, 2009) oraz z nawrotami (Hodgins i El-Guebaly, 2004). Niemniej jednak wciąż nie wiadomo, czy takie negatywne stany samopoczucia są wynikiem czy też przyczyną hazardu problemowego.

Wśród problemowych hazardzistów powszechne są również próby samobójcze (Blaszczynski i Farrell, 1998; Ledgerwood, Steinberg, Wu i Potenza, 2005; Newman i Thompson, 2007). Wskaźniki procentowe prób samobójczych wśród badanej populacji hazardzistów problemowych wahają się od 12% do 24% (Raylu i Oei, 2002). Samobójstwa wśród problemowych hazardzistów wiążą się z większą rangą problemów wynikających z uprawiania hazardu (Hodgins, Mansley i Thygesen, 2006), długów (Blaszczynski i Farrell, 1998; Yip, Yang, Ip, Law i Watson, 2007), zdrowia psychicznego i nadużywania substancji psychoaktywnych (Blaszczynski i Farrell, 1998; Hodgins i in., 2006), problemów w relacjach (Blaszczynski i Farrel, 1998; MacCallum i Blaszczynski, 2003) oraz zachowań niezgodnych z prawem (MacCallum i Blaszczynski, 2003).

Kilka badań wykazało obecność innych problemów psychologicznych, które albo zwiększają szansę na rozwinięcie się problemowego hazardu, albo sprzyjają utrzymywaniu się problemów będących skutkiem uprawiania hazardu (Lagenbucher, Bavly, Labouvie, Sanjuan i Martin, 2001; MacCallam i Blaszczynski, 2002; Specker i in., 1996). Specker i in. (1996) zbadali problemy natury psychiatrycznej wśród problemowych hazardzistów zgłaszających się na leczenie stacjonarne. Wynikiem były wysokie wskaźniki diagnoz zaburzeń Osi I (92%), ale nie Osi II (25%) w porównaniu z grupą kontrolną (wg kryteriów DSM-IV). Problemy wywołane przez hazard są często powiązane z innymi problemami, takimi jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia afektywne i lękowe,

zaburzenia osobowości, zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD) oraz inne zaburzenia kontroli impulsów (Black i Moyer, 1998; Brewer, Grant i Potenza, 2008; Iancu, Lowengrub, Dembinsky, Kotler i Dannon, 2008; Petry, Stinson i Grant, 2005).

2.2.2.4. Biologia i biochemia

Pomimo że badania w tej dziedzinie są wciąż na początkowym etapie, stwierdzono kilka biologicznych czynników powiązanych z hazardem problemowym, które dotyczą uszkodzeń płata czołowego, zaburzeń w funkcjonowaniu neuroprzekazników oraz fizjologicznego pobudzenia (Iancu i in., 2008; Raylu i Oei, 2002). Aktualne teorie neuropatologii hazardu problemowego wskazują na szlaki w mózgu związane z motywacją, układem nagrody, pamięcią, uczeniem się, kontrolą, podejmowaniem decyzji i impulsywnością (Iancu i in., 2008).

Wiele badań wykazało w określonych częściach mózgu zmiany patologiczne powiązanych z hazardem problemowym. Niektóre badania z zakresu patofizjologii hazardu problemowego wskazują na zniszczenie płata czołowego, u problemowych graczy będące przyczyną problemów z podejmowaniem decyzji oraz wykonywaniem zadań wymagających wewnętrznej kontroli (Cavedini, Riboldi, Keller, D'Annunzi i Bellodi, 2002; Kalechstein, Fong, Rosenthal, Davis, Vanyo i Newton, 2007; Marazziti i in., 2008a; Roca, Torralva, Lopez, Cetkovich, Clark i Manes, 2008). Badania te sugerują, że zaburzenia w funkcjonowaniu wykonawczym mogą odgrywać rolę w rozwoju problemowego hazardu. Reuter, Raderer, Rose, Hand, Gläscher i Büchel (2005) dowiedli, że aktywacja obszarów przedczołowych ujemnie koreluje z drastycznością problemów hazardowych. Goldstein, Manowitz, Nora, Swartzburg i Carlton (1985) wykazali, że hazardziści, w porównaniu z grupą kontrolną, osiągnęli gorsze wyniki w testach wymagających koncentracji i uwagi oraz częściej wskazywali na zaburzenia uwagi pojawiające się w dzieciństwie. Problemowi gracze mogą zatem być kategoryzowani na podstawie trudności z koncentracją uwagi, podobne do tych manifestowanych w ADHD. Wyniki tych badań potwierdzają inne badania, które wykazały wyższe wskaźniki występowania objawów ADHD wśród graczy problemowych (Rugle i Melamed, 1993).

Literatura naukowa dotycząca hazardu problemowego pokazuje ponadto, że problemowi hazardziści mogą przejawiać zaburzenia w funkcjonowaniu neuroprzekazników. Wyniki wielu badań wskazały na dysfunkcję w neuroprzekazie serotoniny wśród problemowych hazardzistów (np.

Blanco i in., 1996; Ibáñez i in., 2000; Marazziti i in., 2008b; Perez de Castro i in., 1999). Badania są dowodem na obniżoną aktywność serotonergiczną z możliwą postsynaptyczną nadwrażliwością receptorów serotoniny u graczy problemowych (Blanco, Ibáñez, Saiz-Ruiz, Blanco-Jerez i Nunes, 2000). Dysfunkcja serotogenna jest powiązana z inicjacją behawioralną, brakiem pohamowania oraz słabą kontrolą impulsów (Hollander, Buchalter i DeCaria, 2000), co ma ścisły związek z błędnym kołem uprawiania hazardu i trudnościami z zaprzestaniem gry (Raylu i Oei, 2002).

Liczne dowody pokazują, że problemowi gracze mogą wykazywać zaburzenia centralnego układu noradrenergicznego w mózgu (Bergh, Eklund, Soedersten i Nordin, 1997; DeCaria, Hollander, Nora, Stein, Simeon i Cohen, 1997; Roy i in., 1988). Noradrenalina ma związek z pobudzeniem i kontrolą impulsów (Siever, 1987). Badania te sugerują, że układ noradrenergiczny może odgrywać rolę w wyjaśnianiu zjawiska selektywnej uwagi pośród problemowych hazardzistów. Co więcej, układy te są związane z większym pobudzeniem (być może powiązaniem ze skłonnością do poszukiwania doznań), „gotowością do gry” lub podejmowaniem ryzyka przez hazardzistów (Blanco i in., 2000).

Badania nad dopaminą sugerują, że u problemowych hazardzistów może występować nadwrażliwość szlaków dopaminergicznych, które związane są zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym wzmocnieniem (Bergh i in., 1997; Blanco i in., 2000). Osoby, u których sytuacja genetyczna lub środowiskowa prowadzi do obniżonego lub niewystarczającego wydzielania się dopaminy w mózgu, są skłonne do odczuwania lęku, głodu (np. alkoholowego) i ogólnego słabego samopoczucia. Aby zastąpić te emocje, hazardziści mogą się angażować w działania, które chwilowo pomagają zrekompensować ten niedobór (Sunderwirth i Milkman, 1991). Zwiększona aktywność szlaków dopaminergicznych może być związana z pozytywnym wzmocnieniem (np. zwiększonym pobudzeniem), które gracz uzyskuje w wyniku grania, ale może też mieć związek ze wzmocnieniem negatywnym, gdyż bardziej nasilone uprawianie hazardu może wywoływać zespoły odstawienia, które skutkują podniesieniem progów stymulacji układu nagrody, podobnym do występującego w zespole odstawienia opiatów (Bergh i in., 1997). To z kolei może u problemowych hazardzistów wywoływać behawioralne (np. lęki) i poznawcze (np. myślenie irracjonalne) symptomy zespołu odstawienia po zaprzestaniu uprawiania hazardu.

Rezultaty badań fizjologicznych z wykorzystaniem pomiarów tętna wykazały zwiększone pobudzenie wśród graczy problemowych (Ander-

son i Brown, 1984; Leary i Dickerson, 1985). Istnieje ponadto biologiczny dowód potwierdzający rolę zwiększonego pobudzenia u osób z problemami hazardowymi. Badacze dowiedli, że endorfiny (grupa peptydowa występująca w przysadce mózgowej) wpływają na zaburzenia nastroju związanego z psychologicznymi stanami i mechanizmem uzależnienia poprzez właściwości transmisyjne układu nagrody, zgodnie z zasadami warunkowania klasycznego oraz instrumentalnego (Błaszczynski, Winters i McConaghy, 1986, s. 3). Dlatego też nasuwa się wniosek, że rozwój i utrzymywanie się hazardu wiąże się z aktywnością endorfin. Manowitz, Amorosa, Goldstein i Carlton (1993) udowodnili, że podczas uprawiania hazardu zwiększa się poziom kwasu moczowego, co z kolei wskazuje, że zwiększenie poziomu kwasu moczowego może być związane z psychologiczną aktywacją (poziomem pobudzenia lub działania) podczas uprawiania hazardu.

2.2.3. Czynniki socjologiczne

Istnieje wiele czynników socjologicznych powiązanych z hazardem. Chociaż hazardziści stanowią zróżnicowaną grupę, wyższe wskaźniki uprawiania hazardu szczególnie odnotowane są w grupach osób bezrobotnych, o niskim statusie społecznym oraz niskim poziomie edukacji (Raylu i Oei, 2002). Odnotowano również statystycznie istotną różnicę między płciami w zakresie postaw wobec hazardu, obecności współistniejących problemów kwalifikujących się do terapii oraz rezultatów leczenia (Crisp i in., 2000; Dannon i in., 2006; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell i Parker, 2002). Dickson, Derevensky oraz Gupta (2008) oszacowali czynniki ryzyka oraz ochrony wśród 2179 osób w wieku dojrzewania (11-19 lat), odkrywając, że z problemem hazardu wiąże się niższy poziom przywiązania do szkoły (poczucie przynależności, szacunku i opieki w szkołach) oraz do rodzin. Również kultura ma wpływ na rozwój oraz utrzymywanie się problemowego hazardu (Raylu i Oei 2004a; Oei i Raylu, 2007). Pewne grupy kulturowe mogą mieć większy dostęp do hazardu oraz możliwości jego uprawiania niż pozostałe, w konsekwencji czego przejawiają wysoki poziom problemowego hazardu (Loo, Raylu i Oei, 2008; Raylu i Oei, 2004a; Oei i Raylu, w prasie).

Pozostałe czynniki socjologiczne powiązane z problemowym hazardem to życie w dzielnicach biedy (Welte, Wieczorek, Barnes i Tidwell, 2006) oraz problemy w rodzinie (Hardoon, Gupta i Derevensky, 2004).

Do problemowego hazardu mogą również odnosić się niski poziom nadzorowania przez rodziców (Vachon, Vitaro, Wanner i Tremblay, 2004;

Vitaro, Brendgen, Ladouceur i Tremblay, 2001) oraz nieodpowiednie praktyki dyscyplinujące w dzieciństwie (Vachon i in., 2004). Istnieją także dowody, które sugerują zależność pomiędzy zwiększoną dostępnością do hazardu a zwiększonym wskaźnikiem występowania hazardu (Ladouceur, Jacques, Ferland i Giroux, 1999; Productivity Commission, 1999).

2.3. PRZEGLĄD LITERATURY DOTYCZĄCEJ TERAPII PROBLEMOWEGO HAZARDU

W leczeniu problemowego hazardu zostało zastosowanych wiele podejść terapeutycznych, wliczając w to różne formy farmakoterapii oraz psychoterapii.

2.3.1. Farmakoterapia

Obecne farmakologiczne sposoby leczenia problemowego hazardu obejmują selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), antagoniści receptorów opioidowych, stabilizatory nastroju i leki przeciwpadaczkowe oraz lek bupropion (Lancu i in., 2008).

2.3.1.1. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny

Wiele badań przeprowadzonych metodą podwójnej ślepej próby badających skuteczność SSRI (np. fluwoksaminy, paroksetyny lub sertraliny) w leczeniu problemowego hazardu przyniosło zróżnicowane wyniki (Lancu i in., 2008). Niektóre badania udowodniły skuteczność SSRI w redukcji chęci uprawiania hazardu oraz zachowań hazardowych (Hollander, DeCaria, Finkell, Begaz, Wog i Cartwright, 2000; Kim, Grant, Adson, Shin i Zaninelli, 2002), pozostałe jednak jej nie odnotowały (Blanco, Petkova, Ibáñez i Saiz-Ruiz, 2002; Grant i in., 2003; Saiz-Ruiz i in., 2005). Na podstawie badań otwartych na temat skuteczności SSRI (np. escitalopramu oraz citalopramu; Black, Shaw, Forbush i Allen, 2007; Grant i Potenza, 2006; Zimmerman, Breen i Posternak, 2002) udowodniono, że leki te mogą zredukować chęć uprawiania hazardu oraz hazardowe zachowania, jak również współistniejące symptomy takie jak lęk. Przy użyciu 8-tygodniowej próby Pallanti, Rossi, Sood oraz Hollander (2002) wykazali, że przyjmowany doustnie nefazodon (antydepresant) może zredukować pewne zachowania hazardowe i popęd do hazardu oraz poprawić samopoczucie.

2.3.1.2. Antagoniści receptorów opioidowych

Naltrekson to antagonist receptorów opioidowych stosowany w celu zmniejszenia głodu narkotykowego i alkoholowego u osób zażywających opiaty oraz osób spożywających alkohol. Biorąc pod uwagę, że hazard problemowy oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych mają wspólne aspekty, badacze zastosowali naltrekson w celu leczenia problemowych hazardzistów (Lancu i in., 2008). Naltrekson konsekwentnie wykazywał skuteczność w porównaniu z SSRI w redukowaniu chęci do uprawiania hazardu oraz podekscytowania towarzyszącego hazardowi (Kim i Grant, 2001; Kim, Grant, Adson i Shin, 2001). Naltrekson zwykle nie powoduje nieznosnych skutków ubocznych (Korn i Shaffer, 2004).

Grant i in. (2006) przeprowadzili 16-tygodniowe randomizowane badanie placebo na podwójnie ślepej próbie 207 problemowych hazardzistów, aby zbadać skuteczność długodziałających antagonistów receptorów opioidowych – leku nalmefen – w leczeniu patologicznego hazardu. Badacze wykazali, że nalmefen zmniejszał nasilenie problemowego hazardu. Niskie dawki (25 mg dziennie) nie powodują skutków ubocznych. Jednakże wyższe dawki (50 mg dziennie oraz 100 mg dziennie) prowadzą do pojawienia się dolegliwych skutków ubocznych, wliczając w to bóle i zawroty głowy oraz bezsenność.

2.3.1.3. Stabilizatory nastroju i leki przeciwpadaczkowe

Stabilizatory nastroju mogą oddziaływać na impulsywne zachowania związane z problemowym hazardem. Moskowitz (1980) w badaniach otwartych wykazał, że użycie węglanu litu na trzech patologicznych hazardzistach z zaburzeniami afektywnymi skutkowało brakiem zachowań hazardowych, jak również ustaniem epizodów manii. W trwającym 10 tygodni randomizowanym badaniu placebo z użyciem metody podwójnej ślepej próby Hollander, Pallanti, Allen, Sood oraz Rossi (2005) odkryli, że stałe dawki węglanu litu redukowały zachowania hazardowe, chęć gry, jak również symptomy manii wśród 40 patologicznych graczy ze współistniejącymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Inne badania zweryfikowały z kolei skuteczność leków przeciwpadaczkowych (które zazwyczaj posiadają właściwości stabilizujące) w leczeniu hazardu problemowego. Topiramát – lek przeciwpadaczkowy skuteczny w leczeniu innych zaburzeń kontroli impulsów, przynosił korzyści w leczeniu problemowego hazardu (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin i Kotler, 2005a). Black, Shaw oraz Allen (2008) zbadali skuteczność wydłużonego uwalniania karbamazepiny (lek przeciwpadaczkowy oraz

stabilizator nastroju stosowany głównie w leczeniu epilepsji i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych) w leczeniu ośmiu niedepresyjnych patologicznych hazardzistów podczas próby otwartej trwającej 10 tygodni. Badacze odkryli, że uwalnianie karbamazepiny skutkowało leczeniem zachowań hazardowych i spowolnieniem chęci do uprawiania hazardu. Niemniej jednak wielu badanych zrezygnowało z przyjmowania leku z powodu skutków ubocznych (senność oraz biegunka).

Pallanti, Quercioli, Sood oraz Hollander (2002) porównali skuteczność litu ($n = 23$) oraz walproinianu (lek przeciwpadaczkowy; $n = 19$) w leczeniu 42 patologicznych hazardzistów bez choroby afektywnej dwubiegunowej w 14-tygodniowym, randomizowanym badaniu. Stwierdzono, że oba leki są skuteczne w leczeniu problemowego hazardu.

Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal oraz Rugle (2008) przeprowadzili 7-tygodniowe, kontrolowane placebo badanie metodą podwójnej ślepej próby olanzapiny (nietypowy lek przeciwpsychotyczny, który potrafi zredukować impulsywność występującą w innych dolegliwościach natury psychiatrycznej). Uczestnikami badania było 21 patologicznych hazardzistów uzależnionych od wideopokera. Wszyscy uczestnicy wykazali zredukowany poziom chęci uprawiania hazardu i zachowań hazardowych oraz znaczną poprawę nastroju i obniżenie stanów lękowych.

2.3.1.4. Bupropion

Wolno uwalniany antydepresant bupropion jest selektywnym inhibitorem wychwyty zwrotnego dopaminy oraz noradrenaliny, zazwyczaj używanym do łagodzenia zespołu odstawienia nikotyny oraz zmniejszenia głodu nikotynowego. Bupropion (wolno uwalniany) stymuluje układy w mózgu, które wpływają na chęć uprawiania hazardu oraz wynikającą z tego przyjemność (Lancu i in., 2008). Badania pokazują ponadto, że bupropion może zredukować zachowania hazardowe (Black, 2004; Dannon, Lowengrub, Musin, Gonopolski i Kotler, 2005b; Donald i in., 2007).

2.3.1.5. Porównania

Niewiele jest badań, w których porównywano by różne rodzaje farmakoterapii w leczeniu problemów hazardowych. Dannon i in. (2005a) zestawili skuteczność 12-tygodniowego leczenia lekiem topiramatem ($n = 15$) oraz fluwoksaminą ($n = 16$) w terapii 31 problemowych hazardzistów płci męskiej. Mężczyźni w grupie przyjmującej topiramat wykazali znaczącą poprawę w zakresie zachowań hazardowych po ukończeniu leczenia, podczas gdy grupa przyjmująca fluwoksaminę nie wykazała żadnej

poprawy. Dannon i in. (2005b) porównali skuteczność 12-tygodniowego leczenia bupropionem ($n = 17$) o długotrwałym uwalnianiu oraz naltreksonem ($n = 19$) w leczeniu problemowego hazardu u 36 mężczyzn – patologicznych hazardzistów. Oba leki okazały się skuteczne w ograniczeniu zachowań hazardowych. Pallesen i in. (2007) przeprowadzili ocenę ilościową 130 badań na temat farmakologicznych podejść do leczenia problemowego hazardu, nie znajdując istotnych różnic w rezultatach leczenia pomiędzy antydepresantami, antagonistami opioidowymi i stabilizatorami nastroju.

2.3.1.6. Podsumowanie

Farmakoterapia okazuje się odpowiednią formą leczenia problemowego hazardu. Metaanalizy Pallesena i in. (2007) wykazały, że po zakończeniu terapii farmakoterapia była bardziej skuteczna niż brak leczenia czy placebo. Badacze tego obszaru zasugerowali jednak, że farmakoterapia może być bardziej przydatna dla klientów ze współistniejącymi problemami takimi jak impulsywność i zaburzenia nastroju (Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal i Ruggle, 2008). Wygląda na to, że wybór konkretnego leku jest zależny od współwystępującej psychopatologii (Dell’Osso, Allen i Hollander, 2005). Badania nad farmakoterapią wykazują pewne ograniczenia, które wpływają na uogólnienie wyników. Dotyczą one małych prób badawczych, braku replikacji wyników, wysokich wskaźników przerywania badań, nadmiernej obecności płci męskiej w grupach reprezentatywnych, dużej rozbieżności w stopniu reakcji na czynniki placebo w badaniach oraz wykluczenia uczestników badań ze współistniejącymi problemami (Brewer i in., 2008; Lancu i in., 2008; Grant, Kim i Potenza, 2008; Pallesen i in., 2007).

2.3.2. Terapie psychologiczne

Literatura przedmiotu prezentuje szereg psychologicznych podejść do terapii hazardu problemowego, m.in. terapie psychoanalityczne, podejścia multimodalne, grupy Anonimowych Hazardzistów, terapie poznawcze, behawioralne oraz połączone poznawczo-behawioralne. Literatura naukowa dotycząca terapii TPB zostanie omówiona bardziej szczegółowo w celu uzasadnienia programu zaprezentowanego w tej książce. Pozostałe psychologiczne metody terapeutyczne stosowane w problemowym hazardzie, które zostały zawarte w literaturze, lecz nie zostały poddane ewaluacji, obejmują terapie rodzinne i dla par, terapię wspierającą, desensytyzację (*eye movement desensitisation and reprocessing – EMDR*), hipno-

zę, biofeedback i akupunkturę (Korn i Shaffer, 2004). Ze względu na to, że skuteczność tych podejść w leczeniu hazardu nie została zbadana i nie są one często stosowane jako metoda leczenia hazardu, nie zostaną omówione w niniejszej książce.

2.3.2.1. Terapia psychoanalityczna

Rozróżnia się trzy główne aspekty teorii psychoanalitycznej w odniesieniu do problemowego hazardu. Pierwszy z nich prezentuje hazard jako „podświadomy substytut pregenitalnych, libidalnych ujęć kojarzonych z kompleksem Edypa”. Kolejny aspekt określa hazard jako pragnienie „doświadczenia kary wynikającej z poczucia winy”, zaś ostatni kategoryzuje go jako środek na nawracające „rekonstrukcje, lecz nie rozwiązania, tego konfliktu” (Allcock, 1986, str. 262). Terapie psychoanalityczne koncentrują się na charakterystyce osobowości narcystycznych i powiązanych mechanizmów obronnych. Szczególna uwaga skierowana jest na źródło i znaczenie indywidualnych emocji oraz zachowań.

Zastosowanie psychoanalizy przy leczeniu problemowych hazardzistów zostało wspomniane w kilku indywidualnych studiach przypadku (Galdston, 1960; Greenson, 1948; Harris, 1964; Lindner, 1950). Wskaźniki skuteczności terapii hazardzistów przy zastosowaniu podejścia psychoanalitycznego zostały ocenione jako niskie (Greenberg, 1980). Badanie Berglera (1957; jedyne badanie przedstawiające rezultaty terapii psychoanalitycznej problemów hazardzistów) wykazało 75-proc. skuteczność terapii (tj. osiągnięcie abstynencji, rozwiązanie głównych konfliktów i zahamowanie zachowań samodestruktywnych). Wskaźnik ten odnosił się jednak do 30% uczestników grupy, którzy zgłosili się na leczenie i ukończyli je (z pominięciem osób, które przerwały leczenie). Badania kontrole nie były dostępne.

Ogólnie rzecz biorąc, większość badań opisanych w literaturze hazardu, w których zastosowano terapię psychoanalityczną w leczeniu problemowych hazardzistów, to studia przypadku nieuwzględniające grup kontrolnych. Co więcej, badania charakteryzują się pewnymi niedociągnięciami metodologicznymi, obejmującymi wybiórczość grupy badawczej, brak akceptowalnych kryteriów wynikowych oraz ograniczoność danych z badań kontrolnych, które podważają rzetelność tych badań (Allcock, 1986). Ponieważ jednak terapia psychoanalityczna jest długoterminowa, może być korzystna dla problemowych graczy ze współistniejącymi zaburzeniami osobowości (Korn i Shaffer, 2004). Zważywszy na odnotowany wysoki wskaźnik seksualnej i fizycznej traumy z okresu dzieciństwa wśród proble-

mowych hazardzistów (np. Kausch, Ruggle i Rowland, 2006), terapia psychoanalityczna może ponadto być skuteczna w leczeniu tej grupy.

2.3.2.2. Terapia multimodalna

Podjęcia terapii multimodalnych w leczeniu problemowych hazardzistów zostały poddane ewaluacji zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Do tej grupy należą następujące podjęcia: 12 kroków, psychoedukacja, TPB, terapia małżeńska i rodzin, zapobieganie nawrotom, doradztwo finansowe, terapia psychoanalityczna itd. Wspomniane terapeutyczne programy multimodalne ograniczyły występowanie problemowych zachowań u hazardzistów. Russo i in. (1984) ocenili skuteczność 30-dniowego programu ambulatoryjnego dla problemowych hazardzistów, obejmującego uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, jak również psychoterapię indywidualną i grupową. Badacze wykazali, że 55% pacjentów płci męskiej, obserwowanych przez 12 miesięcy, po zakończeniu leczenia przyznało się do utrzymania abstynencji. W podobnym badaniu Taber i in. (1987) dowiedli, że 56% grupy 57 pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych i obserwowanych przez 6 miesięcy utrzymało abstynencję po zakończeniu leczenia. Lesieur i Blume (1991) w swoich badaniach wykazali, że 64% grupy 72 pacjentów leczonych w warunkach laboratoryjnych, obserwowanych przez okres od 6 do 14 miesięcy, po ukończeniu leczenia deklarowało zaprzestanie zarówno nadużywania substancji psychoaktywnych, jak i uprawiania hazardu. Schwarz i Lindner (1992) wskazali na rezultaty leczenia (medyczne, zawodowe, indywidualne, rodzinne i terapii grupowej) programu ambulatoryjnego w Niemczech wśród problemowych hazardzistów płci męskiej. Zaznaczyli, że 71% z 49 pacjentów obserwowanych przez rok od zakończenia leczenia deklarowało abstynencję, natomiast spośród 25 pacjentów obserwowanych przez dwa lata od zakończenia leczenia utrzymanie abstynencji deklarowało 62%. Niektóre z tych badań w warunkach ambulatoryjnych wykazały, że abstynencja była również związana z poprawą funkcjonowania psychospołecznego (Lesieur i Blume, 1991; Taber i in., 1987). Głównym ograniczeniem tych badań była dominacja mężczyzn w składzie prób badawczych oraz ambulatoryjny charakter leczenia (Petry, 2003).

Stinchfield i Winters (1996) ocenili skuteczność sześciu ambulatoryjnych multimodalnych programów terapeutycznych ($n = 1342$) problemowych hazardzistów w Minnesocie (USA). Osoby, które zakończyły program leczenia, wykazały znaczącą poprawę w zakresie zachowań hazardowych i problemów psychospołecznych w ciągu roku po zakoń-

czeniu leczenia. Badanie pokazało, że abstynencję po 6 i 12 miesiącach od momentu zakończenia leczenia deklarowało odpowiednio 43% i 42% osób. Co więcej, 29% i 24% osób uprawiało hazard mniej niż raz w miesiącu odpowiednio do 6 i 12 miesiąca po zakończeniu leczenia. W 2001 r. Stinchfield i Winters przedstawili rezultaty terapeutyczne czterech z sześciu multimodalnych programów terapeutycznych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych ($n = 568$), pierwotnie ocenionych w ich badaniu z 1996 roku. Dwa programy nie zostały uwzględnione, ponieważ opierały się na metodach terapeutycznych odbiegających od tych, które stosowano w czterech pozostałych programach. Terapia multimodalna obejmowała program 12 kroków, terapię indywidualną, grupową i rodzinną, edukację i doradztwo finansowe. Utrzymanie abstynencji do 6 i 12 miesiąca po ukończeniu leczenia wykazało odpowiednio 28% oraz 18% obserwowanych pacjentów. Odpowiednio 20% i 18% pacjentów poinformowało, że uprawia hazard mniej niż raz w miesiącu w 6 i 12 miesiącu po ukończeniu leczenia. U prawie połowy pacjentów w szóstym miesiącu obserwacji częstotliwość grania znacząco się poprawiła (zmniejszyła). W okresie kontrolnym (po leczeniu) dostrzeżono również istotną poprawę w porównaniu do okresu przed leczeniem w odniesieniu do częstotliwości grania, nasilenia problemów spowodowanych grą, wysokością stawek, liczbą grających znajomych, problemami psychospołecznymi i problemami finansowymi. Ograniczenia tego badania wiążą się ze znacznym odsetkiem pacjentów, którzy przerwali 12-miesięczną obserwację (po zakończeniu leczenia), brakiem grupy kontrolnej i brakiem oceny opartej na opisie własnych zachowań (*self-report*).

Ze względu na dużą różnorodność elementów terapeutycznych zastosowanych w kombinacji z multimodalnym programem terapeutycznym trudno jest określić skuteczność pojedynczego elementu terapeutycznego. Co więcej, ponieważ terapie były przeprowadzane w naturalnym otoczeniu, nie zastosowano grup porównawczych.

2.3.2.3. Anonimowi Hazardziści (AH)

Anonimowi Hazardziści to grupa samopomocowa opierająca swoje działanie na programie 12 kroków dla osób doświadczających problemów hazardowych. Obecnie brakuje badań weryfikujących skuteczność AH w leczeniu problemowego hazardu (Oei i Gordon, 2008). Wczesne badania wykazały, że w przypadku AH występują wysokie wskaźniki nieukończenia leczenia (70–90%; Rosecrance, 1988; Stewart i Brown, 1988). Stewart i Brown (1988) na podstawie obserwacji 20 członków AH

zauważyli, że po odbyciu pierwszego spotkania dziewięć osób nie pojawiło się na kolejnych sesjach (Stewart i Brown, 1988). Spotkania Anonimowych Hazardzistów zazwyczaj przynoszą korzyści jedynie nielicznym graczom. Stewart i Brown (1988) zauważyli, że po roku od pierwszego spotkania tylko 7%, a po dwóch latach 8% członków Anonimowych Hazardzistów poinformowało o abstynencji (Stewart i Brown, 1988).

Badania nad multimodalnymi podejściami do terapii (np. Russo i in., 1984; Taber i in., 1987), które obejmowały uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, wykazały, że obecność w tego rodzaju grupach wsparcia poprawia rezultaty leczenia. Badanie Tabera i in. (1987) nad problemowymi hazardzistami, którzy byli poddani terapiom multimodalnym, odnotowało, że 74% osób, które uczestniczyły przynajmniej w trzech spotkaniach AH w poprzedzającym miesiącu, pozostało w abstynencji. Jednakże tylko 42% „aktywnych” hazardzistów poinformowało o uczestnictwie w tych spotkaniach. Badając grupę 342 problemowych graczy zgłaszających się na leczenie, Petry (2003) uwzględnił uczestnictwo w spotkaniach AH poprzedzających leczenie profesjonalnymi programami terapeutycznymi. Wnioski z badań wykazały, że w dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia programem TPB osoby, które uprzednio uczestniczyły w spotkaniach, wykazały się większą skłonnością do zachowania abstynencji (48%) w porównaniu do osób, które nie brały udziału w tych spotkaniach (36%). Co więcej, liczba odbytych spotkań Anonimowych Hazardzistów oraz sesji ukończonych od momentu rozpoczęcia programu pozytywnie korelowały z abstynencją od hazardu (Petry, 2003). Osoby, które uczestniczyły w spotkaniach AG oraz w terapiach profesjonalnych lub multimodalnych, były bardziej skłonne do powstrzymania się od uprawiania hazardu niż osoby, które polegały tylko na tych terapiach. Jednakże wyciągnięcie jednoznacznego wniosku wiążącego uczestnictwo na spotkaniach Anonimowych Hazardzistów ze zmniejszeniem problemu hazardowego nie było możliwe, ze względu na brak randomizacji badania (Petry, 2003).

W kontrolnym randomizowanym badaniu na próbie 231 problemowych graczy Petry i in. (2006) porównali uczestnictwo w spotkaniach AH, uczestnictwo w spotkaniach AH połączone z zastosowaniem ćwiczeń w ramach programu TPB oraz uczestnictwo w spotkaniach AH połączone z odbyciem ośmiu indywidualnych sesji z terapeutą. Badacze wykazali, że pomimo odnotowanego ograniczonego uprawiania hazardu w całej grupie osoby, które zrealizowały osiem sesji TPB i dodatkowo wzięły udział w spotkaniach AH, ograniczyły uprawianie hazardu w większym

stopniu niż osoby, które wzięły udział tylko w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów.

2.3.2.4. Terapia behawioralna

Behawioralne teorie hazardu postulują, że uprawianie hazardu jest zachowaniem wyuczonym, zachodzącym w wyniku procesów wzmacniania. Wyróżniono kilka czynników wzmacniających, m.in. korzyści finansowe (Custer, 1982; Moran, 1970), pobudzenie lub podekscytowanie (Brown, 1986) oraz unikanie negatywnych stanów psychologicznych (Błaszczynski i in., 1986; McConaghy, Armstrong, Błaszczynski i Allcock, 1988). Badania nad terapią behawioralną stanowią obszerną część literatury naukowej dotyczącej hazardu problemowego. Wczesne terapie behawioralne oparte na zasadach uczenia się (tj. modyfikacji behawioralnej) obejmowały m.in. terapię awersyjną, stosującą bodźce fizyczne bądź obrazowe (Barker i Miller, 1968; Goorney, 1968; Seager, 1970). Celem tychże terapii było zmniejszenie wzmocnienia pozytywnego związanego z hazardem oraz spotęgowanie wzmocnienia negatywnego (Petry, 2002). Kolejne terapie behawioralne w leczeniu hazardu problemowego opisane w literaturze przedmiotu dotyczyły kontrolowanego poradnictwa hazardowego bądź behawioralnego (Dickerson i Weeks, 1979; Rankin, 1982), wzmocnienia pozytywnego abstynencji od hazardu, umów warunkowych (Cotler, 1971), intencji paradoksalnej (Victor i Krug, 1967), ukrytej sensytyzacji (Bannister, 1977; Cotler, 1971) i systematycznej desensytyzacji (Kraft, 1970). Jednakże większość z tych badań charakteryzowały małe próby badawcze oraz brak grup porównawczych (Brewer i in., 2008).

Kilka podejść behawioralnych zostało zbadanych z użyciem większych prób. McConaghy, Armstrong, Błaszczynski i Allcock (1983) losowo przypisali 20 osób do terapii awersyjnej albo do desensytyzacji obrazowej. Po upływie jednego miesiąca osoby w grupie poddanej desensytyzacji obrazowej, w porównaniu z grupą poddaną terapii awersyjnej, odnotowały obniżoną chęć gry i innych zachowań związanych z hazardem oraz wykazały obniżony lęk jako stan. Po upływie roku osoby te wykazały ponadto niższy poziom lęku, zarówno jako stan, jak i cecha. McConaghy i in. (1988) przeprowadzili kontrolowane, randomizowane badanie skuteczności desensytyzacji obrazowej ($n = 10$) w porównaniu do relaksacji obrazowej ($n = 10$). Obie grupy wykazały istotną redukcję stanów lękowych w pierwszym miesiącu obserwacji oraz lęku jako cechy po roku obserwacji. Osoby o niższym poziomie lęku w obu grupach ograniczyły uprawianie hazardu. McConaghy, Błaszczynski i Frankova

(1991) losowo przydzielili 120 problemowych graczy do grupy desensytyzacji obrazowej ($n = 60$) lub do innych behawioralnych procedur (tj. relaksacji obrazowej ($n = 20$), terapii awersyjnej ($n = 20$), ekspozycji in vivo ($n = 10$) oraz wydłużonej ekspozycji in vivo ($n = 10$)). Nawiązano kontakt z 63 uczestnikami badań w drugim i dziewiątym roku obserwacji. Dwadzieścia sześć z 33 osób, które ukończyły desensytyzację obrazową, odnotowało redukcję w uprawianiu hazardu lub abstynencję od hazardu w porównaniu do 16 z 30 osób poddanych innym formom terapii behawioralnej.

Nowsze badania nad zastosowaniem terapii behawioralnej w leczeniu problemowych hazardzistów zweryfikowały skuteczność ekspozycji w leczeniu hazardu problemowego. Echeburúa i in. (2000), badając grupę 69 zgłaszających się na leczenie problemowych graczy automatów do gier (60 mężczyzn oraz 9 kobiet) ocenili skuteczność kontroli bodźcowej oraz ekspozycji przy zapobieganiu reakcji w dwóch formach (grupowej i indywidualnej) w porównaniu do grupy kontrolnej niepoddanej leczeniu. Badacze udowodnili, że grupa w warunkach terapeutycznych (w obu formach) miała wyższe wskaźniki skuteczności (2 epizody grania lub mniej) niż grupa w warunkach kontrolnych. Liczne dowody w postaci studiów przypadku potwierdzają korzyści płynące z zastosowania kontroli bodźcowej oraz ekspozycji z blokowaniem reakcji w leczeniu hazardu problemowego (Amor i Echeburúa, 2002; Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2002). Symes i Nicki (1997) udowodnili, że technika ekspozycji i blokowania reakcji doprowadziła do istotnych redukcji zachowań hazardowych i chęci gry u dwóch patologicznych graczy. W kolejnym badaniu Tolchard, Thomas, i Battersby (2006) zastosowali terapię stopniowej ekspozycji, aby leczyć hazardzistów z problemem nadużywania automatów do gier. Wyniki badania ukazały istotne obniżenie nasilenia uprawiania hazardu i współwystępujących problemów, takich jak depresja.

Technika samowykluczenia jest formą terapii behawioralnej częściej stosowaną w połączeniu z innymi formami terapii. Głównym jej założeniem jest dobrowolne narzucenie sobie przez hazardzistów zakazu wchodzenia do miejsc, w których uprawia się hazard. Ladouceur, Jacques, Giroux, Ferland i Lebond (2000) ocenili cechy charakterystyczne 220 graczy z Kanady, którzy wykluczyli samych siebie z uprawiania hazardu w kasynach. Jakkolwiek większość uczestników było pewnych, że samowykluczenie uniemożliwi im wejście do kasyna, tylko 30% z nich powstrzymało się od grania. Trzydziestu sześciu badanych przyznało się do odwiedzin w kasynie średnio sześć razy w czasie trwania leczenia.

Co więcej, prawie połowa oznajmiła, że grała w inne rodzaje gier. O'Neil i inni (2003) wykazali, że z grupy 933 graczy z Australii, którzy w latach 1996–2000 sami wykluczyli się z różnych miejsc, w których uprawia się hazard, 15% weszło do zabronionego miejsca średnio 3,2 raza. Z powodu problemów metodologicznych możliwości uogólnienia tych wyników są jednak ograniczone (Błaszczynski, Ladouceur i Nower, 2007). Ladouceur, Sylvain i Gosselin (2007) przeprowadzili dwuletnie badanie kontrolne oceniające efektywność samowykluczenia wśród 161 badanych. Wynikiem obserwacji po zakończeniu badania było odnotowanie obniżonej chęci gry oraz wzrost kontroli odczuwanej przez badanych. Zauważono również redukcję negatywnych konsekwencji grania (np. obniżonego nastroju, problemów zawodowych). Niedawno Tremblay, Boutin i Ladouceur (2008) ocenili skuteczność zaktualizowanego programu samowykluczenia z udziałem 116 uczestników. Program obejmował „wstępną, dobrowolną ewaluację, wsparcie telefoniczne i spotkanie obowiązkowe” pod koniec okresu samowykluczenia (str. 505). W porównaniu z okresem przed leczeniem po leczeniu odnotowano poprawę w zakresie ilości czasu spędzonego na graniu oraz wydanych pieniędzy, negatywnych rezultatów gry i problemowych zachowań hazardowych, jak również poprawę nastroju. Powyższe badania wykazały, że pomimo ograniczonego poparcia empirycznego programy samowykluczenia mogą być skuteczne dla niektórych graczy problemowych.

Pomimo ewidentnych postępów w rozwoju terapii behawioralnej patologicznego hazardu wciąż zauważalne są istotne niedociągnięcia metodologiczne. Większość badań nad terapią (zwłaszcza tych wcześniejszych) przeprowadzona została na małych grupach, w krótkich okresach kontrolnych, bez porównań z innymi terapiami. Zarówno zmienne zależne, jak i kryteria skuteczności oraz cele terapii zostały nieodpowiednio sprecyzowane i zoperacjonalizowane (Allcock, 1986). Powszechny jest także brak kontrolowanego porównania pomiędzy dwiema terapiami czy pomiędzy terapią a leczeniem placebo; często stosuje się kombinację kilku technik jednocześnie, co uniemożliwia identyfikację aktywnego składnika (Błaszczynski i Silove, 1995).

Od niedawna w leczeniu uzależnień od hazardu stosuje się terapie behawioralne połączone z terapią poznawczą (zob. dalsze rozdziały). W związku z powyższym w literaturze przedmiotu trudno jest się natknąć na najnowsze badania dotyczące wyłącznie behawioralnej terapii patologicznego hazardu.

2.3.2.5. Terapia poznawcza

Według teorii poznawczych rozwój i utrzymanie się uzależnienia od hazardu wynikają z irracjonalnych myśli związanych ze zdolnością jednostki do kontrolowania i przewidywania wyniku gier hazardowych. Terapia poznawcza patologicznego hazardu przewiduje przybliżenie klientowi pojęć przypadkowości, losowości i irracjonalności. Klient otrzymuje pomoc przy identyfikacji i restrukturyzacji irracjonalnej percepcji (tzn. błędnej percepcji pojęcia losowości i systemów zakładów, przesądów związanych z grami hazardowymi, tendencyjności pamięci czy błędów dotyczących związków przyczynowo-skutkowych) oraz przy formułowaniu racjonalnej percepcji (Korn i Shaffer, 2004).

Pierwsze badania, które udowodniły skuteczność terapii poznawczej w leczeniu uzależnienia od hazardu, przedstawiały wyniki testów na czterech graczach wideo pokera (Ladouceur, Sylvain, Duval i Gaboury, 1989). Następnie Gaboury i Ladouceur (1990) przedstawili badania, w których ocenili skuteczność restrukturyzacji poznawczej u 60 graczy w ruletkę. Odkryli, że w grupie terapeutycznej nastąpiło znaczne ograniczenie irracjonalnych werbalizacji i podejmowanego ryzyka, a wzrosły werbalizacje racjonalne. Ladouceur, Sylvain, Letarte, Giroux i Jacques (1998) zbadali skuteczność restrukturyzacji poznawczej u pięciu patologicznych hazardzistów. Czterej z nich odczuwali mniejszą chęć gry oraz ograniczone zachowania hazardowe, przy czym zwiększyło się ich poczucie kontroli. Wyniki badań utrzymywały się przez sześciomiesięczny okres kontrolny.

Ladouceur i in. (2001) zrealizowali randomizowane kontrolowane badania kliniczne, w których 66 hazardzistów zostało poddanych terapii poznawczej ($n = 35$) lub umieszczonych w grupie kontrolnej oczekujących na leczenie ($n = 29$). Wyniki post-testu pokazały, że grupa poddana terapii spełniała mniej kryteriów diagnostycznych, wykazywała mniejszą chęć gry, przejawiała większe poczucie kontroli nad hazardem i większe poczucie własnej skuteczności (pewności), rzadziej uprawiała hazard i wydawała mniej pieniędzy. Postępy w zasadzie utrzymywały się po upływie 6 i 12 miesięcy. Później Ladouceur i in. (2003) badali skuteczność grupowej terapii poznawczej patologicznego hazardu ($n = 34$) w porównaniu do grupy kontrolnej osób oczekujących na leczenie ($n = 24$). Według wyników post-testu 88% osób poddanych terapii przestało spełniać kryteria diagnostyczne DSM-IV dla patologicznego hazardu w porównaniu do zaledwie 20% grupy kontrolnej. Sukcesy terapeutyczne utrzymywały się po upływie 6, 12 i 24 miesięcy.

Podobnie jak w przypadku leczenia behawioralnego terapii poznawczej nie stosuje się ostatnio w oderwaniu od innych terapii – w przypadku leczenia patologicznego hazardu łączy się ją z terapią behawioralną (zob. następny rozdział).

2.3.2.6. Terapia poznawczo-behawioralna

Teorie poznawczo-behawioralne na temat uzależnienia od hazardu łączą teorie poznawcze i behawioralne, o których mowa w dwóch poprzednich rozdziałach. Zgodnie z tymi teoriami do rozwoju i utrwalenia patologicznego hazardu przyczyniają się nikłe zdolności radzenia sobie. W literaturze przedmiotu opisuje się wiele poznawczo-behawioralnych modeli uzależnienia od hazardu (np. Blaszczynski i Nower, 2002; Raylu i Oei, 2009; Sharpe, 2002; Sharpe i Tarrier, 1993).

Terapia poznawczo-behawioralna (TPB) skupia się na zmianie dysfunkcyjnych myśli i zachowań, które przyczyniają się do trwania w stanie uzależnienia. TPB obejmuje wiele technik terapeutycznych, m.in. ekspozycję *in vivo*, metodę systematycznej desensytyzacji, zapobieganie nawrotom, rozwiązywanie problemów oraz rozwijanie umiejętności społecznych i umiejętności radzenia sobie (Tavares, Zilberman i El-Guebaly, 2003). Najwcześniejsze badania z powodzeniem wykorzystujące techniki zarówno poznawcze, jak i behawioralne w leczeniu patologicznego hazardu przeprowadzane były na pojedynczych przypadkach (Bannister, 1977; Toneatto i Sobell, 1990). Badania te wykazały, że zarówno nasilenie, jak i częstotliwość zachowań hazardowych oraz chęci do uprawiania hazardu zmalały dzięki udziałowi w TPB. Bujold, Ladouceur, Sylvain i Boisvert (1994) ocenili skuteczność programu TPB na przykładzie trzech patologicznych hazardzistów (procedury obejmowały terapię poznawczą, rozwiązywanie problemów i zapobieganie nawrotom). Po zakończeniu terapii wszyscy uczestnicy zadeklarowali abstynencję od hazardu, większe poczucie kontroli nad hazardem oraz odczucie mniejszego nasilenia problemów z hazardem. Poprawa utrzymywała się w 9-miesięcznym okresie kontrolnym. Arribas i Martinez (1991) zbadali skuteczność programu TPB na grupie czterech nałogowych hazardzistów (terapia poznawcza, zapobieganie nawrotom, kontrola bodźców i powstrzymanie reakcji, terapia rodzinna i ekspozycja). U wszystkich uczestników zauważono poprawę po zakończeniu terapii.

Większość wczesnych badań nad zastosowaniem TPB w leczeniu patologicznego hazardu odbywała się przy udziale małych grup złożonych głównie z mężczyzn, bez losowego doboru przydzielanej terapii, bez

grupy kontrolnej. Późniejsze badania oceniały skuteczność TPB w porównaniu do wyników pretestowych lub do grup kontrolnych oczekujących na leczenie. Sylvain i in. (1997) losowo przypisali 29 patologicznych hazardzistów do grupy kontrolnej oczekujących na leczenie lub do programu TPB (składającego się z terapii poznawczej, nauki rozwiązywania problemów, rozwoju umiejętności społecznych i zapobiegania nawrotom). Badacze stwierdzili, że leczenie doprowadziło nie tylko do zmniejszenia częstotliwości epizodów hazardowych i kwot przeznaczonych na hazard, ale również do silniejszego poczucia kontroli nad hazardem. W 6- i 12-miesięcznym okresie kontrolnym wykazano ponadto utrzymywanie się poprawy u 85% badanych. Także Ladouceur i Sylvain (1999) badali skuteczność programu TPB u patologicznych hazardzistów. Hazardziści zostali losowo przypisani do grupy poddanej leczeniu albo do grupy kontrolnej oczekujących na leczenie. Terapia obejmowała te same techniki, które zostały zastosowane przez Sylvaina i in. (1997). Rezultaty wykazały znaczące zmiany dla wszystkich kryteriów końcowych (m.in. częstotliwości uprawiania hazardu i chęci gry oraz zwiększonej percepcji kontroli i poczucia własnej skuteczności) w grupie poddanej leczeniu. Analiza danych z 6- i 12-miesięcznego okresu kontrolnego wykazała utrzymywanie się sukcesów terapeutycznych.

Echeburúa, Báez i Fernández-Montalvo (1996) porównali skuteczność odrębnych składowych TPB w grupie 64 patologicznych hazardzistów. Uczestnicy zostali losowo przydzieleni do jednej z czterech grup terapeutycznych: terapii indywidualnej z wykorzystaniem kontroli bodźcowej i ekspozycji *in vivo* z blokowaniem reakcji, grupowej restrukturyzacji poznawczej, kombinacji dwóch powyższych oraz grupy kontrolnej oczekujących na leczenie. Terapia indywidualna z wykorzystaniem kontroli bodźcowej i ekspozycji z blokowaniem reakcji przyniosła lepsze efekty niż terapia łączona, której rezultaty nie różniły się od tych w grupowej terapii poznawczej czy w grupie kontrolnej. Klienci należący do grupy terapii indywidualnej zgłaszali znacznie mniejszą ingerencję hazardu w życie codzienne niż ci z grupy kontrolnej. Każda z grup eksperymentalnych wykazywała znaczące ograniczenie stanów depresyjnych w przeciwieństwie do grupy kontrolnej. Sześciomiesięczny okres kontrolny nie wykazał statystycznie istotnych różnic w powodzeniu leczenia (tj. abstynencja lub jeden-dwa epizody nieprzekraczające wysokości tygodniowej przegranej przed leczeniem) pomiędzy terapią indywidualną (75%) a terapią grupową (62,5%).

Większość badań nad sukcesami TPB w leczeniu uzależnienia od hazardu opiera się na formacie indywidualnym. Jiménez-Murcia i in. (2007) badali skuteczność opartego na podręczniku programu TPB złożonego z 16 sesji i przeprowadzonego w grupie 290 nałogowych hazardzistów leczonych ambulatoryjnie. W rezultacie niemal trzy czwarte uczestników zadeklarowało abstynencję po zakończeniu terapii, a prawie 80% uczestników trwało w abstynencji w 6-miesięcznym okresie kontrolnym. Dowling, Smith i Thomas (2007) porównali skuteczność programu TPB złożonego z 16 sesji, opartego zarówno na pracy indywidualnej, jak i grupowej, w grupie 56 kobiet uzależnionych od automatów do gier hazardowych. Uczestniczki zostały losowo przydzielone do grupy kontrolnej oczekujących na leczenie, grupowej terapii TPB lub indywidualnej terapii TPB. Badacze odkryli, że ogólne efekty leczenia były podobne dla obu grup terapeutycznych. Jednakże wyniki dotyczące samooceny i lęku jako stanu w grupie poddanej terapii grupowej nie okazały się lepsze od grupy kontrolnej. Co więcej, po 6-miesięcznym okresie kontrolnym odsetek osób nadal spełniających kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu wg DSM-IV był wyższy w grupie poddanej terapii grupowej TPB (tj. 40%) niż w grupie indywidualnej (tj. 8%).

Kilkoro badaczy porównało ponadto zastosowanie TPB w leczeniu problemowego hazardu z uczestnictwem w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, prezentując sprzeczne wyniki. Petry i inni (2006) porównali w grupie 231 osób poddanych badaniu uczestnictwo w spotkaniach grup wsparcia Anonimowych Hazardzistów, uczestnictwo w spotkaniach AH w połączeniu z zastosowaniem ćwiczeń z zakresu programu TPB oraz uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów w połączeniu z odbyciem ośmiu indywidualnych sesji TPB. Jak wspomniano powyżej, Petry i in. (2006) wykazali, że osoby poddane indywidualnej TPB odnotowały bardziej ograniczone uprawianie hazardu w porównaniu z grupą Anonimowych Hazardzistów. Co więcej, osoby poddane indywidualnej TPB wykazały największą redukcję w zakresie symptomów psychospołecznych i utrzymywania się korzystnych rezultatów terapii w 6 i 12 miesiącu obserwacji. Toneatto i Dragonetti (2008) porównali 8 sesji TPB ($n = 65$) i 8 spotkań AH ($n = 61$). W dwunastym miesiącu kontrolnym pomiędzy obiema grupami nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zmiennych takich jak częstotliwość grania, wskaźniki abstynencji i wysokość zakładu.

Istnieje również dowód na to, że TPB może wzmocnić skuteczność innych podejść terapeutycznych. Wykazano niedawno, że terapia farma-

kologiczna w połączeniu z TPB może być korzystniejszym rozwiązaniem niż każda z tych terapii zastosowana pojedynczo. Ravindran i in. (2006) porównali skuteczność trzech podejść do terapii patologicznego hazardu w 16-tygodniowym badaniu prospektywnym. Podział na trzy grupy obejmował zastosowanie samego leku paroksetyny ($n = 12$), TPB i paroksetyny ($n = 10$) oraz TPB i placebo ($n = 12$). Leczenie ukończyło 19 uczestników. Osoby w grupie, w której zastosowano paroksetynę oraz TPB, wykazały najszybszą redukcję objawów hazardu (użyte narzędzie – *Gambling Symptom Assessment Scale*; Kim i in., 2001) w porównaniu do pozostałych grup. Osoby w tej grupie wykazały ponadto znacząco mniej zachowań hazardowych po zakończeniu leczenia w porównaniu z grupą, w której zastosowano wyłącznie paroksetynę. Badacze zasugerowali skuteczność TPB w leczeniu problemowego hazardu. Niemniej jednak włączenie paroksetyny do leczenia metodą TPB mogło przynieść grupie problemowych hazardzistów dodatkowe korzyści.

Kilku autorów zwróciło uwagę na skłonność problemowych hazardzistów do przejawiania niskiej motywacji wobec podjęcia terapii, co znajdowało odzwierciedlenie w wysokich wskaźnikach przerywania leczenia oraz występowania nawrotów (Bolen i Boyd, 1968; Greenberg, 1980). W rezultacie w wielu badaniach oceniano techniki zwiększania motywacji i stosowania się do zaleceń leczenia w połączeniu z TPB, aby poprawić rezultaty terapii. Wulfert i in. (2006) ocenili skuteczność programu leczenia składającego się z TPB i dialogu motywującego w grupie 9 patologicznych hazardzistów (w większości osoby typujące zakłady konne), którzy zgłosili się na leczenie. Wskaźnik przerywania leczenia był niższy niż w grupie kontrolnej, która składała się z 12 graczy poddanych regularnemu leczeniu w tej samej placówce. W grupie patologicznych hazardzistów odnotowano również znaczącą poprawę stylu życia oraz zachowań hazardowych. W uniwersyteckim ośrodku stacjonarnego leczenia Milton i in. (2002) losowo przydzielili 40 patologicznych graczy (29 mężczyzn i 11 kobiet) do grupy poddanej TPB (psychoedukacja, restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie problemów i zapobieganie nawrotom) lub do grupy TPB w połączeniu z technikami zwiększającymi motywację i stosowanie się do zaleceń leczenia (tj. uczestnictwo we wszystkich sesjach terapeutycznych). Programy terapeutyczne opracowane w celu zwiększenia motywacji i stosowania się do zaleceń leczenia opierały się na wzmocnieniach poprzez zachęcanie i pochwałę na różnych etapach leczenia i rekrutacji do leczenia: wysyłanie notatek przypominających o wizytach, dostarczanie pacjentom wyników badań, kontakt z pacjentami po pierw-

szej opuszczonej przez nich sesji i podkreślanie pozytywnego wpływu uczestnictwa w terapii na rezultaty leczenia. Między sesjami pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie „tabeli przemyślanych decyzji” (*decisional balance sheet*). Podczas leczenia pomagano pacjentom w identyfikowaniu i eliminowaniu trudności w zmianie poprzez rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów. Pozytywnie wzmacniano także zdolność pacjentów do ukończenia leczenia. Badacze wykazali, że po ukończonym leczeniu istotnie mniej osób przerwało leczenie w grupie poddanej terapii TPB, obejmującej techniki motywujące, które poprawiły stosowanie się do zaleceń leczenia, w porównaniu z grupą poddaną wyłącznie terapii TPB (odpowiednio 35% i 65%). Nie zaobserwowano jednak różnic w rezultatach leczenia w dziewiątym miesiącu obserwacji dwóch grup poddanych terapii, biorąc pod uwagę: kryteria wywiadu diagnozującego patologiczny hazard, tj. *Structured Clinical Interview for Pathological Gambling* (Anjou, Milton i Roberts, 2000; Walker, Milton i Anjou, 1999; Walker i in., 1999), odsetek dochodów przeznaczonych na hazard oraz wyniki wywiadu *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur i Blume, 1987).

Hodgins, Currie i El-Guebaly (2001) losowo przydzielili 121 osób do trzech grup: (1) grupa kontrolna osób oczekujących na leczenie, (2) grupa motywowana do leczenia przy użyciu telefonu oraz z zastosowaniem samopomocowego podręcznika do ćwiczeń opartego na programie TPB złożonym z treningów wyznaczania celów, radzenia sobie i zapobiegania nawrotom oraz (3) grupa stosująca wyłącznie samopomocowy podręcznik oparty na programie TPB. Wyniki pokazały, że osoby które były motywowane do leczenia przez telefon i z zastosowaniem samopomocowego podręcznika TPB, uzyskały lepsze rezultaty leczenia niż osoby, które zastosowały wyłącznie samopomocowy podręcznik TPB już w trzecim i piątym miesiącu obserwacji po zakończeniu leczenia. W dwunastym miesiącu obserwacji po zakończeniu leczenia różnica pomiędzy grupami była istotna tylko u osób w mniejszym stopniu przejawiających problemy hazardowe. Hodgins, Currie, El-Guebaly i Peden (2004) przeprowadzili dwuletnią obserwację dwóch grup uczestników poddanych terapii w ramach badania Hodginsa i in. (2001). Dwuletni okres obserwacji z powodzeniem zakończyło 52 uczestników. Badacze odnotowali, że różnica pomiędzy dwiema grupami terapeutycznymi w odniesieniu do liczby uczestników utrzymujących abstynencję przez okres 6 miesięcy była nieznaczna. Jednakże osoby badane motywowane do leczenia za pomocą telefonu oraz stosujące samopomocowy podręcznik do ćwiczeń TPB grały rzadziej, przegrały mniej pieniędzy i uzyskały niższe wyniki w skali pro-

blemowego hazardu (przy użyciu wywiadu SOGS), w przeciwieństwie do uczestników, którzy zastosowali tylko podręcznik do ćwiczeń TPB.

Całkiem niedawno Oei, Raylu i Casey (2009) porównali program TPB opisany w tej książce w rozbiciu na formaty indywidualny i grupowy. Dobrowolnymi uczestnikami badania byli patologiczni hazardziści ($n = 102$), rekrutowani za pomocą mediów, prasy, Internetu oraz ogłoszeń umieszczonych na różnych stronach internetowych o tematyce zdrowotnej. Wszyscy uczestnicy zostali zdiagnozowani jako patologiczni gracze (tj. uzyskali wyniki w klasyfikacji DSM-IV i SOGS powyżej 5). Jakkolwiek większość uczestników przyznała się do grania na maszynach hazardowych, próba badawcza składała się z hazardzistów doświadczających problemów związanych z różnymi formami hazardu.

Uczestnicy badania zostali losowo przydzieleni do ukończenia programu TPB, opisanego w tej książce, w indywidualnej formie ($n = 51$), tj. w postaci indywidualnej sesji z terapeutą, lub w formie grupowej ($n = 51$). Zarówno indywidualne, jak i grupowe sesje odbywały się w okresie 6 miesięcy. Sesje indywidualne trwały od 1 do 1,5 godziny oraz odbywały się raz w tygodniu. Sesje grupowe trwały 2,5 godziny oraz odbywały się raz w tygodniu. Wszyscy terapeuci byli psychologami stażystami (tj. ukończyli 4-letnie studia psychologiczne i odbywali praktyki nadzorowane w dziedzinie psychologii klinicznej). Skuteczność programu TPB zweryfikowano z wykorzystaniem szerokiego zakresu zmiennych zależnych. Zmienne te obejmowały częstotliwość grania oraz ilość czasu poświęconego na granie, jak również korelaty hazardu, takie jak chęć gry (za pomocą skali *Gambling Urge Scale*; Raylu i Oei, 2004c), czynniki poznawcze związane z hazardem (za pomocą skali *Gambling Related Cognitions Scale*; Raylu i Oei, 2004b), stan psychiczny (za pomocą skali *Depression Anxiety Stress Scale - 21*; Lovibond i Lovibond, 1995), jakość życia (za pomocą inwentarza *Quality of Life Inventory*; Frisch, 1994), satysfakcja z życia (za pomocą kwestionariusza *Satisfaction with Life Questionnaire*; Diener, Emmons, Larsen i Griffin, 1985) i używanie alkoholu (za pomocą testu *Alcohol Use Disorders Identification Test*; Saunders, Aasland, Babor, de la Puente i Grant, 1993). Spośród 102 uczestników 28 zostało losowo przydzielonych do 6-tygodniowej listy oczekujących na leczenie, przed przydzieleniem do określonego rodzaju terapii. Postępy w leczeniu zostały ocenione po ukończeniu leczenia oraz w szóstym miesiącu obserwacji.

Indywidualny program terapii ukończyło 35 uczestników badania, natomiast 29 uczestników ukończyło program grupowy. Po zakończeniu leczenia i zestawieniu wyników w obu grupach przed leczeniem zaob-

serwowano poprawę we wszystkich zachowaniach hazardowych (tj. częstotliwości uprawiania hazardu i średniej ilości czasu spędzonego dziennie na graniu) i korelatach hazardu (tj. stanie psychicznym, czynnikach poznawczych związanych z uprawianiem hazardu, chęci gry, satysfakcji z życia, jakości życia i używaniu alkoholu). Jednakże w grupie kontrolnej osób oczekujących na leczenie nie odnotowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy wynikami przed leczeniem i po nim. Korzystne rezultaty korelatów hazardu zasadniczo utrzymywały się w szóstym miesiącu obserwacji kontrolnej. Wartości wielkości efektu dla interwencji grupowej i indywidualnej były zasadniczo wyższe w porównaniu z grupą kontrolną. Więcej informacji na temat tego badania: Oei i in. (2009).

2.4. PODSUMOWANIE LITERATURY NA TEMAT TERAPII PROBLEMOWEGO HAZARDU I UZASADNIENIE PROGRAMU TPB OPISANEGO W TEJ KSIĄŻCE

Ogólnie rzecz biorąc, literatura dowodzi, że problemy z hazardem mogą być skutecznie leczone (Echeburúa, 2005; Gooding i Tarrier, 2009; Raylu i Oei, 2002, 2004a). Podejścia farmakologiczne wydają się obiecujące, ale mogą być korzystniejsze dla problemowych hazardzistów z depresją lub współwystępującą wysoką impulsywnością (Echeburúa, 2005). Wielu badaczy, którzy analizowali literaturę na temat problemu hazardu, zgadza się, że leczenie behawioralne, poznawcze, a zwłaszcza terapia poznawczo-behawioralna TPB wg źródeł literackich wydają się prowadzić do najlepszych wyników oraz wydają się najbardziej skuteczne w leczeniu patologicznego hazardu (Toneatto i Millar, 2004; Toneatto i Ladouceur, 2003; Oei i Raylu 2007; Oei, Raylu i Grace, 2008). Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen i Molde (2005) przeprowadzili metaanalizę 37 badań w celu oceny skuteczności terapii psychologicznych w leczeniu problemów z hazardem. Po leczeniu i obserwacji kontrolnej (średnio 17 miesięcy) ustalono, że terapie psychologiczne były znacznie bardziej skuteczne niż ich brak. Korn i Shaffer (2004) przejrżeli źródła poświęcone tematyce psychologicznego leczenia problemowego hazardu i zasugerowali, że terapie, których skuteczność w leczeniu problemowego hazardu poparto najbardziej rzetelnymi dowodami, to terapia behawioralna i TPB. W przeciwieństwie do badań, w których oceniano skuteczność innych metod terapeutycznych w leczeniu problemowego hazardu, badania oceniające skuteczność te-

terapii behawioralnej i TPB były często badaniami klinicznymi z randomizacją, odpowiednią wielkością prób badawczych i okresami obserwacji (zwykle 6–12 miesięcy okresu obserwacji). Według Korna i Shaffera (2004) najrzetelniej udokumentowane podejście terapeutyczne w leczeniu problemowego hazardu to zapobieganie nawrotom. Jest to technika terapeutyczna występująca w modelu TPB (Marlatt i Donovan, 2005). Korn i Shaffer (2004) wykazali również, że brakuje wystarczających dowodów na przydatność innych terapii stosowanych w leczeniu problemu z hazardem, w tym psychodynamicznej, programu 12 kroków, samowykluczenia i terapii awersyjnej. Brakuje ponadto badań oceniających te ostatnie podejścia terapeutyczne, a badania, które istnieją, wykazują ograniczenia metodologiczne ze względu na ich słabe zaprojektowanie, krótki okres obserwacji kontrolnej, niewielkie próby oraz brak grupy kontrolnej lub porównawczej.

Terapie behawioralne, poznawcze i TPB wydają się również mieć kilka zalet w stosunku do innych form leczenia. Po pierwsze, ponieważ TPB jest bardzo ustrukturyzowana, jej zastosowanie może przybierać różne formy (Raylu, Oei i Loo, 2008). Mogą one obejmować m.in. kontakt twarzą w twarz (por. Oei i in., 2009), za pośrednictwem komputera, Internetu lub podręczników samopomocowych (por. Oei i in., 2008). Po drugie, TPB jest zwykle najkrótszą formą terapii w porównaniu z innymi typami leczenia (np. terapią psychodynamiczną). Po trzecie, cechy TPB, takie jak krótki czas trwania, aktywność i skoncentrowanie czynią z niej bardziej opłacalną formę leczenia w porównaniu z pozostałymi. Po czwarte, TPB skupia się na budowaniu nowych umiejętności i wzmocnieniu deficytów umiejętności zmniejszających ryzyko nawrotu. Po piąte, w przeciwieństwie do leków, które są przydatne tylko tak długo, jak są przyjmowane, TPB zapewnia długotrwałe i praktyczne umiejętności, które każdy może stosować na własną rękę, aby radzić sobie z problemami przez resztę swojego życia.

Tak więc, biorąc pod uwagę dowody skuteczności TPB w leczeniu problemowego hazardu i zalety korzystania z takiej formy terapii, logicznym rozwiązaniem jest powstanie książki zawierającej program TPB przeznaczony do leczenia problemów nałogowego hazardu. W związku z tym w kolejnych rozdziałach przyjęto takie właśnie podejście. Informacje przedstawione są w formie instrukcji, aby ułatwić grupom zawodowym zajmującym się leczeniem uzależnień wykorzystanie tej książki jako narzędzia w terapii problemowych hazardzistów.

Sesja 1. Diagnoza

3.1. OMÓWIENIE CELU I UZASADNIENIA SESJI

3.1.1. Cel

Celem tej sesji jest uzyskanie wystarczającej ilości informacji o kliencie w celu opracowania indywidualnej oceny klinicznej i planu leczenia. Ma ona również na celu ocenę celów oraz mocnych i słabych stron klienta. Przed rozpoczęciem leczenia klient może także otrzymać uzasadnienie leczenia i planu terapii.

3.1.2. Uzasadnienie

Ocena obejmuje wywiad, historię leczenia, a także testy psychologiczne (Masters, Burish, Hollon i Rimm, 1987). Ocena i trafna diagnoza odgrywają niezwykle ważną rolę w opracowywaniu i wdrażaniu skutecznego programu leczenia (np. przynoszącego korzystne rezultaty terapeutyczne, spełniającego potrzeby klienta i podtrzymującego pozytywne efekty terapii). Daje również terapeutę i klientowi okazję do zbudowania relacji. Wyniki oceny pozwalają udzielić klientowi informacji zwrotnej, która pomoże mu spojrzeć na swoją sytuację z innej perspektywy. Bieżąca ocena pomoże ponadto w monitorowaniu postępów w realizacji celów leczenia.

Zapewnienie uzasadnienia i krótkiego planu leczenia może pomóc klientowi w uzyskaniu jasnego obrazu jego przebiegu.

Dla terapeutów dysponujących większą znajomością literatury na temat hazardu i związanych z nim problemów ten podrozdział może być zbyt drobiazgowy. Tak szczegółowa ocena wszystkich zmiennych nie jest konieczna w przypadku wszystkich klientów. Uznaliśmy jednak, że taka szczegółowość zapewni terapeutom przeszkolonym w zakresie TPB oraz posiadającym bogate doświadczenie komfort w trakcie przeprowadzania

oceny klienta. Ocena musi ponadto przebiegać w sposób ciągły, a interwencje powinny być dopasowywane do potrzeb klienta (Marlatt, 1988).

3.2. PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY (OCENA)

Wywiad oceniający ma na celu uzyskanie wielu informacji na temat obecnego funkcjonowania klienta, specyfiki jego problemów oraz historii i motywacji do leczenia. Wywiad pozwoli terapeutom na ukończenie formułowania problemów klienta i planu leczenia. Ocena zawiera cztery główne elementy:

- budowanie relacji w kontakcie terapeutycznym (*rapport building*);
- ocenę charakteru obecnych problemów i innych istotnych informacji w celu opracowania oceny klinicznej i planu leczenia;
- ocenę motywacji klienta do zmiany i zwiększenie motywacji poprzez zastosowanie technik motywacyjnych;
- ocenę celów i oczekiwań wobec terapii.

Do zbierania dodatkowych informacji na temat różnych aspektów bezpośrednio lub pośrednio powiązanych z problemami klienta z hazardem można również wykorzystać kwestionariusze. Na przykład kwestionariusz SOGS (South Oaks Gambling Screen; Lesieur i Blume, 1987) może być stosowany do oceny zakresu problemowego hazardu. Skala GRCS (Gambling Related Cognitions Scale; Raylu i Oei, 2004b) może być stosowana do oceny czynników poznawczych związanych z hazardem. Skala GUS (Gambling Urge Scale; Raylu i Oei, 2004c) może być stosowana do oceny chęci uprawiania hazardu. Skala DASS (Depression Anxiety and Stress Scale; Lovibond i Lovibond, 1995) może być stosowana do oceny nastroju klienta.

3.2.1. Budowanie relacji w kontakcie terapeutycznym

Ważną częścią leczenia jest budowanie relacji w kontakcie terapeutycznym, w ramach której terapeuta buduje zaufanie z klientem. Przed rozpoczęciem wywiadu przedstawi się krótko klientowi. Następnie wyjaśni klientowi cel pierwszego spotkania, którym jest poznanie go i zorientowanie się, jakie są jego wzorce hazardowe i wynikające z nich problemy (tj. cel i uzasadnienie tej sesji). Początkowo wywiad powinien mieć charakter nieformalny, ale umożliwiający gromadzenie niezbędnych informacji o kliencie. Możesz rozpocząć rozmowę pytaniem otwartym, takim jak „Proszę powiedzieć własnymi słowami, czego dotyczy pański problem z hazardem”.

3.2.2. Ocena charakteru przedstawionych problemów i innych istotnych informacji w celu opracowania oceny klinicznej i planu leczenia przypadku

W celu opracowania oceny klinicznej i planu leczenia należy zbadać pięć obszarów:

- występujące problemy – charakter dotychczasowych zachowań dysfunkcyjnych (tj. problem główny oraz inne powiązane problemy);
- czynniki predysponujące – czynniki, które mogły warunkować podatność klienta na rozwijanie obecnych zachowań dysfunkcyjnych;
- czynniki wywołujące – czynniki związane z nabyciem bieżących zachowań dysfunkcyjnych;
- czynniki utrwalające – czynniki, które mogą być odpowiedzialne za utrzymywanie się obecnych zachowań dysfunkcyjnych;
- czynniki prognostyczne – czynniki wpływające na proces zdrowienia i skuteczność leczenia.

Informacje uzyskane w tych pięciu obszarach pozwalają terapeutę rozpoznać czynniki poprzedzające oraz konsekwencje zachowań hazardowych klienta, ocenić sposób nabycia tych zachowań, a także to, co obecnie utrzymuje takie zachowania. Informują również terapeutę, dlaczego klient uprawia hazard i nadal gra pomimo ciągłych strat. Pozwalają także na opracowanie planu leczenia specjalnie dostosowanego do problemów i potrzeb klienta.

Podczas tego wstępnego wywiadu należy również uzyskać inne istotne informacje o kliencie, takie jak dane kontaktowe, wiek, płeć, warunki życia, zawód, stan cywilny, wykształcenie.

3.2.2.1. Występujące problemy

Obszar ten obejmuje ocenę głównego problemu klienta (problem hazardu), jak również innych problemów, których klient doświadcza. Uzyskaj informacje na temat charakteru, częstotliwości, czasu trwania i intensywności problemów z hazardem. Na tym etapie pomocne jest zastosowanie DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) do określenia, czy klient spełnia kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu. Generalnie rzecz biorąc, patologiczny hazardzista powinien spełniać co najmniej pięć spośród kryteriów DSM-IV-TR:

- Zaabsorbowanie hazardem (np. obmyślanie sposobów na zdobywanie pieniędzy na hazard lub opracowywanie strategii prowadzących do wygranych)

- Granie przy coraz wyższych stawkach w celu osiągnięcia pożądanego stanu podekscytowania.
- Powtarzające się nieudane próby kontroli lub zaprzestania grania.
- Rozdrażnienie przy próbach kontroli lub zaprzestania grania.
- Uprawianie hazardu jako forma ucieczki od problemów oraz sposób na poprawę nastroju.
- Kontynuowanie gry pomimo przegranych, z zamiarem odegrania się i odzyskania pieniędzy.
- Okłamywanie innych – utrzymywanie w tajemnicy zachowań hazardowych lub konsekwencji grania (np. przegranych pieniędzy).
- Popelnianie czynów niezgodnych z prawem (np. kradzieże) w celu finansowania grania lub spłaty długów hazardowych.
- Ryzykowanie lub zaprzeczanie możliwości (np. w relacjach osobistych i zawodowych) z powodu grania.
- Pożyczanie pieniędzy w celu finansowania grania lub spłaty długów.

Podczas oceny problemowych zachowań związanych z uprawianiem hazardu próbuj zebrać informacje na temat:

- Aktualnych tendencji hazardowych – częstotliwość grania, przegrane kwoty, typy hazardu (automaty, zakłady konne, zakłady sportowe itd.), aktualne wyzwalacze hazardu, odgrywanie się.
- Historii uprawiania hazardu – czas i okoliczności otaczające inicjację grania, czas trwania, wzorce grania w przeszłości (np. częstotliwość i przegrane kwoty), poprzednie wyzwalacze grania, wcześniejsze próby zaprzestania grania (z uwzględnieniem powodów do porzucenia lub ograniczenia uprawiania hazardu, zastosowanych strategii, konsekwencji grania, okresów abstynencji czy kontrolowanego grania, przyczyny nawrotów itd.).
- Zgłaszania się na leczenie – powody zgłaszania się na leczenie, doświadczenie i rezultaty poprzednich terapii.

Inne problemy, które klient może przedstawić, również powinny zostać poddane ocenie. Niektóre z nich mogą dotyczyć:

- Problemów w relacjach – czy klient doświadcza trudności w relacjach z osobami bliskimi z powodu grania? Czy klient jest w trakcie separacji lub rozvodu z partnerem? Czy klient utracił ważne dla niego relacje z powodu hazardu?
- Kłopotów rodzinnych – zbadaj wszelkie problemy rodzinne, łącznie z występowaniem przemocy w rodzinie, przemocy wobec dzieci, konfliktów interpersonalnych, zaniedbywania rodziny itd.
- Problemów finansowych – czy klient jest zadłużony? Komu jest winien pieniądze? Czy klient ogłosił upadłość konsumencką lub zastanawia się nad takim posunięciem? Jaki jest stan zadłużenia klienta spowodowany graniem?
- Problemów zawodowych – czy klient ma pracę? Czy klient doświadcza problemów w środowisku zawodowym? Czy klient niedawno stracił pracę? Czy klient opuszcza pracę z powodu grania?

- Problemów z prawem – określ charakter popełnionych niezgodnie z prawem czynów, nadchodzące rozprawy sądowe i najbardziej prawdopodobne wyniki tych rozpraw, a także wyniki poprzednich postępowań.
- Problemów ze zdrowiem fizycznym – problemowi hazardziści mogą odczuwać różne fizyczne dolegliwości obejmujące chroniczne bóle głowy, problemy z oddychaniem, bóle pleców, bezsenność, bóle klatki piersiowej, choroby układu krążenia, otyłość i drętwienie kończyn. Terapeuta powinien ocenić występujące problemy ze zdrowiem fizycznym klienta i stwierdzić, czy są konsekwencją czy też przyczyną problemów związanych z graniem.
- Problemów natury psychicznej i emocjonalnej – problemowi hazardziści często przejawiają współwystępujące problemy psychiczne i emocjonalne, takie jak stany depresyjne, lęk, stres, obniżone poczucie własnej wartości, nadużywanie substancji psychoaktywnych, poczucie żalu itd. Terapeuta powinien określić występowanie problemów emocjonalnych i psychicznych oraz ocenić, czy objawy te są konsekwencją czy też przyczyną problemów klienta związanych z graniem.
- Prób samobójczych – odnieś się do dodatku C, aby uzyskać informacje na temat badania i prowadzenia klienta suicydalnego. Myśli samobójcze mogą występować u klienta, który komunikuje następujące stwierdzenia:
 - „Nie mogę już tego znieść, próbowałem wszystkiego”.
 - „Wyrzuciłem mojej rodzinie dużo krzywdy i cierpienia. Będzie im lepiej beze mnie”.
 - „Nigdy nie będzie lepiej. Jaki z tego pożytek?”
 - „Nie zasługuję na lepsze życie. Spowodowałem za dużo bólu”.
- Problemów dotyczących sytuacji mieszkaniowej – jakie są obecne warunki mieszkaniowe klienta? Czy klient jest bezdomny lub czy zanosí się na to, że będzie bezdomny?

3.2.2.2. Czynniki predysponujące

Czynniki predysponujące dotyczą zmiennych, które warunkują podatność na doświadczanie problemów związanych z uprawianiem hazardu. Niektóre z tych zmiennych wymienione są poniżej. Aby uzyskać więcej informacji na temat pierwotnych badań prowadzonych nad tymi zmiennymi, patrz: Raylu i Oei (2002) oraz przegląd badań w rozdziale 2 tego podręcznika.

- Hazard w rodzinie – kilka badań wykazało powiązanie pomiędzy uprawianiem hazardu w rodzinie a hazardem problemowym. Dowiedziono występowania mechanizmów modelowania (np. większość nastolatków, którzy uprawiają hazard, wykazuje skłonność do grania z rodziną lub znajomymi). Do grania mogą również predysponować przekonania oraz wartości wynikające z kultury. Niektóre osoby mogą mieć predyspozycje genetyczne do powstawania i rozwoju problemów hazardowych. Konkretnie, dziedziczne cechy biologiczne (np. zaburzenia kontroli impulsów lub

nadwrażliwość na stymulację uwalniania endorfin) mogą warunkować podatność niektórych osób na negatywne wzorce uprawiania hazardu.

- Duże wygrane we wczesnych etapach grania.
- Historia uzależnienia od substancji psychoaktywnych u rodziców lub inne problemy psychiczne.
- Historia przemocy (seksualnej, fizycznej i werbalnej).
- Śmierć rodzica w okresie dojrzewania dziecka.
- Ograniczony kontakt z innymi w szkole i w rodzinie w okresie dzieciństwa.
- Niski nadzór rodzicielski, nieodpowiednie praktyki wychowawcze i występowanie kłopotów rodzinnych w okresie dzieciństwa.
- Osobowość – określone cechy osobowości związane z patologicznym hazardem obejmują impulsywność, poszukiwanie doznań (zwłaszcza granie w kasynie, na automatach i nielegalny hazard), neurotyczność oraz psychotyczność.

3.2.2.3. Czynniki wywołujące

Do czynników wywołujących należą zmienne, które „popychają” gracza do nadmiernego uprawiania hazardu, w konsekwencji rozwijając problem z hazardem. W celu rozpoznania tych czynników należy uzyskać informacje o tym, kiedy (i jak) klient zaczął uprawiać hazard, jak również dowiedzieć się, kiedy hazard stał się problemem. Możliwe czynniki wywołujące hazard przedstawiono poniżej. Aby uzyskać więcej informacji o tych czynnikach, patrz: Raylu i Oei (2002) i przegląd badań w rozdziale 2 tego podręcznika.

- Stresujące lub traumatyczne wydarzenie.
- Negatywny nastrój (np. złość, depresja, frustracja, samotność i lęk).
- Brak stymulacji – znudzenie, niezadowolenie z życia, brak hobby czy zainteresowań.
- Powody finansowe – potrzeba wygrania pieniędzy (np. żeby się uwolnić z kryzysu finansowego, żeby się wzbogacić, żeby kupić określoną rzecz lub żeby wzbudzić szacunek wśród ludzi). Czynniki ten może się pojawiać szczególnie u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym oraz imigrantów.
- Presja rówieśników lub rodziny dotycząca uprawiania hazardu.
- Potrzeba interakcji z innymi osobami.
- Używanie lub nadużywanie substancji psychoaktywnych.
- Zmienne społeczne i kulturowe – niektóre społeczno-kulturowe czynniki, takie jak niedawne zmiany w środowisku (np. migracja, konflikt międzypokoleniowy w rodzinie oraz zmiany w miejscu pracy).
- Problemy w relacjach – zmiany w związkach międzyludzkich takie jak separacje, rozwody, zgony itd.

3.2.2.4. Czynniki utrwalające

Czynniki utrwalające dotyczą podtrzymania uprawiania hazardu przez klienta. Niektóre z nich opisane są poniżej. Aby uzyskać więcej informacji na temat pierwotnych badań nad tymi zmiennymi, patrz: Raylu i Oei (2002) oraz przegląd badań w rozdziale 2 tego podręcznika.

- Zachowania manipulacyjne – problemowi hazardziści często stosują zachowania manipulacyjne w celu kontynuowania grania pomimo przegranych i negatywnych reakcji ze strony rodziny i przyjaciół. Niektóre z nich obejmują:
 - okłamywanie bliskich na temat uprawiania hazardu;
 - szukanie wymówek i usprawiedliwianie utraty pieniędzy (np. zgubienie lub kradzież portfela, błędy w wypłatach wynagrodzenia, nieprzewidziane wydatki);
 - usprawiedliwianie długich nieobecności w domu (np. nadgodziny w pracy, spóźnienie się na autobus, awaria samochodu);
 - obwinianie członków rodziny za swoje zachowania hazardowe, kłótnie czy straty;
 - przekierowanie listów przychodzących pod adresem zamieszkania do skrytek pocztowych.
- Zniekształcenia poznawcze – kontynuowanie gry pomimo znaczących i powtarzających się przegranych wiąże się z występowaniem błędnego myślenia o szansach na wygraną lub błędnej oceny umiejętności wygrywania (tj. przypisywaniem sobie nadzwyczajnych umiejętności przewidywania wyników gier hazardowych). Toneatto (1999) dokonał przeglądu błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu, które są typowe u problemowych hazardzistów (zob. rozdział 5, aby uzyskać więcej informacji na temat określonych błędów w myśleniu). Inne ogólne zniekształcenia poznawcze mogą dotyczyć procesu zdrowienia, postrzegania zachowania hazardowego, konsekwencji problemów związanych z hazardem itd. (zob. rozdział 7 aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje).
- Zdrowie psychiczne – problemowi hazardziści mogą doświadczać kilku konsekwencji zdrowotnych dotyczących problemów fizycznych, emocjonalnych i psychicznych, które mogą pogłębić obecne problemy z hazardem. Negatywne emocje takie jak depresja, lęk, poczucie winy, wstyd oraz złość mogą doprowadzić niektóre osoby do grania. U takich osób negatywne emocje są wynikiem przegranych gier hazardowych lub poczucia rozczarowania ze strony bliskich im osób. Problemowi hazardziści często kontynuują grę, aby uniknąć tych negatywnych emocji. Często nasila to jednak te negatywne emocje tworząc błędne koło. Niektórzy gracze problemowi mogą kontynuować uprawianie hazardu, by radzić sobie z innymi zaburzeniami psychicznymi. Powszechne wśród hazardzistów jest także używanie lub nadużywanie substancji psychoaktywnych. Stosowanie tych substancji może nasilić uprawianie hazardu, ponieważ zaburza zdolność oceny i podejmowania decyzji, potęguje iluzję kontroli oraz prowadzi hazardzistę do kontynuowania gry pomimo znaczących przegranych. Niektórzy problemowi gracze mogą kontynuować używanie substancji, by radzić sobie ze stratami spowodowanymi graniem oraz innymi negatywnymi konsekwencjami gry. Dlatego też terapeuta powinien zbadać obecność (oraz historię występowania) problemów emocjonalnych i psychicznych, jak również odnoszące się do nich doświadczenia oraz rezultaty terapii.

- Zdrowie fizyczne – ciągle uprawianie hazardu może się utrzymywać ze względu na nieprzemijające dolegliwości fizyczne klienta. Dlatego też terapeuta powinien ocenić:
 - czy klient ma problemy ze zdrowiem;
 - czy klient przyjmuje leki na swoje dolegliwości;
 - czy klient był poddany lub jest poddawany jakiejś formie leczenia tych dolegliwości;
 - historię medyczną klienta;
 - doświadczenia klienta związane z terapią, jak również wyniki leczenia w nawiązaniu do problemów wynikających z dolegliwości fizycznych.
- Konsekwencje prawne – trudności finansowe (zadłużenie, straty kapitałowe) mogą prowadzić do konsekwencji prawnych takich jak bankructwo, pożyczki lub przestępstwa popełniane dla korzyści finansowych. Stres z nimi związany może motywować do kontynuowania grania pomimo znaczących przegranych.
- Odczuwanie pustki, potrzeba stymulacji – niektórzy problemowi hazardziści mogą grać w celu osiągnięcia i utrzymania się subiektywnego stanu pobudzenia i podekscytowania. Podejmowanie ryzyka staje się bardziej znaczące niż same wygrane, kiedy życie jest nudne i niezadawalające. W miarę pogłębiania się zachowań hazardowych hazardziści dążą do przedłużania doświadczenia pobudzenia poprzez spędzanie większej ilości czasu na graniu. Hazardziści często mówią, że poprzez granie odczuwają silniejsze podekscytowanie, zadowolenie oraz kontrolę. Wobec tego eksploracja aktualnych (i przeszłych) obszarów zainteresowania i hobby hazardzistów jest niezwykle istotna.
- Interakcja społeczna – przywiązanie osoby do konkretnego miejsca, w którym uprawia się hazard, może być pozytywnie wzmacniane przez korzyści społeczne (np. interakcja z innymi osobami) wynikające z przebywania w tym konkretnym miejscu. Korzyści te mogą zachęcać hazardzistę do kontynuowania grania pomimo ciągłych przegranych.
- Osobowość – wiele cech osobowości odgrywających rolę w utrzymywaniu się problemów hazardowych obejmuje impulsywność oraz poszukiwanie doznań. Współwystępujące zaburzenia osobowości, które często są związane z hazardem patologicznych, obejmują osobowość narcystyczną i antyspołeczną.
- Aktualna sytuacja finansowa – niektórzy problemowi hazardziści zaczynają uprawiać hazard ze względu na pokusę wysokich wygranych lub żeby zażegnać kryzys finansowy. Jednakże ciągle granie często skutkuje stratami finansowymi, które zachęcają do dalszego uprawiania hazardu. Niezwykle istotna jest zatem ocena:
 - Jakie są dochody klienta oraz jego rodziny?
 - Czy klient przeznacza więcej pieniędzy na hazard niż na codzienne wydatki związane z utrzymaniem?
 - Czy klient potrzebuje przeznaczać coraz więcej pieniędzy na hazard, aby nadal sprawiał mu przyjemność?
 - Czy klient aktualnie doświadcza trudności finansowych? Jeśli tak, jakiego są one rodzaju?
 - Czy klient pożycza pieniądze, by finansować uprawianie hazardu lub spłacić długi?
 - Jaki jest stopień zadłużenia klienta?
 - Komu klient jest winien pieniądze?
 - Które osoby najprawdopodobniej będą się domagały zwrotu pożyczonych pieniędzy?
 - W jakim terminie klient musi spłacić długi?
 - Czy klient bierze pod uwagę bankructwo?

- Problemy rodzinne i problemy w związkach – uprawianie hazardu przez klienta może się utrzymywać z powodu wielorakich problemów rodzinnych oraz problemów w relacjach. Problemowi hazardziści często niszczą lub tracą relacje z rodziną i innymi osobami bliskimi, kiedy pożyczają od nich pieniądze, a nie są w stanie ich spłacić, co może prowadzić do izolacji. Problemowi hazardziści mogą kontynuować uprawianie hazardu, aby radzić sobie w ten sposób ze stresem powstałym w wyniku popsucia lub utracenia relacji lub z powodu wynikłej izolacji. Niektórzy hazardziści kontynuują uprawianie hazardu, aby uniknąć konfliktów i napięć wśród przyjaciół i członków rodziny. Bez względu na to, czy te trudności poprzedzały granie, czy też są jego konsekwencją, często zaburzają pomyślny wynik terapii (Fanny i McKay, 2000; Hudak, Varghese i Politzer, 1989). Dlatego terapeuta powinien ocenić charakter relacji klienta z partnerem lub partnerką, jak również społecznej interakcji z rodziną i przyjaciółmi przed pojawieniem się problemu z hazardem i później.
- Zachowania „przyzwalające” i „ratujące” przejawiane przez osoby bliskie – uprawianie hazardu przez klienta może być również utrzymywane przez niepomocne zachowania osób bliskich. Dwa rodzaje tych zachowań obejmują „przyzwalanie” (np. przejmowanie obowiązków hazardzisty) lub „ratowanie” (np. opłacanie rachunków hazardzisty). Dlatego terapeuta musi ocenić, w jaki sposób rodzina lub przyjaciele klienta reagują na jego granie oraz czy wykazują zachowania „przyzwalające” i „ratujące”.
- Problemy zawodowe – hazard problemowy wiąże się z obniżoną wydajnością oraz częstszą nieobecnością w pracy. Przyczyną może być zaangażowanie w hazard lub poszukiwanie pieniędzy na finansowanie hazardu bądź spłatę długów. Wśród osób pracujących powszechnymi sposobami zdobywania pieniędzy na kontynuowanie grania są defraudacja i oszustwa. Wskaźniki bezrobocia pośród problemowych hazardzistów są dwa razy wyższe od średniej. Raptownie obniżyć się może również produktywność studentów hazardzistów (objawiając się np. przekroczeniem terminów złożenia prac zaliczeniowych czy niższymi ocenami z egzaminów). Kontynuowanie uprawiania hazardu może być środkiem na radzenie sobie lub unikanie tych stresujących czynników.

3.2.2.5. Czynniki prognostyczne

Wykazano, że wiele czynników osobistych wpływa negatywnie na rezultaty terapii i proces zdrowienia. Obejmują one występowanie dotkliwych problemów z hazardem, problemy współistniejące (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych, problemy ze zdrowiem psychicznym) i cechy osobowości (np. impulsywność, skłonności do poszukiwania nowych wrażeń i neurotyczność; Raylu i Oei, 2007). Z drugiej strony udowodniono, że istnieje wiele czynników, które wpływają pozytywnie na rezultaty terapii (proces zdrowienia). Obejmują one takie cechy osobowości jak wytrwałość, motywacja i gotowość do zmiany oraz chęć aktywnego uczestnictwa w terapii (Raylu i Oei, 2007). Dlatego też terapeuci powinni dokonać oceny tych zmiennych oraz mocnych i słabych stron klienta (np. zdolność klienta do monitorowania i kontrolowania stopnia pobudzenia, opóźnianie gratyfikacji, podważanie własnego myślenia, rozwiązywanie

problemów, asertywność). Niezbędne jest również określenie pozytywnych (np. wsparcie społeczne) i negatywnych (np. hazard w rodzinie) aspektów otoczenia klienta, które mogłyby wpłynąć na rezultaty terapii.

3.2.3. Ocena motywacji klienta do zmiany oraz zwiększanie motywacji za pomocą dialogu motywującego

Gotowość klienta do zmiany (określenie, czy klient jest gotowy do zmiany swojego zachowania związanego z uprawianiem hazardu lub czy ma postawę ambiwalentną) jest znacząca przy stawianiu diagnozy. Gotowość do zmiany może również określić stopień, do którego należy pracować z klientem nad poprawą motywacji w celu zwiększenia szansy na odniesienie terapeutycznego sukcesu. Terapeuci mogą zastosować transteoretyczny model zmiany (Prochaska i DiClemente, 1982, 1986) zawarty w dodatku C, aby określić, w jakim stadium zmiany klient obecnie się znajduje (tj. pre-kontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, podtrzymanie lub faza nawrotu). Przy określaniu poziomu motywacji klienta należy rozważyć m.in. pytania „W jaki sposób klient został skierowany do terapeuty?” i „Czy klient był przymuszany do leczenia?”. Ważne, aby terapeuta stosował również techniki dialogu motywującego (zawarte w dodatku E), aby zachęcić klienta i zwiększyć jego motywację do zmiany.

3.2.4. Ewaluacja celów oraz oczekiwań klienta względem terapii

Terapeuci powinni określić, jakie są cele oraz oczekiwania klienta, poprzez zadawanie poniższych pytań:

- Co myśli pan o terapii dotyczącej pańskich problemów związanych z hazardem?
- Jak według pana powinno wyglądać leczenie?
- Co chce pan osiągnąć w wyniku terapii?
- W jaki sposób osiągnie pan zamierzone cele?
- W jaki sposób dowie się pan o poczynionych przez siebie postępach?
- Co powinien pan zrobić, zanim ostateczny cel stanie się możliwy do osiągnięcia?
- Jak pan myśli, jak wiele czasu zajmie panu osiągnięcie swojego celu?
- Jak bardzo jest pan pewny, że uda się panu z powodzeniem ukończyć terapię lub utrzymać abstynencję i kontrolę?

Cele terapeutyczne powinny obejmować zmiany dotyczące klienta, a nie innych osób. Powinny być realistyczne. Upewnij się, że cel, który wyznacza klient, nie jest zbyt ogólny oraz że można go zmierzyć. Na przykład cel „Chcę kontrolować swoje granie” powinien zostać określony jako „Chciałbym grać tylko raz w tygodniu, wydając jedynie 10 zł”. Terapeuta powinien

ponadto określić, czy klient wymaga pomocy w utrzymaniu abstynencji lub czy chce kontrolować swoje zachowania hazardowe. Jeśli uprawianie hazardu zawsze wymyka się klientowi spod kontroli i przeznaczają na większość lub wszystkie pieniądze na hazard, klient powinien rozważyć całkowite zaprzestanie uprawiania hazardu. Jednakże gdy klient potrafi utrzymywać kontrolę przez większość czasu, wtedy kontrolowany hazard jest osiągalny. Więcej informacji na temat wyznaczania celów związanych z kontrolowanym uprawianiem hazardu znajduje się w dodatku F.

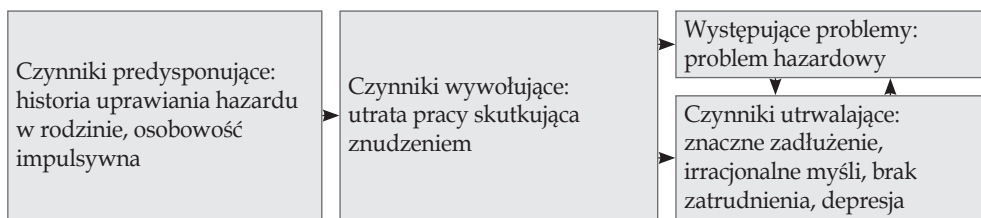
Często pojawiają się rozbieżności między celami terapeutycznymi klienta a terapeuty. Zarówno terapeuta, jak i klient powinien zaakceptować te cele przed rozpoczęciem terapii. Jeśli cele klienta nie pokrywają się z celami terapeuty, można zastosować poniższe rozwiązania (Miller, 1989).

- Wynegocjowanie okresu próbnej abstynencji.
- Jeśli terapeuta jest przekonany, że najlepszym celem dla klienta jest abstynencja, ale klient wolałby grać w sposób kontrolowany, należy zasugerować, że okres abstynencji byłby korzystny przed podjęciem próby kontrolowanego grania. Pod koniec okresu abstynencji terapeuta powinien dojść do porozumienia z klientem odnośnie do zweryfikowania celów terapeutycznych. Jeśli klient naciska na stawianie sobie kontrolowanego hazardu za cel terapeutyczny, terapeuta warunkowo akceptuje wybrany przez klienta cel uprzednio ustalonego próbnego okresu kontrolowanego grania. Pod koniec okresu próbnego terapeuta powinien dojść do porozumienia z klientem odnośnie do zweryfikowania celu terapeutycznego. Terapeuta powinien ponadto zweryfikować cel samego okresu próbnego.
- Stopniowe ograniczanie uprawiania hazardu, aż do osiągnięcia abstynencji. Aby to wdrożyć, terapeuta powinien wyznaczyć realistyczne cele oraz przekazać klientowi dziennik monitorowania własnych zachowań. Należy uzgodnić również okres próbny.
- Zachęcanie klienta do zmiany celów w przypadku, gdy terapeuta uważa, że istnieje bardziej odpowiedni cel dla klienta, wnioskując na podstawie jego historii uprawiania hazardu, czynników ryzyka, historii leczenia oraz osiągania przez niego celów w przeszłości. Można tego dokonać, stosując techniki dialogu motywującego i edukując klienta na temat uprawiania hazardu i jego konsekwencji.
- Odmawianie klientowi pomocy w osiągnięciu celu. Ta opcja pojawia się, jeżeli terapeuta uważa, że wspieranie celu wybranego przez klienta jest nieetyczne. Najlepiej podjąć taką decyzję po rozważeniu alternatywnych rozwiązań.

3.3. OPRACOWANIE INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU I PLANU TERAPII

Terapeuta może użyć informacji zdobytych podczas wywiadu (zwłaszcza pod kątem czynników predysponujących, wywołujących, utrwalających i prognostycznych) oraz na podstawie kwestionariuszy, aby opracować przypadek problemów klienta. Pamiętaj, że jest to tylko wstępna forma. W czasie terapii tak opracowany przypadek będzie poddawany próbom i testom. Wyżej wspomniane czynniki mogą być ze sobą powiązane na wiele sposobów. Co więcej, będą one różne dla każdego klienta. Zob. rys. 3.1.

Historia hazardu w rodzinie oraz impulsywna osobowość mogą predysponować kogoś do uprawiania hazardu po stracie pracy, aby poradzić sobie ze znudzeniem będącym skutkiem bezrobocia. Nasilone uprawianie hazardu doprowadziłoby do dużego zadłużenia. Hazardzista kontynuuje uprawianie hazardu, próbując odzyskać przegrane pieniądze (odegrać się), co może skutkować jeszcze większym zadłużeniem. Może to nie tylko nasilić granie (ponieważ hazardzista kontynuuje grę, aby się odegrać), ale również doprowadzić do depresji w wyniku odczuwania beznadziejności swojej sytuacji. Irracjonalne myśli (np. „w końcu odzyskam przegrane pieniądze”) podtrzymują ponadto uprawianie hazardu pomimo ciągłych przegranych. U takiej osoby problemy z hazardem podtrzymywane są nie tylko przez wysokie zadłużenie i irracjonalne myśli, ale również przez ciągły brak zatrudnienia oraz depresję.



Rys. 3.1. Przykład powiązania czynników

Zindywidualizowane plany terapii mają bezpośredni związek z informacją zebraną podczas wywiadu. Plany powinny uwzględniać czynniki podtrzymujące problemy z hazardem. Zarówno opracowanie przypadku, jak i plan terapii mogą ulec zmianie w czasie jej trwania.

Początkowy plan leczenia jest zależny od „stadium zmiany”, w którym klient się znajduje (zob. dodatek D). Jeśli klient znajduje się w „stadium działania”, wówczas jest gotowy do rozpoczęcia programu leczenia. Jeżeli klient znajduje się w stadium kontemplacji, ważne jest, aby zastosować sesję edukacyjną (rozdział 4) oraz techniki dialogu motywującego w celu zwiększenia zaangażowania klienta w zmianę. Wyróżnia się kilka ważnych czynników (wyróżnionych przez Adkinsa, 1988), które należy uwzględnić podczas planowania leczenia, jako że mogą one wymagać szczególnej uwagi (tj. zwykle poruszane są na wstępnym etapie programu). Czynniki te obejmują:

- Suicydalność – należy się zapoznać z dodatkiem C, aby uzyskać informacje na temat badania i pracy z klientem suicydalnym.
- Sytuacja mieszkaniowa – z klientem, który jest bezdomny, należy również omówić możliwości zakwaterowania. Do opcji tych można zaliczyć zamieszkanie ze znajomymi, noclegownie, schroniska dla osób bezdomnych czy powrót do rodziny pod warunkiem wyrażenia zgody na podjęcie leczenia lub przyjęcie pomocy.
- Sprawy zawodowe – hazardziści pozostający bez zatrudnienia (zwłaszcza długotrwale bezrobotni) mogą dokonać rejestracji w urzędach pracy i agencjach pośrednictwa pracy. Mogą ponadto skorzystać z programów wspieranych przez rząd lub zaangażować się w wolontariat. Istnieją jednak określone zawody, które stawiają hazardzistów w obliczu wysokiego ryzyka kontynuowania hazardu z powodu łatwego dostępu do gier hazardowych (np. barmani, pracownicy kasyn i salonów do gier, pracownicy hoteli). Pracownicy, od których wymaga się noszenia przy sobie gotówki (kasjer, księgowy, kierowca taksówki, sprzedawca), również należą do grupy ryzyka, ponieważ dostępność pieniędzy jest częstym wyzwalaczem hazardu. Dlatego jeśli praca charakteryzuje się wysokim ryzykiem kontynuowania hazardu, należy omówić „koła ratunkowe”. Niektórzy pracujący klienci mogą również podejmować dodatkową pracę, żeby zapłacić wcześniej przeznaczony na uprawianie hazardu, ale również po to, żeby szybciej spłacić długi.
- Finanse – jeżeli klient jest zadłużony lub przejawia trudności w budżetowaniu czy zarządzaniu swoimi pieniędzmi, może skorzystać z sesji opcjonalnej zawartej w rozdziale 14. Podczas leczenia konieczne jest poruszenie kwestii kłopotów finansowych klienta. Rozmowa na temat sytuacji finansowej nie tylko zmniejszy stres klienta i poprawi jego nastrój, ale również umożliwi klientowi skoncentrowanie się na leczeniu, bowiem przestanie się nieustannie zajmować opracowywaniem sposobów na poprawę sytuacji finansowej. Klient może również rozważać podjęcie dodatkowej pracy, żeby szybciej spłacić długi. Dla niektórych klientów oraz ich osób bliskich może być przydatne skierowanie do doradcy finansowego (Korn i Shaffer, 2004). Pewni klienci będą potrzebować informacji na temat rządowych programów wsparcia finansowego. Wsparcia hazardzistom mogą udzielić również niektóre fundacje i instytucje kościelne (np. w formie wsparcia finansowego czy bonów żywnościowych).
- Problemy w relacjach z osobami bliskimi – jeśli relacje klienta z innymi znacznie się pogorszyły z powodu uprawiania hazardu, zarówno on sam, jak i bliskie mu osoby

mogą skorzystać z sesji opcjonalnych opisanych w rozdziałach 13 i 15. Istotne jest, aby zachowanie osób bliskich wspierało zdrowienie klienta, zamiast podtrzymywać zachowania hazardowe. Osoby bliskie powinny na przykład zaprzestać „ratowania” klienta z kryzysu finansowego, ponieważ „ratowanie” sprzyja podtrzymywaniu zachowań hazardowych. Zdecydowanie korzystne jest zaangażowanie rodziny na wczesnym etapie leczenia hazardzisty. W przypadku kiedy problemy małżeńskie lub rodzinne przyczyniają się do uprawiania hazardu, niezbędne jest ich omówienie i rozwiązanie (podczas sesji lub poprzez zachęcenie klienta do uzyskania porad od psychologa lub psychoterapeuty specjalizującego się w terapii rodzinnej lub małżeńskiej).

- Problemy z prawem – ważne jest, aby terapeuci byli poinformowani o problemach prawnych klienta i zapewni mu wystarczające wsparcie i odpowiednią poradę prawną (lub skierowali go do prawnika) niezbędną do rozwiązania konsekwencji prawnych spowodowanych uprawianiem hazardu.
- Zdrowie psychiczne i emocjonalne – jeśli klienci doświadczają znacznych problemów zdrowotnych, doradza się skierowanie ich do lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny klienta powinien być poinformowany o problemach z hazardem. Niektórzy klienci cierpiący na dolegliwości psychiczne (depresja, lęk) mogą skorzystać na skierowaniu ich do innych specjalistów (np. psychiatry).
- Wsparcie – upewnij się, że w trakcie realizacji programu klient dysponuje wystarczająco dobrze rozwiniętą siecią wsparcia. Jeśli sieć wsparcia nie obejmuje rodziny czy przyjaciół, ważne jest, aby wsparcie zostało zapewnione z innych źródeł, takich jak infolinia lub grupy wsparcia, np. Anonimowi Hazardziści. Anonimowi Hazardziści to program zdrowienia oparty na wzajemnym wsparciu uczestników, bazujący na koncepcji 12 kroków Anonimowych Alkoholików. Program opiera się na medycznej „konceptualizacji” hazardu problemowego oraz motywuje bardziej do abstynencji aniżeli do kontroli uprawiania hazardu.

Arkusz zawarty w dodatku G ułatwi opracowanie indywidualnego przypadku i planu leczenia. Przykład sposobu wypełnienia arkusza podano poniżej. Dla zobrazowania tego przykładu przedstawiono studium przypadku.

OPRACOWANIE INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU ORAZ PLANU TERAPII

Imię i nazwisko klienta: David

Data: 25.03.2009 r.

Data urodzenia: 12.05.1971 r.

Płeć: Męska

Występujące problemy:

problemy z hazardem obniżenie nastroju problemy w relacjach
problemy finansowe brak zatrudnienia

Czynniki predysponujące:

hazard w rodzinie (ojciec) duże wygrane we wczesnych etapach
uprawiania hazardu

Czynniki wywołujące:

granie w celu pocucia ulgi od negatywnych emocji, dla uniknięcia kłótni z żoną

Czynniki utrwalające:

obniżenie nastroju, błędy w myśleniu, problemy finansowe,

chęć wygrania dużych pieniędzy

Czynniki prognostyczne:

Pozytywne czynniki prognostyczne obejmują: aktywną sieć wsparcia, motywację, dobre funkcjonowanie przedchorobowe, późny rozwój problemów.

Negatywne czynniki prognostyczne obejmują: współistniejące problemy z nastrojem, aktualne czynniki stresogenne (tj. finansowe, problemy w związku oraz problemy zawodowe).

Przedstawienie wzajemnych powiązań pomiędzy pięcioma „P”**Czynniki predysponujące:** historia uprawiania hazardu

w rodzinie, duże wygrane we wczesnych etapach grania



Czynniki wywołujące: uprawianie hazardu w celu ucieczki od negatywnych emocji, dla uniknięcia kłótni z żoną, zamiana grania na maszynach na obstawianie wyścigów konnych, chęć wygrania dużych pieniędzy



Występujące problemy: problemy z hazardem, obniżenie nastroju, problemy w związku, problemy finansowe, brak zatrudnienia



Czynniki utrwalające: błędy w myśleniu, bieżące czynniki stresogenne (tj. problemy w relacji z żoną, problemy finansowe i zawodowe)

Cele terapii:

abstynencja od uprawiania hazardu, nauka strategii radzenia sobie z obniżonym nastrojem i czynnikami stresogennymi

Plan leczenia:

(a) Zakres sesji do zrealizowania: wszystkie sesje główne. Sesje opcjonalne: wychodzenie z długów, nauczanie osób bliskich strategii radzenia sobie z zachowaniami hazardzisty.

(b) Interwencja (skierowanie) potrzebne do rozwiązywania problemów ze skłonnościami samobójczymi, mieszkaniem, brakiem zatrudnienia, problemów interpersonalnych, prawnych, związanych ze zdrowiem psychicznym i mentalnym oraz wsparciem społecznym:

- Brak zatrudnienia – zachęć klienta do zarejestrowania się w urzędzie pracy. Dostarcz informacji na temat innych form pomocy wsparcia zawodowego (bezpłatne szkolenia zawodowe, doradztwo zawodowe).
- Problemy w relacjach z żoną – skieruj do psychologa na terapię małżeńską.
- Problemy finansowe – udziel informacji na temat wsparcia finansowego, skieruj do doradcy finansowego.

Studium przypadku:

David, 38-letni sprzedawca, dobrowolnie zgłosił się do poradni *Gladeview Community Addiction Service*, wyznając, że musi kontrolować swoje zachowania hazardowe, ponieważ żona grozi mu, że go zostawi. David oznajmił, że obecnie gra na automatach i przegrywa wszystkie swoje wypłaty. Zgłosił się na leczenie z mocno obniżonym nastrojem i płakał kilka razy podczas sesji diagnostycznej. Pierwszy kontakt z hazardem David miał w swoje 30. urodziny, kiedy znajomi w ramach prezentu zabrali go na wyścigi konne. Klient oznajmił, że potroił postawioną kwotę przy pierwszej możliwej okazji. Tydzień później znowu poszedł na wyścigi konne, tym razem sam. Wyznał, że był „ciekawym, czy znowu uda mu się wygrać”. Zaczął chodzić na wyścigi co najmniej raz w tygodniu. „Byłem przekonany, że mogę wygrać, ponieważ wygrałem duże kwoty przynajmniej 3 razy przez pierwszy miesiąc obstawiania wyścigów konnych”, wyjaśnił.

Skala uprawiania hazardu przez Davida stopniowo rosła, odkąd zaczął grać na automatach (8 miesięcy po tym, jak zaczął obstawiać wyścigi konne). Oznajmił, że zaczął grać na automatach, ponieważ miał do nich bardzo łatwy dostęp i mógł „stawiać jednorazowo małe kwoty i dlatego miał więcej szans na wygraną”. David powiedział, że do chodzenia do lokalnych pubów i grania na automatach motywowała go zarówno chęć wygrania pieniędzy, jak i pragnienie ucieczki od kłótni z żoną.

David stwierdził, że niedługo po rozpoczęciu gry na automatach zauważył pojawianie się coraz większej liczby nieopłaconych rachunków i że zaczął pożyczać pieniądze od swoich przyjaciół. Musiał też często okłamywać żonę, ponieważ nie chciał, żeby się dowiedziała, co się dzieje z pieniędzmi. Zauważył również, że zaczął chodzić do pubu coraz częściej, w nadziei, że wygra i spłaci swoje długi. Im więcej czasu spędzał na uprawianiu hazardu, tym mniej przebywał w pracy oraz w domu – z żoną i dziećmi. Jego nieobecność w domu często doprowadzała do kłótni z jego żoną. „Myślała, że mam romans”, oznajmił.

David spostrzegł, że chodził grać do pubu, kiedy miał sprzeczkę z żoną albo obniżony nastrój wynikający z jego sytuacji życiowej. Po trzech miesiącach grania na automatach David stracił pracę. Jego pracodawca nie był zadowolony z jego wyników sprzedaży. Z powodu tego incydentu David w końcu musiał powiedzieć swojej żonie o problemie z hazardem oraz o długach.

David opisał swoje dzieciństwo jako szczęśliwe. Powiedział, że lubił chodzić do szkoły i miał dużo przyjaciół. Mimo że jego ojciec miał w zwyczaju czasami uprawiać hazard, co było przyczyną napiętych relacji po-

między jego rodzicami, David przypominał sobie wiele szczęśliwych chwil spędzonych w rodzinnym gronie. Swoje relacje z rodzicami i starszym bratem opisał jako ogólnie dobre.

Zapytany o problemy z hazardem, odpowiedział: „Kiedy uprawiam hazard, jedyną rzeczą, o której myślę, jest wygrana i to, ile dzięki niej będę mógł znowu postawić. Już chyba nawet nie daje mi to takiego kopa jak kiedyś, ale nie mogę przestać. Kiedy jestem zestresowany, zmartwiony lub przytłoczony swoją sytuacją, idę grać. Jest mi bardzo przykro, że ranię moją żonę i że zarówno ona, jak i nasze dzieci muszą przez to przechodzić, ale nie umiem przestać. Próbowałem wiele razy. Naprawdę chcę przestać, jednak wydaje mi się, że nic się nie zmieni”. David powiedział, że chociaż jego małżeństwo przeżywa kryzys, żona pragnie go wspierać podczas leczenia. Jego ojciec, który regularnie uczęszcza na spotkania Anonimowych Hazardzistów i od 10 lat nie wrócił do uprawiania hazardu, również wyraził chęć niesienia pomocy Davidowi.

3.4. PLAN I UZASADNIENIE TERAPII

Zanim przedstawiś plan leczenia klientowi, konieczne jest omówienie z nim założeń i celów leczenia, wszelkich lęków z nim związanych, a także samego procesu zdrowienia. Pomoże to zwiększyć motywację klienta oraz przyczyni się do jego współpracy podczas terapii. W tym celu można użyć przedstawionego poniżej schematu. Informacje w nim zawarte są dość obszerne, dlatego zaleca się, aby terapeuta omówił z klientem tylko te punkty, które uzna za przydatne danemu klientowi.

3.4.1. Ogranicz do minimum lub zwalcz obawy klienta związane z zaprzestaniem uprawiania hazardu oraz wzięciem udziału w programie

Wyjaśnij klientowi, że każda zmiana powoduje lęk, ponieważ rodzi niepewność, a to jej właśnie się boimy. Zapewnij klienta, że odczuwanie lęku w trakcie zmiany jest zupełnie normalne. Aczkolwiek należy pamiętać, że lęk można zredukować. Zachęć klienta do szukania wsparcia wśród rodziny, przyjaciół, na infolinii 801 889 880 oraz w grupach wsparcia Anonimowych Hazardzistów zawsze, gdy będzie odczuwać strach i kiedy poczuje silną chęć ponownej gry.

3.4.2. Omów, na czym polega wyzdrowienie z problemowego hazardu

Wielu uzależnionych zadaje pytanie, czy da się wyleczyć z uprawiania hazardu. Dlatego też może zaistnieć potrzeba omówienia procesu leczenia z klientem. Możesz powiedzieć: „W momencie, kiedy zaczyna pan się przyzwyczajać, że ze stresem radzi pan sobie za pomocą hazardu, a jednocześnie daje on panu to, czego właśnie w danej chwili pan potrzebuje, istnieje wysokie ryzyko, że tego rodzaju zachowanie (podobne do uzależnienia od alkoholu bądź narkotyków) powróci. Leczenie ma swoje wzloty i upadki i zazwyczaj nie przebiega gładko. Próba pohamowania silnej chęci do uprawiania hazardu może być bardzo trudna. Jednak jest to możliwe, ponieważ wiele innych osób to osiągnęło”. Klient powinien zrozumieć, że z wpadek i nawrotów również płynie dla niego nauka.

3.4.3. Wyjaśnij uzasadnienie leczenia oraz części składowe leczenia

Wyjaśnij, dlaczego program opiera się na terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) w radzeniu sobie z problemowym hazardem. Możesz powiedzieć: „Mimo że wiele terapii różni się od siebie stopniem skuteczności, żadna z nich nie okazała się w pełni skuteczna dla osób doświadczających problemów z hazardem. W ostatnich latach badania wskazują jednak, że TPB jest skuteczna w leczeniu hazardu problemowego. Terapia ta jest pomocna w stanach lękowych, w depresji oraz w przypadku innych uzależnień. Została przetestowana w wielu badaniach naukowych i uznana za jedną z najlepszych metod terapii problemowego hazardu. Efekty stosowania TPB są długotrwałe. Badania prowadzone po zakończeniu terapii wskazują, że większość uczestników badania nadal odczuwała jej skutki. Mimo że objawy mogą czasem nawracać, szczególnie podczas stresujących sytuacji, można sobie z nimi poradzić poprzez stosowanie technik strategii wyuczonych podczas terapii lub odbyć kilka dodatkowych sesji terapeutycznych, żeby szybko poradzić sobie z sytuacją, w której może dojść do nawrotu”.

Pokrótkie przedstaw program. Możesz powiedzieć: „Wspomnieliśmy o tym, że nadużywanie uprawiania hazardu jest kontynuowane nawet w przypadku ciągłych bądź też wysokich przegranych. Program leczenia ma na celu rozwiązanie takich sytuacji”. Powtórnie wymień i podkreśl czynniki, które mogą wpływać na uprawianie hazardu (w razie potrzeby użyj informacji zawartych w opracowaniu przypadku), a następnie pokrótce omów, w jaki sposób program leczenia radzi sobie z tymi czynni-

kami. Opisz program w kilku zdaniach (np. 4 fazy programu leczenia). Możesz również poruszyć zagadnienia związane z czasem trwania programu oraz długością sesji.

Kiedy klient zgodzi się na uczestnictwo w programie, możesz kontynuować motywowanie poprzez zachęcenie klienta do zawarcia kontraktu terapeutycznego (dodatek H). Poniżej przedstawiono kilka ważnych zasad, o których należy pamiętać podczas przedstawiania kontraktu terapeutycznego klientowi (Masters i in., 1987; Redd, Porterfield i Andersen, 1979).

- Kontrakt terapeutyczny powinien uwzględniać czas trwania oraz częstotliwość sesji.
- Pożądane zachowanie powinno zostać bardzo szczegółowo i klarownie opisane.
- Klient może poprosić osobę bliską (w szczególności współmałżonka) o podpisanie kontraktu. To nie tylko zachęci klienta do otwartości i uczciwości wobec problemów w relacji z tą osobą, ale również pomoże osobie bliskiej zbudować poczucie, że wspiera klienta w leczeniu. Techniki samokontroli są najbardziej skuteczne, jeżeli stosowane są w naturalnym środowisku klienta (Kanfer, 1977).
- Należy ustalić zależność behawioralną (np. codzienne i tygodniowe nagrody za osiągnięte cele oraz konsekwencje za ich nieosiągnięcie). Nagrody nie powinny być jednak związane z hazardem. Klient może sam siebie nagrodzić, np. 5 złotymi za każdy dzień wolny od nałogu, a pod koniec tygodnia wydać zbierane pieniądze, kupując sobie deser albo mały prezent. Korzystne może się również okazać zastosowanie dodatkowej nagrody, jeżeli dana osoba przekroczy minimalne założenia kontraktu terapeutycznego. Nagroda dodatkowa może zostać przyznana na przykład, jeżeli przez pierwsze 6 tygodni nie dochodzi do nawrotów bądź wpadek. Ważne, by nagroda została zastosowana zaraz po osiągnięciu sukcesu.

Jak zaznaczył Kirk (1989), ważne jest informowanie klienta o znaczeniu jego aktywnego uczestnictwa (np. zbieranie informacji poprzez monitorowanie, udzielanie informacji zwrotnej, omawianie postępów leczenia i realizowanie zadań domowych), aby zwiększyć skuteczność leczenia. Klient powinien być zachęcany do założenia teczki służącej kompletowaniu materiałów informacyjnych oraz notatek dostarczonych podczas programu leczenia (materiały i notatki będą przydatne dla klienta nawet po zakończeniu leczenia).

3.5. WPROWADZENIE ZADAŃ DOMOWYCH

Zachęć klienta do monitorowania jego zachowań hazardowych w formie zadania domowego. Przedstaw uzasadnienie i korzyści płynące z monitorowania przez klienta wzorców hazardowych. Możesz powiedzieć: „Aby zacząć kontrolować jakikolwiek nawyk, trzeba najpierw uzmysło-

wić sobie jego istnienie. Nałogi pojawiają się bez udziału świadomego myślenia i dlatego należy uważnie się przyglądać swoim zachowaniom hazardowym, by móc je kontrolować. Jednym ze sposobów na osiągnięcie tego jest monitorowanie wzorców hazardu". Monitorowanie przynosi wiele korzyści (Barlow i Rapee, 1991), może na przykład:

- pomóc klientowi utrzymać motywację poprzez przypominanie mu aktywnego zaangażowania w kontrolę zachowań hazardowych;
- pomóc klientowi w uświadomieniu sobie wielu aspektów procesu zdrowienia;
- pomóc klientowi w uświadomieniu sobie związku pomiędzy myślami, uczuciami i zachowaniami;
- pomóc klientowi w dostosowaniu prezentowanych informacji do sytuacji klienta w taki sposób, aby możliwe było odniesienie danej informacji do konkretnej sytuacji;
- pomóc utrwalić umiejętności uczenia się, jako że wypisywanie szczegółów w sposób ustrukturyzowany pogłębia rozumienie sposobu działania i wzajemnego oddziaływania omówionych technik;
- pomóc klientowi określić wewnętrzne i zewnętrzne wyzwalacze hazardu, aby klient mógł rozwinąć strategię zarządzania nimi;
- pomóc klientowi spojrzeć na swoje zachowania w sposób obiektywny;
- pomóc w dokumentowaniu problemów oraz sukcesów w poszczególnych zmianach;
- wesprzeć w ewaluacji postępów.

Poniżej znajduje się przykład sposobu, w jaki można monitorować zachowania hazardowe przy użyciu tabeli monitorowania zachowań hazardowych (dodatek I). Zawarto w nim również przykładowy wzór wypełnienia tabeli. Wyjaśnij klientowi, jak starannie uzupełniać każdą kolumnę. Udziel klientowi jasnych instrukcji (np. powiedz: „Proszę uzupełniać tabelę za każdym razem, gdy uprawia pan hazard, niezwłocznie po skończeniu grania”).

Zgodnie z informacjami zawartymi w rozdziale 1, na końcu pierwszej sesji (tj. podczas diagnozy) korzystne może być omówienie pokrótce przynajmniej jednej lub dwóch strategii kontrolowania uprawiania hazardu (omówionych w następnym rozdziale), aby klient mógł rozpocząć wdrażanie wybranych strategii kontrolowania uprawiania hazardu. Może to zwiększyć motywację klienta do kontynuowania leczenia. W związku z tym może zaistnieć potrzeba rozłożenia pierwszej sesji na dwie sesje.

Tabela monitorowania uprawiania hazardu (przykład)

Data, godzina	Wydarzenia poprzedzające sytuację hazardową	Myśli i uczucia przed sytuacją hazardową	Sytuacja hazardowa (a) gdzie (b) z kim (c) dostępna gotówka	Myśli i uczucia podczas sytuacji hazardowej	Rezultat (a) ilość wydanej gotówki (b) ilość wygranych lub przegranych pieniędzy	Myśli i uczucia po sytuacji hazardowej
Środa 17.00	Kłótnia z żoną na temat moich długów hazardowych	Uczucia: gniew, złość Myśli: chcę wyjść i grać cały dzień	(a) lokalny pub (b) sam (c) gotówka - 50 zł	Uczucia: pobudzenie, uczucie szczęścia Myśli: ostatni raz w środę wygram. Jeśli wrócę do domu z wygranymi pieniędzmi, uniknę sprzeczki z żoną.	(a) 50 zł (b) wszystko przegram	Uczucia: poczucie winy, bezradzie. Myśli: Moja żona zniętna wiź, mnie jeszcze bardziej. Nie potrafię już kontrolować swojego grania.

Sesja 2. Psychoedukacja i strategie samzarządzania w celu ustabilizowania uprawiania hazardu

Zawartość sesji i cele

- 4.1. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 4.2. Zapewnij psychoedukację
- 4.3. Omów strategie samokontroli w celu ustabilizowania uprawiania hazardu
- 4.4. Przedstaw zadania domowe

4.1. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

4.1.1. Cel

Sesja podzielona jest na dwie części. Głównym celem pierwszej z nich (część A) jest edukowanie klienta na temat hazardu problemowego oraz pomoc w zrozumieniu rozwoju i utrzymywaniu się jego problemów z hazardem. Dzięki temu klient może uzyskać informację zwrotną na temat wyników jego własnej oceny (tj. pochodzącej z informacji zebranych podczas wywiadu, z kwestionariuszy i z monitorowania).

Celem drugiej części sesji (część B) jest nauczenie klienta umiejętności samozarządzania dla ustabilizowania uprawiania hazardu przy zastosowaniu technik poznawczych i behawioralnych. Podczas drugiej części sesji omawiane są również strategie radzenia sobie z popędem do uprawiania hazardu. Omówiono również wybrane, proste do zastosowania strategie ograniczania możliwości wystąpienia wypadku i nawrotów.

4.1.2. Uzasadnienie części A (psychoedukacja)

Wielu problemowych hazardzistów nie jest do końca świadomych mechanizmu patologicznego hazardu oraz czynników wpływających na utrzymywanie się problemów z hazardem. Psychoedukacja zaszczepia zatem świadomość nie tylko problemów klienta, ale również tego, dlaczego wcześniejsze próby kontroli uprawiania hazardu okazały się porażką.

Daje to klientowi poczucie nadziei i pomaga go motywować do kontynuowania terapii. Ta część sesji była głównie opracowana na podstawie wyników badań Raylu i Oei (2002).

4.1.3. Uzasadnienie części B (umiejętności samodziśadzania w celu ustabilizowania uprawiania hazardu)

W utrzymywaniu się uprawiania hazardu wśród problemowych hazardystów, pomimo ciągłych przegranych, odgrywa rolę kilka czynników. Przed podjęciem analizy tych czynników zachowania hazardowe klienta powinny być ustabilizowane (Sharpe, 1998). Można to osiągnąć poprzez nauczanie klienta strategii samokontroli w celu ustabilizowania zachowań hazardowych.

Literatura na temat samokontroli wykazuje, że istnieją dwie główne strategie samokontroli: kontrola impulsów (środowiskowa) i programowanie behawioralne (Redd, Porterfield i Andersen, 1979). Kontrola impulsów (środowiskowa) oparta jest na modelu samokontroli Skinnera (1953), który podkreśla potrzebę modyfikacji stosownych zmiennych sytuacyjnych, które mogą mieć wpływ na zachowania. Programowanie behawioralne Kanfery (1977) jest oparte na modelu samoinstruktażu lub też na stosowaniu mechanizmu „kar i nagród” przy użyciu czynników poznawczo-behawioralnych (Redd, Porterfield i Andersen, 1979).

Klient ma możliwość kontroli stopnia uprawiania hazardu w wielu różnych etapach epizodu grania: zanim klient napotka wyzwalacz (etap wyzwalający), kiedy doświadcza silnej chęci gry (etap „silnej chęci”), po wpadce (etap wpadki).

- Etap wyzwalający – są chwile, kiedy klient może kontrolować to, co się z nim dzieje, oraz sposób, w jaki radzi sobie z określonymi wyzwalaczami hazardu. Jeśli na przykład klient wie, że pójście do zakładu bukmacherskiego spotęguje jego chęć gry, może kontrolować wystąpienie tej silnej chęci poprzez trzymanie się z dala od tego zakładu. W związku z tym istotne jest uczenie klienta sposobów radzenia sobie z tymi wyzwalaczami. => *Dzięki temu klient nauczy się identyfikowania wyzwalaczy hazardu oraz wdrażania „kół ratunkowych”.*
- Etap silnej chęci (popędu) – kontrola wszystkiego, co się przydarza klientowi, jest trudna, ponieważ ma on ograniczony wpływ na wydarzenia życiowe. Co więcej, czasami pojawiają się sytuacje, których klient nie jest w stanie w ogóle kontrolować (np. przypadkowe spotkanie osoby, z którą klient uprawiał hazard). W takich sytuacjach osoba ta może zatem nie być w stanie kontrolować wyzwalacza, ale może skorzystać z uczenia się strategii kontrolowania chęci gry. => *Dzięki temu klient nauczy się zarówno poznawczych, jak i behawioralnych strategii radzenia sobie z silną chęcią uprawiania hazardu.*

- Etap wpadki – przyswojenie oraz regularne stosowanie strategii nabytych podczas programu zajmie klientowi pewien czas. W związku z tym możliwe są wpadki. Dlatego też istotne jest uczenie klienta strategii, które może zastosować do ograniczenia uprawiania hazardu i redukcowania negatywnych konsekwencji podczas wystąpienia wpadki. => *Dzięki temu klient nauczy się wybranych strategii radzenia sobie z wpadkami.*

4.2. PSYCHOEDUKACJA

Edukuj klienta w dziedzinie hazardu problemowego i wspieraj go w poznawaniu mechanizmu rozwijania się i utrzymywania problemów z hazardem. Wprowadź do psychoedukacji informacje zebrane podczas wywiadu diagnostycznego, aby dopasować je do danego klienta. Mimo że terapeuci zachęcani są do rozwijania własnego stylu uczenia, psychoedukacja powinna uwzględniać poniższy schemat. Informacje zawarte w proponowanym schemacie są dość obszerne. Elementy opisane w tej części sesji będą się różnić między klientami w zależności od stopnia zrozumienia klienta i jego wglądu w problemy. Ten podrozdział może być bardziej odpowiedni dla klientów, którzy znajdują się w stadium prekontemplacji. Terapeuci są zachęcani do omówienia tylko tych informacji, z których klient może skorzystać.

4.2.1. Ustabilizuj uprawianie hazardu

Ustabilizuj zachowanie hazardowe, omawiając poniższe zagadnienia. Uprawianie hazardu jest powszechną czynnością wykonywaną przez wiele osób. Różne badania pokazały, że w pewnym okresie swojego życia hazard uprawiało od 70% do 90% osób dorosłych (Ladouceur, 1991; Wallisch, 1998). Można jednak wyróżnić indywidualne różnice we wzorcach grania. Na przykład istnieją indywidualne różnice w preferencji typów gier hazardowych (gry losowe typu lotto, gry w kasynach, automaty do gier, zakłady sportowe), jak również w charakterze, częstotliwości, czasie trwania i zakresie hazardu. Hazardziści umiejscawiani są na kontinuum i każdy z nas znajduje się gdzieś pomiędzy:

Osoba niegrająca....> Hazardzista okazyjny....> Hazardzista regularny...
> Hazardzista problemowy.....> Hazardzista patologiczny

4.2.2. Omów hazard problemowy

Omów z klientem jego zachowania problemowe związane z hazardem i negatywne konsekwencje, uwzględniając poniższe zagadnienia. Hazard

nabiera charakteru problemowego, kiedy wymyka się danej osobie spod kontroli i zaczyna stwarzać problemy (społeczne oraz osobiste). Zachowania związane z hazardem problemowym obejmują (American Psychiatric Association, 2000):

- częste zaabsorbowanie graniem lub zdobywaniem pieniędzy na granie;
- częste granie dłużej, niż się planowało;
- poirytowanie podczas prób ograniczenia lub zaprzestania grania;
- potrzebę zwiększania wysokości stawek i częstotliwości zakładów, aby osiągnąć ten sam poziom podekscytowania;
- niepokój lub nerwowość, kiedy dochodzi do ograniczenia lub zaprzestania grania;
- granie jako sposób na ucieczkę od problemów lub negatywnych emocji;
- okłamywanie innych w celu ukrycia stopnia zaangażowania w uprawianie hazardu;
- popełnianie czynów przestępczych (np. oszustw), aby finansować hazard lub spłacać długi;
- ryzykowanie lub utratę relacji z osobami bliskimi z powodu uprawiania hazardu;
- pożyczanie pieniędzy w celu zmniejszenia długu hazardowego lub sfinansowania hazardu;
- nieudaną próbę ograniczenia lub zaprzestania uprawiania hazardu;
- ryzykowanie lub utratę ważnych możliwości z powodu uprawiania hazardu;
- powtarzające się próby odegrania straconych pieniędzy;
- próby ukrycia uprawiania hazardu poprzez manipulację (np. chowanie biletów wstępu do kasyn).

Omów wyniki diagnozy (np. wyniki zastosowanych kwestionariuszy i informacje z wywiadu, jak również dane zebrane przez klienta podczas monitorowania własnych zachowań). Ważne, aby powiązać informacje z obecną sytuacją klienta oraz opracowanym przypadkiem, aby pomóc klientowi zwiększyć motywację i dopasować odpowiednią formę leczenia.

4.2.3. Omów charakter i rozwój hazardu problemowego

Omów charakter i rozwój hazardu problemowego poprzez rozważenie poniższych cech:

- Jest chroniczny – szczególnie kiedy staje się patologiczny. Osoby otaczające problemowych hazardzistów zwykle jako pierwsze rozpoznają problem, podczas gdy problemowy hazardzista zaprzecza jego istnieniu.
- Jest postępujący (tzn. stopniowo się pogarsza).
- Jest to chroniczne zaburzenie, które obejmuje niesłabnącą i powtarzającą się nieumiejętność oparcia się chęci gry; „nieodpowiednio przystosowane zachowanie zakłócające lub niszczące osobiste, rodzinne lub zawodowe plany” (American Psychological Association, 1994, str. 615).

- Różne typy gier hazardowych mają zróżnicowany potencjał, aby stać się zachowaniami problemowymi, ale badania sugerują, że automaty do gier są obecnie wiodącym rodzajem hazardu u problemowych hazardzistów leczonych w kilku krajach (Raylu i Oei, 2002). Ten rodzaj hazardu wykazuje potencjalną problematyczność ze względu na łatwą dostępność, dużą częstotliwość występowania i krótkie przedziały czasowe do otrzymania wygranych (Raylu i Oei, 2002).
- Silna chęć uprawiania hazardu zwykle się zwiększa w sytuacjach stresowych.
- Rozwijający się hazard problemowy może potęgować współistniejący lęk i symptomy depresji lub prowadzić do rozwinięcia się objawów lęku i depresji.
- Istnieją trzy cechy wspólne upodabniające uzależnienie od hazardu do innych typów uzależnień (np. uzależnienia od substancji psychoaktywnych):
 - Tolerancja – problemowi hazardziści często grają, zwiększając stawki i sumy pieniędzy, aby osiągnąć pożądane pobudzenie (podekscytowanie). Powszechne jest podejmowanie prób „odegrania” utraconych pieniędzy podczas gier hazardowych.
 - Utrata kontroli – gdy uprawianie hazardu staje się częstsze, mniej czasu przeznaczają na inne rzeczy (np. pracę, rodzinę i rozrywkę).
 - Objawy odstawienia – kiedy problemowi gracze nie mogą zaspokoić zapotrzebowania na granie ze względu na brak pieniędzy lub możliwości, mogą się u nich pojawić negatywne stany emocjonalne (np. nuda, irytacja, lęk i depresja). Są one podobne do objawów zespołu abstynencyjnego, których doświadczają osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych po odstawieniu alkoholu lub narkotyków.

Główną różnicą pomiędzy uzależnieniem od hazardu a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych jest to, że uzależnienie od alkoholu i narkotyków bazuje na uzależnieniu od substancji wprowadzanej do organizmu. Jednakże u graczy problemowych uzależnienie jest związane z wewnętrznym pobudzeniem (nie zaś zewnętrzną pochodną substancją), którego problemowi hazardziści doświadczają podczas gry.

4.2.4. Omów powody, dla których ludzie zaczynają uprawiać hazard

Omów z pacjentem powód rozpoczęcia grania. Zachęcaj klienta do uzupełnienia części A tabeli motywacji do hazardu (dodatek J) podczas omawiania wyzwalaczy hazardu. Przykładowe powody opisane są szczegółowo w rozdziale 2 (tzw. czynniki predysponujące).

4.2.5. Omów powody kontynuowania gry pomimo przegranych

Zbadaj czynniki, które obecnie mogą podtrzymywać problemy z hazardem. Zachęć klienta do zapisania tego w części B – w tabeli motywacji do hazardu (dodatek J). Potencjalne czynniki zostały szczegółowo omówione w rozdziale 2 (czynniki utrwalające). Zwięzła dyskusja z klientem na temat możliwych czynników predysponujących może pomóc kliento-

wi zrozumieć przyczyny powstania jego problemów (krótki opis możliwych czynników predysponujących znajduje się w poprzedniej sesji).

4.3. OMÓW STRATEGIE SAMOKONTROLI W CELU USTABILIZOWANIA UPRAWIANIA HAZARDU

Przed omówieniem strategii samokontroli w celu ustabilizowania uprawiania hazardu wyjaśnij klientowi: „Niektóre strategie stabilizujące granie, które teraz omówimy, pomogą panu zaprzestać uprawiania hazardu lub zacząć kontrolować hazard tylko na krótki czas. Dzieje się tak, ponieważ zwykle istnieją inne czynniki, które podtrzymują granie (co zostało zaznaczone w poprzednim dziale), takie jak zniekształcone myślenie i negatywne emocje – omówienie tych zagadnień jest niezbędne, aby możliwe było utrzymywanie długoterminowej abstynencji lub kontroli gry. Strategie te pomogą panu jednak ustabilizować granie i w kolejnych sesjach będzie pan mógł poświęcić uwagę czynnikom, które podtrzymują problemy z hazardem”. Ze względu na znaczną liczbę podanych strategii wybierz te spośród nich, które są najbardziej odpowiednie dla klienta lub przezeń preferowane. Możesz zaproponować inne strategie w późniejszych sesjach lub kiedy wybrana strategia okaże się nieskuteczna.

4.3.1. Omów wyzwalacze hazardu i dopasowane do nich „koła ratunkowe”

Wyjaśnij klientowi, że: „Uprawianie hazardu nie bierze się z niczego. Chęć jego uprawiania potęgują różne myśli, miejsca lub czynności (zajęcia). Nazywane są »wyzwalaczami«. Wyzwalacze mogą być zewnętrzne lub wewnętrzne”. Niektóre przykłady wyzwalaczy:

■ **Zewnętrzne:**

- dostępność gotówki;
- przebywanie w miejscu, w którym możliwe jest uprawianie hazardu, takim jak pub czy klub, w którym dostępne są automaty do gier;
- spożywanie alkoholu (lub używanie narkotyków);
- świadomość zbliżającego się przypływu gotówki (np. dzień wypłaty);
- kontakt z osobami, miejscami, porami dnia i sytuacjami zwykle kojarzonymi z hazardem (np. przebywanie z ludźmi, którzy grają);
- dźwięki lub widok automatów do gier;
- spotykanie się z przyjaciółmi, z którymi klient grał;
- czas wolny;
- konflikty interpersonalne.

■ Wewnętrzne:

- osamotnienie i samotność;
- określone emocje (np. frustracja, znudzenie, złość, obniżenie nastroju, stres);
- potrzeba pobudzenia lub stymulacji;
- negatywne, dysfunkcjonalne myśli (np. „Jeśli dalej będę grał, w końcu odzyskam wszystko, co przegrałem”).

Powiedz klientowi, że: „Niektóre wyzwalacze trudno rozpoznać. Monitorowanie własnych zachowań hazardowych pomoże panu je zidentyfikować. Chęć gry może wzrosnąć do poziomu, kiedy zbyt trudno będzie ją kontrolować. Dlatego ważne jest przygotowanie »koła ratunkowego«. Pomaga to w ograniczeniu prawdopodobieństwa występowania tych wyzwalaczy i wdawania się w sytuacje wysokiego ryzyka, które mogą doprowadzić do nawrotu”.

Zastosuj tabelę identyfikowania wyzwalaczy hazardu i stosowania kół ratunkowych (dodatek K), aby zbadać, które z tych czynników dotyczy klienta. Następnie pomóż klientowi w zidentyfikowaniu „kół ratunkowych”, odwołując się do trzech kategorii opisanych poniżej. Dostępne „koła ratunkowe” dla typowych wyzwalaczy (np. dnia wypłaty) obejmują na przykład unikanie poruszania się w pobliżu zakładów bukmacherskich, pozostawianie kart płatniczych bliskiej osobie, szczegółowe zaplanowanie dnia, telefonowanie na infolinię lub do przyjaciela, gdy pojawi się silna chęć gry. Poniżej omówione zostały trzy kategorie „kół ratunkowych”.

4.3.1.1. Kontrolowanie gotówki

Klient powinien kontrolować ilość dostępnej gotówki, aby ograniczyć prawdopodobieństwo uprawiania hazardu. Można tego dokonać następującymi sposobami:

- Zabieranie ze sobą każdego dnia tylko niezbędnej ilości pieniędzy podczas wyjścia z domu (np. na obiad, kolację i transport).
- Pozostawianie kart płatniczych i kart kredytowych w domu. Jeżeli pojawia się niebezpieczeństwo powrotu do domu po pieniądze, klient powinien wziąć pod uwagę przekazanie pieniędzy zaufanej osobie. Jeśli klient decyduje się na przekazanie pieniędzy zaufanej osobie bliskiej, osoba ta powinna zostać poinformowana o pełnym zakresie problemów związanych z hazardem (np. kłamaniu w celu uzyskania dostępu do kart płatniczych). Konieczne może być również przekazanie kart płatniczych i pozostawienie jej u zaufanej osoby aż do momentu, kiedy klient poczuje, że jego zachowania hazardowe uległy ustabilizowaniu. Jeżeli klient nie ma takiej osoby w bliskim otoczeniu, może rozważyć skorzystanie z usług doradcy finansowego.
- Zlecenie wypłaty wynagrodzenia bezpośrednio na konto bankowe zamiast w gotówce do ręki. Korzystne może się okazać założenie wspólnego konta z osobą zaufaną,

np. ze współmałżonkiem (konta, w ramach którego do wypłacenia pieniędzy wymagane są dwa podpisy lub z którego pieniądze wypłacać może tylko druga osoba). Jeżeli jest to niemożliwe, klient może ustalić, aby jego wynagrodzenie przekazywano przyjacielowi lub innej zaufanej osobie.

- Płacenie za rachunki (np. energia elektryczna, telefon, ubezpieczenie), stosując polecenie zapłaty lub bezgotówkowo, za pomocą karty płatniczej. Klient może również poprosić bliską osobę o regularne płacenie rachunków. Przy czym powinien być zaangażowany w proces podejmowania decyzji odnośnie do wydawania pieniędzy i opłacania rachunków. Jeżeli klient nie może przekazać kart płatniczych nikomu innemu, może poprosić przyjaciela o towarzyszenie mu podczas opłacania rachunków.
- Rozważenie ujawnienia problemów z hazardem w bankach, aby dodatkowo ograniczyć możliwość zaciągnięcia pożyczki lub kredytu.
- Karty kredytowe i inne typy rachunków bankowych połączonych z kartami są powszechnymi źródłami pieniędzy dla problemowych hazardzistów. Jeżeli konta należą do klienta, powinien zwrócić karty do banku i złożyć oficjalny wniosek o odmowę przyznania mu kredytu przez bank lub dyspozycję zamknięcia rachunku. Należy również zadbać o spłatę debetu lub kredytu. Jeżeli klient jest współwłaścicielem rachunku bankowego, warto zasięgnąć porady w banku lub u niezależnego doradcy finansowego na temat ograniczenia ryzyka rozszerzenia linii kredytowej.
- Jeśli klient zastawił rzeczy w lombardzie lub dokonał sprzedaży, żeby uzyskać pieniądze, powinien podjąć środki ostrożności w celu zabezpieczenia wartościowych przedmiotów przed impulsywnym działaniem (np. poprzez przekazanie wartościowych przedmiotów zaufanej osobie lub członkowi rodziny na przechowanie).
- W przypadku domu rodzinnego, pozostałych nieruchomości lub zagrożonych inwestycji innego rodzaju należałoby skorzystać z porady prawnej w celu ich zabezpieczenia.
- Rachunki bankowe powinna kontrolować osoba inna niż problemowy hazardzista. Dokonuje się tego poprzez przepisanie rachunków bankowych na inną osobą (zwykle współmałżonka).
- Upewnienie się, że nie posiada się w domu dużych sum w gotówce.
- Przeglądanie i analizowanie wyciągów bankowych.
- Wypłacanie z bankomatów ograniczonych sum pieniędzy.
- Unikanie podejmowania pracy, w której istnieje łatwy dostęp do gotówki.

Przy wyborze bliskiej osoby, która przejmie odpowiedzialność finansową za klienta, należy wyjaśnić zarówno klientowi, jak i tej osobie bliskiej, że takie rozwiązanie jest tymczasowe. Późniejsze wznowienie pełnych uprawnień do korzystania z konta może być szczególnie trudne dla współmałżonków, gdyż wiąże się z obawą, że klient powróci do uprawiania hazardu. Odzyskiwanie niezależności finansowej jest kluczowe dla długoterminowych pozytywnych rezultatów terapii.

4.3.1.2. Unikanie

Najłatwiejszym sposobem uniknięcia pojawienia się silnej chęci gry jest unikanie wyzwalaczy i sytuacji wysokiego ryzyka. Na przykład:

- niezblizanie się do miejsc, w których w przeszłości klient uprawiał hazard (np. kasyn, salonów gier);
- unikanie czytania gazet o tematyce bukmacherskiej;
- unikanie rozmów z innymi problemowymi hazardzistami;
- dobrowolne zakazanie sobie wstępu do miejsc, w których uprawia się hazard.

Istotne jest podkreślenie krótkoterminowości takiego rozwiązania, które ma pomóc klientowi ustabilizować granie. W dalszym etapie programu klient będzie zachęcany do stawiania czoła wyzwalaczom i stosowania strategii kontrolowania chęci gry.

4.3.1.3. Alternatywne zajęcia i kontrola spędzanego czasu

Hodgins i El-Guebaly (2004) zauważyli, że dysponowanie niezaplanowanym czasem lub znudzenie było pośród problemowych hazardzistów istotnie powiązane z nawrotem. Tak więc klient powinien zaplanować alternatywne zajęcia w czasie, gdy uprawiał hazard, aby ograniczyć powstawanie chęci gry lub zabezpieczyć się przed nawrotami. Jeśli klient ma dokładnie zaplanowany dzień, jest mniej skłonny myśleć o uprawianiu hazardu. Wyjaśnij klientowi, że zaprzestanie problemowych zachowań – uprawiania hazardu – łączy się z zastąpieniem ich zdrowymi zachowaniami. Przyjemne spędzanie czasu pomoże również klientowi w radzeniu sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, takimi jak depresja. Planowanie alternatywnych zajęć jest kluczowe, zwłaszcza w trudnych okresach o podwyższonym ryzyku (np. w czasie, kiedy klient zwykle gra po pracy, może się umówić na spotkanie z przyjacielem).

Kolejna strategia, w przeciwieństwie do dwóch powyższych, nie jest krótkoterminowa – niesie za sobą wiele długofalowych korzyści:

- Motywuje klienta do robienia rzeczy, które zwykł robić lub chciał robić, zanim hazard stał się problemowy.
- Takie zajęcia i zachowania mogą szybko wypełnić lukę pozostawioną po zaprzestaniu lub ograniczeniu grania oraz zminimalizować szansę wystąpienia nawrotu.
- Zachęca klienta do wyznaczenia celów długoterminowych, które poprawią jakość jego życia.
- Ćwiczenia fizyczne, relaksacyjne lub rekreacyjne mogą również poprawić nastrój oraz relacje z innymi osobami (Korn i Shaffer, 2004).

Niektórzy klienci mogą odnieść korzyści z wdrażania planu dnia. Możesz na przykład powiedzieć klientowi: „Kiedy ma pan zaplanowany cały dzień, nie daje pan sobie czasu na wychodzenie i granie. Zaplanowanie dnia wiążącego się ze szczególnym zagrożeniem (np. dnia wypłaty), zanim ten dzień nastąpi (np. w poprzedzającej go dobie) sprawi, że będzie pan bardziej pewny, że dany dzień zakończy się bez grania, jako że będzie pan świadomy tego, co pomyślał pan o tym dniu, oraz że przygotował pan »koła ratunkowe«, aby ograniczyć okazje do gry”. Podczas realizacji planu dnia należy wziąć pod uwagę mnóstwo czynników (np. uwzględnić szeroki wachlarz zajęć zarówno „rozrywkowych”, jak i obowiązków, wypełnić wszystkie luki w planie i pamiętać o nagrodach za jego wykonanie). Tabela planu dnia załączona jest w dodatku L. Arkusza alternatywnych zajęć z dodatku M można użyć do przeprowadzenia burzy mózgów z klientem, której rezultatem będzie wygenerowanie pomysłów różnych zajęć, jakie można by włączyć do planu dnia.

Jeżeli czas na to pozwoli, wspólnie z klientem wypełnij tabelę alternatywnych zajęć i ćwicz wypełnianie planu dnia (do wieczora lub na kolejny dzień). Ewentualnie możesz zachęcić klienta do uzupełnienia tabeli w ramach zadania domowego.

4.3.2. Omów strategię radzenia sobie z silną chęcią gry

Omów z klientem charakter silnej chęci gry (popędu).

- Popędy są naturalnymi reakcjami na zmiany we wzorcach zachowań hazardowych, sytuacje (np. sprzeczka ze współmałżonkiem), ludzi (np. spotkanie się kimś, z kim klient regularnie uprawiał hazard), a nawet zmienne nastroje (np. przygnębienie), które były częścią gry. Popędy mogą wystąpić nawet wobec braku wyzwalaczy (Kadden i in., 1995).
- Popędy trwają tylko kilka minut, rzadko utrzymują się dłużej niż godzinę. Nasilenie popędów nie jest stałe i równomierne, lecz najpierw intensyfikuje się, ostatecznie stając się nie do zniesienia, po czym osiąga szczyt, by na końcu wygasnąć niczym fala (Beck, Wright, Newman i Liese, 1993). Dlatego też uśmierzanie popędów poprzez granie nie ma żadnego sensu. Popędy staną się rzadsze i mniej intensywne, gdy klient nauczy się dawać sobie z nimi radę. Popędy są jak bezpańskie koty. Jeśli klient zacznie karmić bezpańskiego kota, będzie on wracał częściej. Podobnie jeśli klient podda się popędowi poprzez uprawianie hazardu, będą one pojawiać się częściej. Jeśli natomiast klient im się oprze, z czasem będą zanikać.
- Popędy najczęściej występują na wstępnych etapach leczenia. Klient powinien się spodziewać, że popędy pojawiają się od czasu do czasu i powinien być przygotowany na radzenie sobie z nimi. Kilku autorów wykazało, że w radzeniu sobie z popędami skuteczne są zarówno strategie behawioralne, jak i poznawcze (Beck i in., 1993; Marlatt i Gordon, 1985). Mimo że te strategie zostały pierwotnie wprowadzone do kon-

troli popędów dotyczących spożywania alkoholu i narkotyków, mogą być również stosowane w przypadku popędu do hazardu. Strategie te opisano poniżej.

4.3.2.1. Techniki behawioralne

Istnieje wiele behawioralnych technik radzenia sobie z popędami, m.in.:

- Karteczki – gdy popędy są silne, gracze problemowi zdają się tracić umiejętność obiektywnego myślenia. Dokonywanie spostrzeżeń opisujących powody, dla których klient nie powinien grać, często staje się trudne. Zatem warto przygotować takie spostrzeżenia na karteczkach, które klient może ze sobą wszędzie zabierać. Kiedy klient zaczyna odczuwać chęć gry, może przeczytać wcześniej przygotowane stwierdzenie, żeby sobie poradzić w tej trudnej sytuacji. Niektóre przykłady takich stwierdzeń to:
 - „Relacja z moją żoną aktualnie jest dobra. Chciałbym, żeby tak zostało”.
 - „Wydałem już mnóstwo pieniędzy na hazard, a jeśli będę dalej grać, nie ma żadnej gwarancji, że będę wciąż wygrywać”.
 - „Wykonałem już pierwszy krok w kierunku zwrócenia się o pomoc. Nie chcę wracać do tego, co było”.
 - „Muszę sobie z tym poradzić tu i teraz”.
 - „Z powodu grania jestem zadłużony”.
 - „Zaoszczędziłem już ____ zł, odkąd nie gram”.
 - „Spłaciłem już ____ zł mojego długu przez to, że nie gram”.
- Opóźnienie decyzji o graniu o godzinę – ponieważ popędy nigdy nie utrzymują się dłużej niż godzinę, zachęć klienta do odroczenia decyzji o graniu.
- Rozpraszanie uwagi – zachęć klienta, by skoncentrował się na czymś innym, kiedy doświadcza chęci gry. Pomoże to klientowi w zapobieganiu myśleniu o hazardzie i powstrzyma przed wzmacnianiem negatywnych postaw i błędów w myśleniu (Kadden i in., 1995). Techniki rozpraszania uwagi obejmują:
 - czytanie gazety, magazynu lub książki;
 - obserwowanie tego, co dzieje się dookoła (np. oglądanie witryn sklepowych, obserwowanie innych ludzi, domów) oraz zastanawianie się, jak można te rzeczy zmienić;
 - włączenie telewizora;
 - słuchanie radia, muzyki, śpiewanie;
 - wychodzenie z domu z konkretnym zamiarem (np. biblioteka);
 - zatelefonowanie do kogoś, żeby porozmawiać;
 - rozmawianie z ludźmi w bliskim otoczeniu;
 - odwiedziny u przyjaciela;
 - pisanie listu lub wiersza;
 - udanie się na przejażdżkę samochodem, na spacer, bieganie, pływanie itp.;
 - wykonywanie prac domowych i innych obowiązków;
 - recytowanie wiersza lub odmawianie modlitwy;
 - granie na konsoli do gier, w gry planszowe lub układanie puzzli;
 - oglądanie telewizji.

Tabela alternatywnych zajęć znajdująca się w dodatku M zawiera zbiór zajęć, które klient może zastosować do odwrócenia uwagi od chęci gry.

4.3.2.2. Techniki poznawcze

Istnieje wiele technik poznawczych do radzenia sobie z popędami. Można do nich zaliczyć:

- Imaginację – podczas doświadczania chęci gry wielu problemowych hazardzistów ma tendencję do przypominania sobie jedynie pozytywnych konsekwencji grania (np. wygrywanie dużych sum pieniędzy), często zapominając o negatywnych skutkach (np. przegrywanie wypłaty). Dlatego doświadczając pragnienia gry, klient może odnieść korzyść z przypominania sobie o negatywnych konsekwencjach grania (straty finansowe). Klient może zastępować pozytywne wyobrażenia negatywnymi, związanymi z konsekwencjami grania. Nazywa się to zamianą obrazową. Czasami jednak hazardziści doświadczają silnych negatywnych wyobrażeń o ich obecnej sytuacji (np. utrata rodziny z powodu hazardu lub brak możliwości spłaty długów). Takie myśli często prowadzą do poczucia beznadziei, a w konsekwencji także do wpadek. Dlatego w takich momentach istotne jest pozytywne myślenie (tj. przypominanie sobie o korzyściach płynących z nieuprawiania hazardu) poprzez zastępowanie negatywnych wyobrażeń pozytywnymi konsekwencjami nieuprawiania hazardu (zamiana obrazowa pozytywna).
- Przeorientowanie obrazowe, hamowanie myśli – technika hamowania myśli dotyczy przeniesienia uwagi z dala od popędów poprzez wyobrażanie sobie wydarzeń. Bain (1928) jako pierwszy wprowadził pojęcie hamowania myśli. Polega ono na koncentrowaniu się na niechcianych myślach, by po krótkim czasie raptownie przerwać, pozbywając się wszystkich myśli. Ścisłej mówiąc, gdy tylko pojawią się myśli o hazardzie, należy krzyknąć w duchu do siebie „STOP! STOP! STOP!” Trzeba to zrobić jak najgłośniej, zarazem wyobrażając sobie znak STOP w jak najbardziej jaskrawych barwach. Następnie niezwłocznie odwrócić swoją uwagę poprzez skierowanie jej na coś innego (np. zacząć wykonywać inną czynność). Technika ta wymaga pewnej wprawy i ćwiczenia, ale z czasem stanie się nawykiem.
- Podważanie błędów w myśleniu – rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu i zamienianie ich na bardziej pozytywne myśli. Technika ta zostanie opisana bardziej szczegółowo w następnych trzech sesjach.

4.3.3. Omów strategię radzenia sobie z wpadkami i nawrotami

Nie należy zakładać, że klient nie podda się chęci gry, powstrzymując się od grania. Pojedyncza wpadka, jeśli nie zostanie dobrze opanowana, może doprowadzić do pełnego nawrotu. Ważne jest zatem, aby nauczyć klienta radzenia sobie z wpadkami w taki sposób, by nie dopuścić do pełnych nawrotów. Technika START opisana poniżej może ułatwić klientom „przywołanie się do porządku”, gdy doświadczą wpadki. Technika START może zostać użyta przez klienta do odsunięcia od siebie możli-

wości zagrania po doświadczeniu silnej chęci gry. Oparta jest na samoinstruktażowym modelu Meichenbauma (1977). Meichenbaum przedstawił kompleksowy model opierający się na znaczeniu roli samoinstruktażu w kontroli impulsów i zachowań. Zakłada on, że przy dostatecznej wprawie udzielanie sobie wskazówek do kontroli impulsów i zachowań staje się automatyczne (Freeman, Pretzer, Fleming i Simon, 1990). Kroki modelu są następujące:

STOP – natychmiast zaprzestań wykonywania obecnej czynności.

THINK – pomyśl o możliwych negatywnych konsekwencjach uprawiania hazardu (przy doświadczeniu silnej chęci gry) lub kontynuowania gry (przy doświadczeniu wpadki) i o wszystkich pozytywnych konsekwencjach doświadczonych do tej pory, a będących wynikiem kontrolowania grania lub powstrzymywania się od gry.

ACT – zadziałaj, usuwając się z trudnej sytuacji.

RING – porozmawiaj z kimś przez telefon (infolinia, przyjaciele).

TRY – wypróbuj techniki nabyte w tym podrozdziale, żeby kontrolować swoje popędy.

Technika **START** może zostać urzeczywistniona w formie umowy (kontraktu; zob. dodatek N) pomiędzy terapeutą a klientem, dotyczącej kroków, które należy podjąć w przypadku wystąpienia przyszłych wpadek. Stanowi również metodę wzmocnienia zaangażowania klienta w zmianę. Nagrody i negatywne konsekwencje związane odpowiednio z pomyślnym i niepomyślnym wykonaniem tej techniki również mogą zostać zawarte w kontrakcie.

4.4. PRZEDSTAW ZADANIA DOMOWE

Omów zadania domowe oraz przeszkody, które mogą uniemożliwić klientowi ich wykonanie. Upewnij się, że klient otrzymał poniższe materiały:

- Arkusz zadania domowego (poniżej).
- Materiały informacyjne klienta: Strategie stabilizujące uprawianie hazardu (poniżej). Upewnij się, że do materiałów dodane są ważne numery telefonu (np. numery infolinii, numery do członków grupy Anonimowych Hazardzistów).
- Puste egzemplarze harmonogramu dnia (dodatek L).
- Pusty egzemplarz tabeli alternatywnych zajęć znajdujący się w dodatku M (jeśli tabela nie została wypełniona podczas sesji) lub wypełniony egzemplarz tabeli (jeśli tabela została wypełniona podczas sesji).
- Kopie arkuszy wypełnionych podczas sesji – tabela motywacji do gry (dodatek J), tabela identyfikacji wyzwalaczy i przygotowania „kół ratunkowych” (dodatek K), kontrakt START (dodatek N).

Arkusz zadania domowego

- 1) Wypróbuj strategie, które poznałeś podczas sesji. Wykaz strategii, których się nauczyłeś, otrzymasz w trakcie sesji.
- 2) Uzupełnij tabelę alternatywnych zajęć (jeśli nie została uzupełniona podczas sesji). Wybierz kilka zajęć, które pomogą ci rozproszyć uwagę w momencie odczuwania chęci gry oraz zastępować zachowania hazardowe nowymi zdrowymi zachowaniami.
- 3) Ćwicz konstruowanie oraz wdrażanie dziennych planów działania. Możesz wybrać kilka zajęć z tabeli alternatywnych zajęć, aby wypełnić swój dzienny plan. Spróbuj wyrobić w sobie nawyk przygotowywania dziennego harmonogramu zawczasu. Gdy masz zaplanowany cały dzień, nie dajesz sobie czasu na granie. Upřednie planowanie harmonogramu (np. poprzedniego dnia) na dany dzień ryzyka (np. dzień wypłaty) dodaje pewności, że dzień upłynie bez grania – ponieważ masz świadomość własnych myśli na temat tego dnia oraz przygotowałeś „koła ratunkowe”, żeby ograniczyć okazje do gry.

Materiały informacyjne klienta: Strategie stabilizujące uprawianie hazardu

Strategie radzenia sobie z wyzwalaczami

Upewnij się, że masz przygotowane „koła ratunkowe” do wyzwalaczy.

- Kontrolowanie pieniędzy – kontroluj ilość dostępnej gotówki. W razie potrzeby przekaz dostęp do niej komuś innemu.
- Alternatywy i kontrola czasu – upewnij się, że masz alternatywne zajęcia (poza uprawianiem hazardu) i plan na cały dzień (harmonogram dnia), żeby nie mieć okazji do grania.
- Unikaj wyzwalaczy uprawiania hazardu.

Strategie radzenia sobie z chęcią gry

- Miej przy sobie karteczki z własnymi stwierdzeniami.
- Odłóż decyzję o zagranie o godzinę, ponieważ chęć gry rzadko utrzymuje się dłużej.
- Hamuj myśli i rozprosz uwagę – gdy tylko zaczniesz myśleć o graniu, wykrzyknij w duchu „STOP”, jednocześnie wyobrażając sobie znak STOP i natychmiast skieruj swoją uwagę na coś innego.
- Zamiana obrazowa – wyobraź sobie negatywne konsekwencje grania (zamiana na negatywne wyobrażenia) lub pozytywne konsekwencje nieuprawiania hazardu (zamiana na pozytywne wyobrażenia; Beck i in., 1993; Marlatt i Gordon, 1985).

Strategie radzenia sobie z wpadkami

Technika START oparta na samoinstruktażowym modelu Meichenbau (1997) powinna zostać zastosowana, gdy twoje popędy doprowadziły cię do sytuacji, w której zamierzasz zagrać lub już zagrałeś (tj. doznałeś wpadki).

STOP – natychmiast zaprzestań wykonywania obecnej czynności.

THINK – pomyśl o możliwych negatywnych konsekwencjach uprawiania hazardu (przy doświadczeniu silnej chęci gry) lub kontynuowania gry (przy doświadczeniu wpadki) i o wszystkich pozytywnych konsekwencjach doświadczonych do tej pory, a będących wynikiem kontrolowania grania lub powstrzymywania się od gry.

ACT – zadziałaj, usuwając się z trudnej sytuacji.

RING – porozmawiaj z kimś przez telefon (infolinia, przyjaciele).

TRY – wypróbuj techniki, których nauczyłeś się do tej pory, żeby kontrolować swoje popędy.

POPĘDY SĄ JAK BEZPAŃSKIE KOTY – JEŚLI CZĘSTO BĘDZIESZ JE KARMIC, CZĘŚCIEJ BĘDĄ DO CIEBIE WRACAĆ. JEŚLI NIE BĘDZIESZ ICH KARMIC, Z CZASEM ODEJDĄ.

Restrukturyzacja poznawcza – Identyfikowanie określonych błędów w myśleniu

Zawartość sesji i cele

- 5.1. Omów zadania domowe
- 5.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 5.3. Omów rozpoznawanie specyficznych dla uprawiania hazardu błędów w myśleniu
- 5.4. Ćwiczenie identyfikowania specyficznych dla uprawiania hazardu błędów w myśleniu
- 5.5. Przedstaw zadania domowe

5.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postęp klienta w realizacji zadań domowych i pochwal go za starania i osiągnięcia. Rozwiąż problemy oraz przyjrzyj się powodom niewywiązywania się z zaleceń. Poniżej znajdują się pytania, które możesz zadać, aby zainicjować dyskusję odnośnie każdego zadania domowego.

- Wypróbowanie strategii, których klient się nauczył na ostatniej sesji: Których strategii pan spróbował? Czy zadziałały? Jeśli tak, to jakie były ich konsekwencje? Jeśli nie, to co poszło nie tak? (Możesz przedyskutować, co klient mógłby zrobić następnym razem, aby rezultat był bardziej pozytywny).
- Uzupełnienie tabeli alternatywnych zajęć: Ile alternatyw udało się panu wymyślić? Ile z nich udało się panu wykonać przez tydzień? Jak poszło? Jak się pan czuł, stosując je?
- Planowanie harmonogramu dnia: Jak ocenia pan opracowane harmonogramy dni? Jakie według pana są korzyści płynące z opracowywania harmonogramów dni?

5.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI NA TEMAT RESTRUKTURYZACJI POZNAWCZEJ

5.2.1. Cel

Przedstaw zawartość oraz cele trzech sesji na temat restrukturyzacji poznawczej. Głównym celem tej sesji jest udzielenie klientowi pomocy w zidentyfikowaniu specyficznych dla uprawiania hazardu błędów w myśleniu, które motywują klienta do kontynuowania gry pomimo znacznych przegranych. Rozdział 6 obejmuje nauczanie klienta konfrontowania się z tymi specyficznymi dla uprawiania hazardu błędami w myśleniu. Rozdział 7 dotyczy nauczania klienta identyfikowania i kwestionowania pozostałych błędów w myśleniu. Obejmują one błędy w myśleniu dotyczące postrzegania przez klienta zachowań hazardowych, konsekwencji grania, umiejętności zaprzestania lub kontroli grania itp.

5.2.2. Uzasadnienie

W utrzymywaniu się problemów z hazardem kluczową rolę odgrywa wiele czynników, np. brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, brak wsparcia społecznego, brak odpowiednich umiejętności radzenia sobie, słabe umiejętności rozwiązywania problemów, negatywne emocje i błędy w myśleniu (Marlatt, 1988). W kolejnych sesjach każdy czynnik zostanie omówiony oddzielnie. Rozpocniemy od przyjrzenia się błędom w myśleniu. Zasady terapii poznawczej opisanej poniżej oraz w rozdziałach 6 i 7 opierają się na pracach kilku autorów (np. Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; Ellis i Harper, 1961).

Sposób myślenia (np. sposób interpretowania rozgrywających się wokół wydarzeń) wpływa na zachowania i uczucia. Błędy w myśleniu (znieskształcenia poznawcze) są ważne, ponieważ zmianę emocjonalną (np. poczucie przygnębienia lub winy) czy zmianę zachowania (np. uprawianie hazardu) niekoniecznie wywołują zdarzenia wyzwalamace (wyzwalacze), ale raczej pojawiające się myśli automatyczne. Stan umysłu, który charakteryzuje się pewnymi niebezpiecznymi myślami, może doprowadzić daną osobą do grania lub do nawrotu.

Zdarzenie wyzwalamace > Przekonania lub myśli > Konsekwencje (zachowania i emocje)

- Zdarzenia wyzwajające obejmują zarówno zdarzenia wewnętrzne (np. takie uczucia jak poczucie winy czy obniżenie nastroju) oraz zewnętrzne (np. przechodzenie koło kasyna lub zakładu bukmacherskiego).
- Przekonania i myśli wpływają na konsekwencje (np. „Hazard jest jedynym sposobem, żeby zapomnieć o moich problemach” lub „Czuję, że dzisiaj wygram”).
- Konsekwencje są zarówno natury behawioralnej, jak i emocjonalnej (np. poddawanie się popędowi i hazardowi lub uczucie przygnębienia i poczucie winy ze względu na doświadczanie chęci gry).

Jeśli te błędy w myśleniu występują przed graniem (np. „Muszę wygrać trochę pieniędzy, żeby spłacić swoje rachunki”), mogą prowadzić klienta do poddania się chęci do uprawiania hazardu. Jeśli takie błędy w myśleniu występują podczas grania (np. „Przegrałem ostatnie trzy razy z rzędu. Teraz na pewno wygram”), mogą zachęcić klienta do uprawiania hazardu pomimo ciągłych i poważnych strat. Jeśli takowe błędy w myśleniu pojawiają się po uprawianiu hazardu, tj. po wystąpieniu nawrotu (np. „Przegrałem całą swoją wypłatę. Żona mnie znienawidzi”), mogą wywołać poczucie winy lub beznadziei oraz motywować do dalszej gry.

Jeśli klient nauczy się izolować od takiego myślenia za każdym razem, gdy się ono pojawia, oraz podważać takie myśli w celu ukazania ich zniekształceń, sytuacja nie musi się skończyć nawrotem. Osiągnięcie tego jest możliwe przy użyciu techniki zwanej restrukturyzacją poznawczą. Kilka badań wykazało ponadto, że restrukturyzacja poznawcza jako element TPB może znacząco ograniczyć objawy hazardu problemowego (Ladouceur i in., 1989, 1998; Gaboury i Ladouceur, 1990).

Wyróżnia się trzy kroki techniki restrukturyzacji poznawczej:

- rozpoznawanie błędów w myśleniu;
- konfrontowanie się z błędami myślowymi poprzez rozważenie, czy są one trafne, pomocne lub potrzebne;
- zastępowanie zniekształconych myśli bardziej realistycznymi, funkcjonalnymi i pozytywnymi.

Pośród graczy problemowych występują dwie kategorie błędów w myśleniu:

- Błędy myślowe specyficzne dla uprawiania hazardu – błędy myślowe, które dotyczą tylko problemowych hazardzistów i są konkretnie związane z ich umiejętnościami gry lub szansami na wygraną bądź przegraną.
- Pozostałe, ogólne błędy myślowe – ogólne błędy w myśleniu przejawiane przez hazardzistów na temat zachowań hazardowych, problemów z hazardem, konsekwencji gry, umiejętności zaprzestania grania lub kontrolowania hazardu itd.

Celem tej sesji jest nauczenie klienta rozpoznawania określonych błędów myślowych, natomiast kolejna sesja koncentruje się na nauczeniu klienta sposobów konfrontowania się z tymi błędami. Sesja w rozdziale 7 poświęcona jest nauczeniu klienta rozpoznawania i podważania pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu.

5.3. OMÓW ROZPOZNAWANIE SPECYFICZNYCH DLA UPRAWIANIA HAZARDU BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Toneatto (1999) wyróżnił kilka kategorii błędów myślenia związanych z umiejętnością gry i umiejętnością wygrywania, które mogą wystąpić przed graniem, podczas gry i po niej. Takie myśli motywują problemowych hazardzistów do kontynuowania gry pomimo przegranych. Istnieją trzy główne kategorie, opisane poniżej.

5.3.1. Iluzja kontroli uprawiania hazardu

Iluzja kontroli uprawiania hazardu dotyczy przekonania, że dana osoba może kontrolować wynik gry. Istnieją trzy typy iluzji kontroli.

- Aktywna iluzja kontroli – przekonanie, że można bezpośrednio kontrolować wyniki gry (tj. wygraną lub przegraną) poprzez granie w określonych miejscach (np. tam, gdzie się wygrywało), noszenie szczególnych przedmiotów (np. religijnej biżuterii lub talizmanów), przeprowadzanie określonych rytuałów (np. wykonywanie znaku krzyża lub odmawianie modlitwy przed grą) lub opieranie się na systemach, określonych kolorach lub szczęśliwych numerach przy podejmowaniu decyzji związanych z hazardem.
- Pasywna iluzja kontroli – przekonanie, że można bezpośrednio kontrolować to, czy się wygra bądź przegra, grając tylko wtedy, gdy dana osoba czuje się szczęśliwa i odnosi sukcesy w innych obszarach życia, lub unikając hazardzistów, którzy przegrywają.
- Przecenianie własnej umiejętności wygrywania oraz umniejszanie umiejętności pozostałych graczy (np. „Dzisiaj na pewno wygram. Od jutra będę się dalej leczył”).

5.3.2. Kontrola przewidywania

Kontrola przewidywania dotyczy przekonania, że dana osoba posiada umiejętność dokładnego przewidywania (np. kiedy maszyna wypłaci, który koń wygra wyścig lub kto wygra, a kto przegra), opartą na poniższych elementach:

- Wróżby, niezwykle wydarzenia (np. pogoda), przeczucia, uczucia, instynkty i intuicja.

- Wcześniejsze wygrane lub przegrane (np. granie w tym samym czasie, kiedy hazardzista uzyskał wielką wygraną; unikanie określonych automatów do gier, w których przegrał wcześniej pieniądze).

5.3.3. Błąd interpretacyjny

Błędy interpretacyjne dotyczą przeformułowania wyników w taki sposób, że zachęcają do kontynuowania gry pomimo ciągłych lub poważnych strat. Pośród problemowych graczy występuje kilka różnych typów błędów interpretacyjnych:

- Atrybucje wewnętrzne, atrybucje zewnętrzne – przypisywanie sukcesów własnym umiejętnościom lub zdolnościom, z jednoczesnym traktowaniem porażek jako będących rezultatem wpływu innych osób, pecha lub niesprzyjających okoliczności.
- Paradoks hazardzisty – interpretowanie ciągu przegranych jako zbliżającej się wygranej (np. „Automat teraz nie wypłaca nic, ponieważ wielka wypłata jest tuż za rogiem. Jeśli będę wystarczająco długo grał, w końcu wygram. Jeśli podwoję teraz zakłady, to kiedy wygram, zgarnę niebotyczną sumę”).
- Odgrywanie się – przekonanie, że kontynuowanie grania w końcu doprowadzi do odzyskania straconych pieniędzy.
- Przeistaczanie przegranych – przeformułowanie ciągłych porażek w doświadczenie, z którego należy wyciągnąć wnioski (np. „Seria porażek wiele mnie nauczy, co z kolei pomoże mi wygrać w przyszłości”).
- Pamięć wybiórcza – łatwiejsze przypominanie sobie wygranych niż przegranych, a zatem spodziewanie się wygranych w grach, w których wcześniej się przegrywało.
- Efekt pewności wstecznej (efekt „wiedziałem, że tak będzie”) – kategoryzowanie wyborów „hazardowych” w oparciu o to, czy kończą się wygranymi, czy przegranymi. Jeżeli zdarzy się wygrana, gracz uznaje, że jego wybór hazardowy był poprawny, umacniając się w przekonaniu, że posiada umiejętności lub zdolności przewidywania przyszłości. Z drugiej strony jeśli zdarzy się przegrana, gracz przypisuje sobie uprzednią świadomość tego faktu („wiedziałem, że tak będzie”) i uznaje, że mógł uniknąć tego wyboru (np. „Wiedziałem, że powinienem być postawić na czerwone zamiast na czarne”). Może to umocnić przekonanie tej osoby, że posiada zdolność przewidywania wygranych i przegranych oraz że każda przegrana niesie za sobą naukę na przyszłość.

Raylu i Oei (2004) zaproponowali dwa inne schematy myślenia: oczekiwania związane z hazardem oraz postrzegany brak umiejętności kontroli lub zaprzestania uprawiania hazardu, co może się odnosić do problemowych hazardzistów. Opis schematów znajduje się poniżej.

5.3.4. Oczekiwania związane z hazardem

Oczekiwania związane z hazardem odnoszą się do rezultatu gry (np. „Granie poprawi mi humor, pomoże mi pozbyć się lęku/ zrelaksuje

mnie/ doda mi sił/ usatysfakcjonuje mnie"). Takie oczekiwania mogą również dotyczyć racjonalizowania niezdolności do zaprzestania gry (np. „Bez hazardu bardzo bym się nudził” lub „Nie mogę się zrelaksować bez uprawiania hazardu”). Co więcej, takie myśli zachęcają hazardzistów do kontynuowania gry pomimo ciągłych przegranych.

5.3.5. Brak umiejętności zaprzestania lub kontroli uprawiania hazardu

Problemowi hazardziści często wielokrotnie próbują zaprzestać hazardu lub kontrolować jego uprawianie, niestety bez skutku (American Psychological Association, 1994). Wiele nieudanych prób zaprzestania lub kontroli grania może prowadzić do negatywnych myśli (np. „Mój hazard jest przytłaczający” lub „Nie mam wystarczająco dużo sił, żeby przestać grać”).

Takie myśli mogą prowadzić hazardzistów do zaniechania próby zaprzestania lub kontroli uprawiania hazardu i w konsekwencji do potwierdzenia ich przekonania o bezradności wobec uporania się z problemami z hazardem.

5.4. ĆWICZENIE IDENTYFIKOWANIA SPECYFICZNYCH DLA UPRAWIANIA HAZARDU BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Aby pomóc klientowi określić związane z hazardem błędy w myśleniu, można zastosować następujące metody:

- Omów wcześniejsze epizody angażowania się w gry hazardowe. Omów całe wydarzenie (uwzględniając emocje, zachowania, a zwłaszcza myśli prowadzące do tych zdarzeń). Zbadaj procesy myślowe, które zachodziły przed epizodami hazardowymi, w trakcie i po nich, aby przywołać myśli, które doprowadziły klienta do grania oraz podtrzymywania problemowego zachowania.
- Zastosuj technikę „strzałki w dół” (Burns, 1989), aby pomóc zidentyfikować zniekształcenia poznawcze. Technika polega na zadawaniu klientowi pytań związanych z łańcuchem wydarzeń, przy zastosowaniu określonych zwrotów (np. „Co to oznacza?”, „Co się zdarzyło potem?”, „Co ma pan na myśli?”, „O czym pan myślał?”, „Co jeszcze mogło się wydarzyć?”, „Jakie jeszcze są pańskie przemyślenia?”, „Jak by się pan wtedy czuł?”).
- Możesz zastosować skalę myśli związanych z hazardem (Raylu i Oei, 2004), aby pomóc określić możliwe błędy w myśleniu klienta.
- Prześledź każdy rodzaj błędu w myśleniu, sprawdzając, czy klient może się z nim zidentyfikować. Sporządź listę błędów w myśleniu, z którymi klient się identyfikuje.
- Zastosuj tabelę irracjonalnych myśli A (dodatek O), najczęściej stosowany arkusz do monitorowania myślenia w TPB (Beck i in., 1979).

5.5. ZADANIA DOMOWE

Poproś klienta, aby monitorował swoje myślenie przy użyciu tabeli irracjonalnych myśli A (Beck i in., 1979). Możesz wprowadzić zadanie domowe w następujący sposób: „Poznaliśmy właśnie różne typy błędów w myśleniu, które są powszechne wśród hazardzistów. Odniósł się pan do kilku z nich. Jak wspomniano wcześniej, niektóre myśli pojawiają się tak automatycznie, że nawet nie zdaje sobie pan sprawy z tego, że popełnia pan błędy w myśleniu. Jedynym sposobem na określenie tych błędów jest monitorowanie własnych wzorców myślenia. A to oznacza zapisywanie myśli za każdym razem, gdy napotyka pan wyzwalacz, nabierze pan chęci do gry lub zauważy pan zmianę nastroju. To są najlepsze okazje do »wyłapania« tych automatycznych myśli. Powinien pan być w stanie sformułować te myśli, jeśli zamierza je pan skutecznie podważyć”.

Upewnij się, że klient posiada poniższe materiały:

- arkusz zadania domowego,
- kilka egzemplarzy tabeli irracjonalnych myśli A (dodatek O),
- materiały informacyjne klienta: Rozpoznawanie błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu.

Zachęć też klienta do kontynuowania ćwiczenia strategii wyuczonych podczas ostatniej sesji oraz do korzystania z infolinii lub uczestniczenia w grupie wsparcia dla problemowych hazardzistów (np. Anonimowych Hazardzistów). Możesz powiedzieć: „Proszę rozwinąć w sobie nawyk wykonywania tych czynności raz na tydzień. Stopniowo, częstotliwość telefonów bądź spotkań może się zmienić, ze spotkania raz w tygodniu na dwa razy w miesiącu, a później, gdy poczuje pan się pewniej w zakresie kontrolowania hazardu lub wstrzymywania się od uprawiania hazardu, raz w miesiącu. Pomoże to panu trzymać się obranego kursu po zakończeniu programu. Oznacza to utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może pomóc w monitorowaniu hazardu po ukończeniu leczenia, co z kolei może ograniczyć możliwość wpadki lub nawrotu”. Upewnij się, że klient zanotował sobie ważne numery telefonów do odpowiednich organizacji.

Arkusze zadania domowego

- 1) Ćwicz rozpoznawanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu, używając tabeli irracjonalnych myśli A i materiałów informacyjnych klienta – błędy w myśleniu specyficzne dla hazardu.
- 2) Kontynuuj stosowanie strategii wyuczonych w poprzednich sesjach.
- 3) Rozwiń w sobie nawyk wykonywania tych czynności raz na tydzień. Stopniowo, częstotliwość telefonów bądź spotkań może się zmienić, ze spotkania raz w tygodniu, na dwa razy w miesiącu, a później, gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania hazardu lub wstrzymywania się od uprawiania hazardu, raz w miesiącu. Pomoże Ci to trzymać się obranego kursu po zakończeniu programu. Oznacza to utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może pomóc w monitorowaniu hazardu po ukończeniu leczenia, co z kolei może ograniczyć możliwość wpadki lub nawrotu.

Materiały informacyjne klienta:

Rozpoznawanie błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu

Toneatto (1999) zasugerował, że istnieje wiele specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu, które mogą odgrywać rolę w utrzymywaniu się problemowego hazardu. Są to:

- 1) Iluzja kontroli uprawiania hazardu – przekonanie, że dana osoba może kontrolować wynik gry:
 - Aktywna iluzja kontroli – przekonanie, że można bezpośrednio kontrolować wyniki gry (tj. wygraną lub przegraną), grając w określonych miejscach (np. tam, gdzie się wygrywało), nosząc szczególne przedmioty (np. religijną biżuterię lub talizmany), przeprowadzając określone rytuały (np. wykonując znak krzyża lub modląc się przed grą) lub opierając się na systemach, określonych kolorach lub szczęśliwych numerach podczas podejmowania decyzji związanych z hazardem.
 - Pasywna iluzja kontroli – przekonanie, że dana osoba może bezpośrednio kontrolować to, czy wygra bądź przegra, grając tylko wtedy, gdy czuje się szczęśliwa albo odnosi sukcesy w innych obszarach życia, lub unikając hazardzistów, którzy przegrywają.
 - Przecenianie własnych umiejętności gry i niedocenywanie umiejętności wygrywania u innych graczy.

- 2) Kontrola przewidywania – przekonanie, że dana osoba posiada umiejętności dokładnego przewidywania (np. kiedy maszyna wypłaci, który koń wygra lub kto wygra, a kto przegra) oparte na:
 - wróżbach, niezwykłych wydarzeniach (np. pogodzie), przeczuciach, uczuciach, instynktach i intuicji,
 - wcześniejszych wygranych lub przegranych (np. granie w tym samym czasie, w którym wcześniej zdobyło się wielką wygraną, lub unikanie określonych automatów do gier, w których przegrało się wcześniej pieniądze).
- 3) Błąd interpretacyjny – błędne sposoby interpretowania wyników gry:
 - atrybucje wewnętrzne, atrybucje zewnętrzne – przypisywanie sukcesów własnym umiejętnościom lub zdolnościom, z jednoczesnym traktowaniem porażek jako będących rezultatem wpływu innych osób, pecha lub niesprzyjających okoliczności;
 - paradoks hazardzisty – interpretowanie ciągu przegranych jako zbliżającej się wygranej (np. „Automat teraz nie wypłaca nic, ponieważ wielka wypłata jest tuż za rogiem. Jeśli będę wystarczająco długo grał, w końcu wygram. Jeśli podwoję teraz zakłady, to kiedy wygram, zgarnę niebotyczną sumę”);
 - odgrywanie się – przekonanie, że kontynuowanie grania w końcu doprowadzi do odzyskania straconych pieniędzy;
 - przeistaczanie przegranych – przeformułowanie ciągłych porażek w doświadczenie, z którego należy wyciągnąć wnioski (np. „Seria porażek wiele mnie nauczy, co z kolei pomoże mi wygrać w przyszłości”);
 - pamięć wybiórcza – łatwiejsze przypominanie sobie wygranych niż przegranych, a zatem spodziewanie się wygranych w grach, w których wcześniej się przegrywało.
- 4) Oczekiwanie związane z hazardem:
 - „Uprawianie hazardu sprawi, że będę się czuł bardziej szczęśliwy i zrelaksowany” lub „Hazard poprawia mi humor”.
- 5) Postrzeganie nieumiejętności powstrzymywania się przed hazardem lub kontrolowania hazardu:
 - „Nigdy nie będę w stanie przestać grać” lub „Granie mnie przerasta”.

Restrukturyzacja poznawcza II – Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu

Zawartość sesji i cele

- 6.1. Omów zadania domowe
- 6.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 6.3. Omów podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu
- 6.4. Ćwicz podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu
- 6.5. Sformułuj racjonalne stwierdzenia
- 6.6. Przedstaw zadania domowe

6.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w realizacji zadań domowych. Pochwal starania i osiągnięcia klienta. Poświęć uwagę obszarom problemowym lub powodom niewywiązywania się z zadań domowych.

6.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

6.2.1. Cel

Celem tej sesji jest nauczanie klienta podważania specyficznych dla hazardu myśli.

6.2.2. Uzasadnienie

Uzasadnienie zostało przedstawione w poprzednich sesjach. Klient powinien swobodnie rozpoznawać specyficzne dla hazardu myśli przed rozpoczęciem tej sesji. Jeśli klient nie opanował rozpoznawania specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu, należy przeznaczyć więcej czasu na wspieranie klienta w dążeniu do tego osiągnięcia.

6.3. OMÓW PODWAŻANIE SPECYFICZNYCH DLA HAZARDU BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Istnieje wiele sposobów wspierania klienta w podważaniu specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu. Kilka z nich zostanie omówionych poniżej.

6.3.1. Psychoedukacja

- Edukowanie klienta na temat uprawiania hazardu, rezultatów gry i pojęcia losowości – konsekwencje gry określone są przez losowość, która dotyczy niemożliwego do przewidzenia lub przypadkowego zdarzenia (Ladouceur, 2001). Tak więc kontrolowanie lub przewidywanie rezultatów gry jest niemożliwe. Wszystkie specyficzne dla hazardu błędy w myśleniu dotyczą błędnego przekonania, że istnieją związki pomiędzy niezależnymi losowymi zdarzeniami. Taki błąd w myśleniu podważa fakt, że w większości rodzajów hazardu prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich możliwych wyników jest takie samo (Ladouceur, Sylvain i Boutin, 2000); innymi słowy, rezultat każdego zdarzenia jest niezależny od wyniku innego zdarzenia (Sharpe, 1998). Na przykład to, że w ostatnich trzech rzutach ruletki wypadł kolor czarny, nie oznacza, że przy następnym zakręceniu kołem zwiększy się szansa na wypadnięcie koloru czerwonego. W grach hazardowych na maszynach wyniki są losowane przez system komputerowy (Sharpe, 1998). Dlatego prawdopodobieństwo wypłacenia pieniędzy przez automat po wygranej jest równe prawdopodobieństwu wypłaty po przegranej (Sharpe, 1998). Klient powinien zatem otrzymywać wiedzę na temat hazardu, rezultatów gry oraz pojęcia losowości. Błędy w myśleniu mogą być również podważane przez przypominanie klientowi o wszystkich momentach, kiedy był przekonany o rychłym wystąpieniu jakiegoś rezultatu (np. wypadnięcia koloru czerwonego po zakręceniu kołem rulety), lecz tak się nie stało.
- Edukowanie klienta o stopniu prawdopodobieństwa i umiejętnościach powiązanych z każdym z rodzajów hazardu – hazardziści często przejawiają błędy w myśleniu odnoszące się do ich umiejętności grania oraz zdolności do wygrywania (Raylu i Oei, 2004). Dlatego też ważne jest wyjaśnienie klientowi stopnia prawdopodobieństwa i zakresu umiejętności związanych z każdym z rodzajów gier hazardowych. Klient powinien się nauczyć, że pomimo różnorodności form hazardu oraz stopnia zaawansowania stosowanych umiejętności wyniki większości gier hazardowych (np. maszyn) są zależne od przypadku i nie istnieje żaden rodzaj gry hazardowej zależnej wyłącznie od umiejętności (Sharpe, 1998).
- Edukowanie klienta o cechach maszyn do gier hazardowych i miejscach, w których uprawia się hazard. Klient powinien być świadomy cech automatów do gier i miejsc, w których uprawia się hazard i które zachęcają do gry pomimo ciągłych przegranych. Miejsca, w których uprawia się hazard, są często zaprojektowane w sposób, który skłania problemowych hazardzistów do kontynuowania gry. Jest to bardzo istotne, ponieważ im częściej i dłużej osoby te grają w tych miejscach, tym większe zyski one odnotowują. Wielu badaczy (por. Sharpe, 1998; Griffiths, 1993; Ladouceur, 2001) podkreśla znaczenie cech konstrukcji maszyn do gier hazardowych i miejsc, w których uprawia się hazard, zaprojektowanych w taki sposób, by wzmacniać prze-

konania o rychłej wygranej, kontrolować gracza i zachęcać go do kontynuowania gry pomimo ciągłych przegranych. Oto kilka cech konstrukcji maszyn:

- mimo że odsetek zwrotu wydanych na hazard pieniędzy różni się w zależności od danego miejsca, wszystkie maszyny do gier charakteryzują się ujemnymi stopami zwrotu (wyplacają mniej pieniędzy, niż się do nich wrzuca);
- wygrane (wyplaty) w maszynach do gier często są niskie lub występują w postaci darmowych rund, które większość problemowych hazardzistów przegrywa;
- czas oczekiwania na wypłatę wygranej jest krótki;
- postrzegany stopień własnego aktywnego udziału w grze hazardowej, np. na automatach do gry, jest wysoki (hazardziści mają do dyspozycji szeroki wachlarz opcji – wyborów – dotyczących ilości pieniędzy przeznaczanych na pojedyncze zakręcenie maszyną);
- w różnych odstępach czasu pojawiają się małe, lecz częste wygrane;
- pewne cechy strukturalne tymczasowo zaburzają system postrzegania wartości finansowej (powodując np. myślenie, że użycie monety 50-groszowej zamiast 2-złotowej zmniejszy potencjalną stratę przy każdej przegranej grze);
- cechy środowiskowe takie jak światło, kolor i efekty dźwiękowe mogą wytwarzać u gracza psychologicznie wynagradzające doświadczenia, nawet w przypadku przegranej.

6.3.2. Analiza faktów

Zachęć klienta do poszukiwania dowodów na potwierdzenie lub zanegowanie jego własnych przekonań. Na przykład w przypadku myśli „Mam większą szansę na wygraną na mojej szczęśliwej maszynie” można postawić szereg pytań, np.: „Ile razy przegrał pan, grając na swojej szczęśliwej maszynie?”, „Czy wygrywał pan na innych maszynach?”, „Ile pan wygrał na swojej szczęśliwej maszynie?”, „Ile pan przegrał na swojej szczęśliwej maszynie?”.

Ponieważ hazardziści wykazują tendencję do zapamiętywania swoich wygranych, przegrane puszczając w niepamięć, niezbędne jest, aby zachęcać klientów do przypominania sobie o wcześniejszych przegranych bezpośrednio przed podważaniem błędów w myśleniu (np. „Proszę sobie przypomnieć o ostatnim razie, kiedy pan przegrał. Czy sprawdziły się wówczas pańskie powierzchowne przekonania?”).

6.3.3. Zastosowanie behawioralnych eksperymentów do obserwacji wzorców wygranych i przegranych

Dla osób, które pomimo retrospektywnej analizy błędów w myśleniu wciąż do pewnego stopnia podtrzymują swoje przekonania, pomocne może się okazać zastosowanie eksperymentów behawioralnych (np. przewidywanie przez gracza ruletki konkretnych wyników gry, jednak bez rzeczywistego postawienia zakładu), zwłaszcza jeśli eksperyment zostanie odpowiednio zasto-

sowany. Prowadzenie rejestru przewidywań pomoże klientowi obiektywnie dostrzec niezgodności pomiędzy przewidywaniami a faktycznym wynikiem gry. Niemniej jednak istotne jest, aby eksperyment nie dotyczył stawiania klienta w sytuacjach, w których nie jest jeszcze w stanie właściwie funkcjonować bez uprawiania hazardu. Korzystne dla klienta może być zatem udanie się do miejsca, w którym uprawia się hazard, razem z inną życzliwą osobą, zwłaszcza gdy klient nie czuje się pewnie w kontrolowaniu popędów hazardowych. Co więcej, przy wyborze odpowiedniego eksperymentu behawioralnego niezbędne jest jego kilkakrotne wypróbowanie (przetestowanie) do momentu, aż nastąpi ugruntowanie zasady prawdopodobieństwa. Terapeuci powinni doradzać swoim klientom, aby w trakcie realizowania eksperymentów behawioralnych nie posiadali przy sobie żadnych pieniędzy.

6.4. ĆWICZ PODWAŻANIE SPECYFICZNYCH DLA HAZARDU BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Zastosuj tabelę irracjonalnych myśli B (dodatek P) i powyższe strategie podważania specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu. Przykład uzupełnionej tabeli irracjonalnych myśli B podano poniżej.

6.5. SFORMUŁUJ RACJONALNE STWIERDZENIA

Klient może wypisać racjonalne myśli na karcie, którą nosi przy sobie. Są one szczególnie przydatne, gdy popędy do hazardu nasilają się do tego stopnia, że trudno jest myśleć racjonalnie. Codzienne czytanie tych kart może pomóc w umacnianiu racjonalnych myśli. Oto niektóre stwierdzenia:

- wyniki gier hazardowych są w większym stopniu zależne od przypadku (losu) niż umiejętności;
- wyniki gier maszynowych są w większym stopniu zdefiniowane przez losowy system komputerowy, nie ma więc możliwości kontrolowania lub przewidywania ich;
- wyniki gier nie są związane z wcześniejszymi wynikami lub losowymi zdarzeniami, nie ma więc możliwości, aby je przewidzieć;
- poczucie, że mam dziś szczęście, nie sprawi, że wygram;
- maszyny do gier są tak skonstruowane, aby wypłacać mniej, niż się do nich wrzuca;
- kiedy moja chęć gry jest silna, mam tendencję do pamiętania jedynie o moich wygranych, a nie o przegranych;
- cechy strukturalne automatów do gier i miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcają do kontynuowania gry pomimo przegranych.

6.6. ZADANIA DOMOWE

Wykorzystaj arkusz do omówienia zadań domowych. Upewnij się, że klient posiada poniższe materiały.

- Arkusz zadania domowego (poniżej).
- Puste egzemplarze tabeli irracjonalnych myśli B (na podstawie: Beck i in., 1979), które można odnaleźć w dodatku P.
- Wszystkie uzupełnione egzemplarze tabeli irracjonalnych myśli (na podstawie Beck i in., 1979), łącznie z poniższym egzemplarzem.
- Materiały informacyjne klienta: Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu.

Tabela irracjonalnych myśli B (na podstawie: Beck i in., 1979; przykład)

Wydarzenie aktywujące – zdarzenia, myśli, wspomnienia, uczucia, które wywołały negatywny nastrój lub zachowania (np. hazard)	Przekonania – interpretacje lub myśli związane z doświadczeniem. O czym myślałeś? Jaki błąd myślowy popełniłeś?	Konsekwencje – wyniki działania i powstałe uczucia	Podważanie irracjonalnych myśli	Konsekwencje – działania i uczucia wynikłe po podważeniu irracjonalnych myśli
Dzisiaj jest termin wypłaty i cały dzień czuję się zagrożony. Przez to, że byłem zajęty w pracy, nie miałem możliwości wyjść i zagrać. Gdy wychodziłem z pracy, spotkałem starego znajomego.	W tym lokalu najwięcej wygrałem, więc znów mogę tam wygrać (iluzja kontroli). Czuję, że dzisiaj wygram (pasywna iluzja kontroli). Pomoże mi to odzyskać wszystkie przegrane pieniądze (odgrywanie się).	Uczucie lęku. Podekscytowanie możliwością wygrania. Rozczarowanie okolicznościami i samym sobą. Chęć gry.	Koncentruję się jedynie na swoich wygranych, a nie na okresach, kiedy przegrywałem. Pomimo dużej wygranej wiele razy przegrałem w tym lokalu. Tak naprawdę przegrałem tam więcej pieniędzy, niż w jakimkolwiek innym lokalu, w którym grałem. To, że coś odczuwam, nie oznacza, że tak się stanie. Wiele razy czułem, że wygram, ale kończyło się utratą dużych pieniędzy.	Chęć gry zmalala wystarczająco, żebym udał się w bezpieczne miejsce lub zadzwonił do kogoś i porozmawiał o swoich popędach. Poczucie większej siły w niepoddawaniu się swoim popędom.

Znajomy zaprosił mnie do lokalu, w którym znajdowały się maszyny do hazardu.			Maszyny i tak są ustawione. W ten sposób właściciele maszyn na nich zarabiają. Wszystkie wyniki są losowe, oparte na przypadku, więc nie ma możliwości przewidzenia, czy wygram lub przegram. Za każdym razem, gdy gram, kolejny wynik nie jest związany z poprzednim, więc nie ma możliwości przewidzenia, czy wygram, czy przegram.	Uczucie większej pewności siebie pod koniec dnia bez uprawiania hazardu.
--	--	--	---	--

Podważanie: Jaki błąd w myśleniu popełniam? Jakie dowody zaprzeczają tej myśli? Jakie są wady podobnego myślenia? Jaki jest alternatywny punkt widzenia? Przeprowadź eksperymenty behawioralne, żeby zbadać swoje przypuszczenia. W przypadku błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu przypominaj sobie o prawie przypadkowości (np. „Nie ma związku między niezależnymi wydarzeniami losowymi, tak więc w większości gier hazardowych prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich możliwych wyników jest takie samo”), poziomie losowości lub umiejętności związanym z każdym rodzajem gry hazardowej (np. „Wyniki gier hazardowych znacznie częściej są determinowane przez przypadek niż przez umiejętności gracza”) i budowie maszyn hazardowych oraz rozplanowaniu miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcających do dalszej gry pomimo przegranych.

Zadanie domowe

- 1) Ćwicz rozpoznawanie i podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu przy zastosowaniu tabeli irracjonalnych myśli B, materiałów informacyjnych klienta: Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu i materiałów informacyjnych klienta: Rozpoznawanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu (udostępnionych na ostatniej sesji).
- 2) Czasami przydatne jest noszenie przy sobie karty z zapisanymi racjonalnymi myślami. Są one szczególnie przydatne, kiedy chęć gry się nasila, ponieważ w takiej sytuacji trudno jest myśleć racjonalnie.

Wykonaj taką kartę. Na karcie powinny być zapisane takie stwierdzenia jak:

- Wyniki gier hazardowych są w większym stopniu determinowane przez przypadek niż umiejętności gracza.
- Wyniki gier na automatach hazardowych są definiowane przez komputer posługujący się systemem losowym, tak więc nie można ich kontrolować ani przewidywać.
- Wyniki kolejnych gier nie mają związku z poprzednimi wynikami lub losowymi zdarzeniami, tak więc nie ma możliwości ich przewidzenia.
- Poczucie, że dziś jest szczęśliwy dzień, nie oznacza, że tak właśnie będzie.
- Automaty do gier są skonstruowane w taki sposób, by wypłacać mniej, niż się w nie wrzuca. Kiedy moja chęć gry jest silna, mam tendencję do pamiętania tylko o moich wygranych, a nie o przegranych.
- Czynniki strukturalne maszyn hazardowych i miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcają do kontynuowania gry pomimo przegranych.

3) Kontynuuj stosowanie strategii wyuczonych podczas wcześniejszych sesji.

4) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wykształć w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.

Materiały informacyjne klienta: Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu

1) Przypomnij sobie następujące fakty:

- a) Charakter uprawianego hazardu, wyniki gier hazardowych i pojęcie losowości – o wyniku gier hazardowych decyduje przypadek. W związku z tym niemożliwe jest ich kontrolowanie lub przewidywanie. Wszystkie specyficzne dla hazardu błędy w myśleniu dotyczą błędnego przekonania o występowaniu związku pomiędzy niezależnymi zdarzeniami losowymi. W większości form hazardu prawdopodobieństwo wystąpienia jest identyczne dla wszystkich możliwych wyników. Oznacza to, że rezultat każdego zakładu jest niezależny od każdego innego zakładu lub zdarzenia (np. to, że w ostatnich trzech turach ruletki wypadł kolor czarny, nie oznacza automatycznie większej szansy na wypadnięcie koloru czarnego przy następnym zakręceniu kołem). W grach hazardowych na maszynach wyniki są określone przez randomizowany system komputerowy. Dlatego prawdopodobieństwo „wypłacenia” po wcześniejszej wygranej jest takie samo, jak prawdopodobieństwo wylosowania zwycięskiej kombinacji po uprzedniej przegranej (Sharpe, 1998). Takie błędy można podważyć poprzez przypominanie sobie o wszystkich momentach, kiedy spodziewałeś się określonego rezultatu (np. że po zakręceniu ruletką wypadną czerwone), lecz tak się nie stało.
- b) Stopień prawdopodobieństwa i umiejętności zastosowanych w każdym z rodzajów hazardu – pomimo że poszczególne formy hazardu różnią się stopniem zastosowanej umiejętności, wyniki większości gier hazardowych (np. automatów) są zależne tylko od przypadku; nie istnieje żaden rodzaj gry hazardowej zależnej wyłącznie od umiejętności gracza. We wszystkich rodzajach gier hazardowych o ich wyniku w daleko większej mierze decyduje przypadek aniżeli umiejętności gracza.
- c) Sprzyjające graniu cechy maszyn hazardowych i miejsc, w których uprawia się hazard – miejsca, w których uprawia się hazard, są rozplanowane w taki sposób, aby zachęcać problemowych hazardzistów do kontynuowania gry. Jest to bardzo istotne, ponieważ im częściej i dłużej osoby te grają w tych miejscach, tym większe zyski one odnotowują. Istnieje wiele cech strukturalnych maszyn do gier hazardowych i miejsc, w których uprawia się hazard, zaprojektowanych w taki sposób, by wzmacniać przekonania o rychłej wygranej, kontrolować gracza i zachęcać go do kontynuowania gry pomimo ciągłych przegranych. Oto kilka z nich:
 - Mimo że odsetek zwrotu wydanych na hazard pieniędzy różni się w zależności od danego miejsca, wszystkie maszyny do gier charakteryzują się ujemnymi stopami zwrotu (wypłacają mniej pieniędzy, niż się do nich wrzuca).
 - Wygrane (wypłaty) w maszynach do gier często są niskie lub występują w postaci darmowych rund, które większość problemowych hazardzistów przegrywa.
 - Czas oczekiwania na wypłatę wygranej podczas gry na automacie jest krótki.

- Postrzegany stopień własnego aktywnego udziału w grze hazardowej, np. na automatach do gry, jest wysoki (hazardziści mają do dyspozycji szeroki wachlarz opcji – wyborów – dotyczących ilości pieniędzy przeznaczanych na pojedyncze zakręcenie maszyny)
- W różnych odstępach czasu pojawiają się małe, lecz częste wygrane, nie można więc ich dokładnie przewidzieć.
- Pewne cechy strukturalne tymczasowo zaburzają system postrzegania wartości finansowej (powodując np. myślenie, że użycie monety 50-groszowej zamiast 2-złotowej zmniejszy potencjalną stratę przy każdej przegranej grze).
- Cechy środowiskowe takie jak światło, kolor i efekty dźwiękowe mogą wytwarzać u gracza psychologicznie wynagradzające doświadczenia, nawet w przypadku przegranej.

2) Zdobądź dowód zaprzeczający swoim myśłom.

3) Wykorzystaj eksperymenty behawioralne, aby zaobserwować wzorce wygranych i przegranych (np. hazardzista stawiający w zakładach konnych może próbować przewidzieć, który koń wygra, oglądając wyścig w telewizji, bez postawienia zakładu; gracz ruletki może spróbować przewidzieć, jaki kolor i numer pola wypadnie po zakręceniu ruletką, lecz bez postawienia zakładu). Jeśli masz zamiar się wybrać do miejsc, w których uprawia się hazard, aby wypróbować te eksperymenty, powinieneś wziąć ze sobą przyjaciela lub członka rodziny, natomiast gotówkę pozostawić w domu. Nie udawaj się do tych miejsc, jeśli nie czujesz się pewnie pod względem kontrolowania gry lub abstynencji od uprawiania hazardu. Przy wyborze odpowiedniego eksperymentu behawioralnego ważne jest również kilkakrotnie wypróbowanie go (przetestowanie), przy czym liczba prób powinna być wystarczająca do zaobserwowania występowania prawideł prawdopodobieństwa.

4) Przypomnij sobie o swoich przegranych i negatywnych konsekwencjach uprawiania hazardu oraz podważ swoje irracjonalne myśli (np. przypomnij sobie swoją ostatnią przegraną. Czy Twoje przewidywania się sprawdziły? Czy spełniły się Twoje irracjonalne oczekiwania?).

Sesja 5. Restrukturyzacja poznawcza III – Rozpoznawanie i podważanie innych, ogólnych błędów w myśleniu

Zawartość sesji i cele

- 7.1. Omów zadania domowe
- 7.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 7.3. Omów rozpoznawanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu
- 7.4. Ćwicz identyfikowanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu
- 7.5. Omów podważanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu
- 7.6. Ćwicz podważanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu
- 7.7. Przedstaw zadania domowe

7.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w zadaniach domowych, okaż uznanie oraz pochwal jego starania i dokonania. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność lub określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

7.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

7.2.1. Cel

Celem sesji jest nauka rozpoznawania i podważania innych, ogólnych błędów w myśleniu, często doświadczanych przez problemowych hazardystów, i zamiana ich na bardziej realistyczne i racjonalne myśli.

7.2.2. Uzasadnienie

Odnieś się do uzasadnienia zawartego w sesji 3 (rozdział 5).

7.3. OMÓW ROZPOZNAWANIE POZOSTAŁYCH, OGÓLNYCH BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Istnieje wiele ogólnych błędów w myśleniu, które są popełniane przez hazardzistów i związane z hazardem problemowym, z negatywnymi konsekwencjami grania, brakiem umiejętności zaprzestania lub kontroli grania itp. Są podobne do tych, które przejawiają osoby z innymi problemami psychologicznymi bądź emocjonalnymi. Beck (1963) pierwotnie zasugerował istnienie błędów w myśleniu w przypadku depresji, potem zaś zaznaczył, że podobne procesy leżą u podstaw innych zaburzeń emocjonalnych (Beck, 1976). Wspominali o nich również inni autorzy (Burns, 1989). Podobne procesy zaobserwowano u problemowych hazardzistów (Raylu i Oei, 2004). Jeśli te błędy w myśleniu występują przed pojawieniem się zachowań hazardowych, mogą doprowadzić hazardzistę do poddania się chęci gry. Jeśli występują podczas uprawiania hazardu, mogą motywować hazardzistę do uprawiania hazardu pomimo ciągłych i dotkliwych strat. Jeśli występują po uprawianiu hazardu (np. po wpadce), mogą się przyczynić do wystąpienia poczucia winy czy beznadziei i motywować hazardzistę do ponownego grania. Poniżej omówiono niektóre ogólne błędy poznawcze.

7.3.1. Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”

Dotyczy wyrażania pewnych stwierdzeń z głębokim przekonaniem, że są one niezbita, lub postrzegania rzeczy w kategoriach „czerni i bieli”. Jeśli wynik lub osiągnięcie odbiega od ideału, klient może zacząć postrzegać swoje postępowanie jako całkowitą porażkę. Na przykład:

- „Wszystkie wpadki są nawrotami; raz przerwanej abstynencji nigdy nie da się odzyskać”.
- „Jeśli nie mogę być najlepszy, nie ma sensu w ogóle próbować”.
- „Jeśli się teraz nie wyleczę, to już w ogóle będę do niczego”.
- „Jeśli nie zrobię tego w stu procentach dobrze, to w ogóle nie ma sensu próbować”.

7.3.2. Zbytnie uogólnianie

Obejmuje to wyciąganie wniosków w oparciu o pojedyncze, okazjonalne wydarzenie. Klient może „wyławiać” przeszłe zdarzenia, które są podobne do obecnych, i przewidywać, że tak już będzie zawsze. Zbytnie uogólnianie może doprowadzić do przerodzenia się „wpadki” w pełny nawrót, jeśli wpadka ta zostanie potraktowana jako pierwszy objaw tego nawrotu. Na przykład:

- „Wszystko to jest do niczego”.
- „Czarno widzę swoją przyszłość”.
- „Moja sytuacja nigdy się nie poprawi”.
- „Za każdym razem, gdy próbowałem przestać, nigdy mi to nie wychodziło. Tym razem też tak będzie”.

7.3.3. Filtr mentalny

Oznacza „uczepienie” się jednego detalu i rozwodzenie się tylko nad nim, co całkowicie rozmywa prawdziwy obraz rzeczywistości. Na przykład:

- „Nigdy nie zapomnę tego, w jaki sposób potraktowano mnie ostatnim razem, kiedy miałem wpadkę”.

7.3.4. Wyciąganie pochopnych wniosków

Dotyczy dokonywania negatywnych interpretacji nawet wówczas, gdy nie ma konkretnych faktów, które mogłyby poprzeć te wnioski. Na przykład:

- Przepowiadanie przyszłości – spodziewanie się, że sprawy potoczą się w określony sposób, pomimo braku jednoznacznych dowodów popierających daną tezę (np. „Mój związek na pewno się rozpadnie”).
- Czytanie w myślach – przewidywanie (zgadywanie), co myślą inni (np. „Moja żona mnie znienawidzi” lub „On dziwnie na mnie patrzy, pewnie głupio lub brzydko wyglądam”).

7.3.5. Nadużywanie stwierdzeń typu „powinieniem”

Do tej kategorii zaliczają się twierdzenia używane, by motywować się za pomocą rzeczy, które powinno lub których nie powinno się robić. Kiedy tego typu twierdzenia kierowane są pod własnym adresem, skutkiem emocjonalnym często bywa poczucie winy. Jeśli zaś kieruje się je wobec innych, skutki emocjonalne często obejmują gniew, frustrację bądź poczucie żalu. Na przykład:

- „Muszę natychmiast odzyskać swoje przegrane pieniądze”.
- „Muszę dalej grać, żeby odzyskać przegrane pieniądze”.
- „Muszę dalej grać, żeby poprawić swoją sytuację finansową”.
- „Nie powinienem był tego robić. Co ja sobie myślałem?”

7.3.6. Katastrofizacja (wyołbrzymianie) lub marginalizacja (umniejszanie)

Mamy tu do czynienia z wyołbrzymianiem (magnifikacją, katastrofizacją) bądź nieproporcjonalnym umniejszaniem (marginalizacją) znaczenia danych zjawisk. Na przykład:

- wyolbrzymianie (katastrofizacja) chęci do uprawiania hazardu – „Gdy poczuję silną chęć gry, będzie to nie do zniesienia”;
- wyolbrzymianie zdolności do kontrolowania gry – „Wrzucę tylko 5 złotych i udowodnię, że potrafię się kontrolować”;
- marginalizacja własnej odpowiedzialności poprzez obwinianie innych – „To nie moja wina, że żona cały czas mi zrzędzi i nie da mi świętego spokoju”.

7.3.6. Uzasadnienie emocjonalne

Dotyczy założenia, że negatywne emocje odzwierciedlają faktyczny stan rzeczy: „Czuję, więc jestem”. Na przykład:

- „Czuję się jak nieudacznik, więc zapewne nim jestem”.
- „Czuję się źle z tym, że nie jestem w stanie kontrolować swojego grania, co oznacza, że jestem złym człowiekiem”.
- „Czuję się bezsilny, kiedy nie mogę przestać grać, muszę więc być słaby”.

7.3.8. Myślenie spolaryzowane

Zaliczamy tu skoncentrowanie się wyłącznie na pozytywnych bądź negatywnych aspektach danej sytuacji. Na przykład niektórzy hazardziści zazwyczaj koncentrują się głównie na tym, że kogoś zawiedli, i dlatego popadają w depresję; ta może z kolei prowadzić do dalszych wpadek lub nawrotu.

- „Było w porządku, ale dlaczego nie zrobiłem tego inaczej?”

7.3.9. Etykietowanie oraz błędne etykietowanie

Jest to skrajna forma nadmiernego uogólniania. Zamiast opisywać swój błąd, przypisuje się negatywne cechy samemu sobie. Na przykład:

- „Jestem nieudacznikiem, więc nie zasługuję na nic lepszego”.
- „Jestem słaby”.
- „Jestem idiotą”.

7.3.10. Personalizacja (przypisywanie osobistej odpowiedzialności)

Postrzeganie własnej osoby jako domniemanego sprawcy negatywnego zdarzenia zewnętrznego, za które w rzeczywistości nie jest się odpowiedzialnym. Przypisywanie sobie pełnej odpowiedzialności i tym samym obwinianie się za słabość sprawia, że trudniej jest ponownie przejąć kontrolę.

- „Wciąż nie udaje mi się kontrolować hazardu i dlatego mamy kłopoty finansowe”.
- „Moja żona wróciła do domu w złym nastroju. To na pewno przeze mnie”.

7.4. ĆWICZ ROZPOZNAWANIE POZOSTAŁYCH, OGÓLNYCH BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Zastosuj tabelę irracjonalnych myśli A w dodatku O, żeby ćwiczyć identyfikowanie pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu. Przykład podano poniżej. Możesz zastosować wskazówki z rozdziału 5.4, by pomóc klientowi w rozpoznawaniu tych błędów.

7.5. OMÓW PODWAŻANIE POZOSTAŁYCH, OGÓLNYCH BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Hawton, Salkovskis, Kirk i Clark (1989) wyróżnili niektóre sposoby podważania ogólnych błędów w myśleniu, które są powszechne wśród problemowych hazardzistów. Sposoby te opisano poniżej.

7.5.1. Analiza dowodów

Zbadaj dowody. Zadaaj sobie następujące pytania:

- Jaki jest dowód przemawiający za moimi przekonaniem?
- Jaki jest dowód na to, że jeśli nie będę grał, to...?
- Jaki jest dowód na to, że nigdy nie uda mi się poczynić postępów?
- Czy myślę myśli z faktami?

7.5.2. Alternatywne wyjaśnienia

Czy istnieją jakieś alternatywne wyjaśnienia?

- Czy uważam, że mój punkt widzenia jest jedynym możliwym?
- Jak mógłbym spojrzeć na tę sytuację, zanim zacząłem więcej grać?
- Jak postrzega to inna osoba?
- Jak bym to postrzegał, gdyby opisał mi to ktoś inny?

Wydarzenie aktywujące – zdarzenia, myśli, wspomnienia, uczucia, które wywołały negatywny nastrój lub zachowania (np. hazard).	Przekonania – interpretacje lub myśli związane z doświadczeniem. O czym myślałeś? Jaki błąd myślowy popełniłeś?	Konsekwencje – wyniki- kle działania i uczucia.
Dzień wypłaty.	Ostatni raz wygrałem w czwartek (dzień wypłaty). Jako że dzisiaj jest czwartek, to prawdopodobieństwo, że wygram, jest wysokie (iluzja kontroli). Czuję, że dzisiaj jest mój szczęśliwy dzień (pozytywna iluzja kontroli). Przegrywam już od jakiegoś czasu, więc szansa wygranej tym razem jest wysoka (paradoks hazardzisty). Hazard jest jedynym sposobem na odzyskanie wszystkich utraczonych pieniędzy (myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”). Moja żona i tak myśli, że grałem (wyciąganie pochopnych wniosków). Nie jestem w stanie wcześniej kontrolować swoich popędów, więc i tym razem nie będę w stanie ich kontrolować (zbytnie uogólnianie).	Silna chęć gry, która doprowadziła do nawrotu. Poczucie winy i złość na siebie.

7.5.3. Analiza użyteczności

Jaki jest efekt myślenia w ten sposób?

- Czy mój sposób myślenia pomaga mi osiągnąć moje cele, czy stanowi barierę powstrzymującą mnie przed tym, czego naprawdę chcę?
- Czy przejmuję się tym, jak sprawy powinny wyglądać, zamiast je akceptować i brać takie, jakimi są?
- Czy zmiana sposobu myślenia sprawi, że poczuje się lepiej?

7.5.4. Technika eksperymentowania

Czy przewiduję przyszłość, zamiast eksperymentować?

- Zamiast coś przewidywać, wypróbuj to w rzeczywistych warunkach.
- Zadawaj ludziom pytania, żeby się dowiedzieć, czy Twoje myśli lub postawy są realistyczne.

7.5.5. Standardowa analiza

Jakie błędy w myśleniu popełniam?

7.6. ĆWICZ PODWAŻANIE POZOSTAŁYCH, OGÓLNYCH BŁĘDÓW W MYŚLENIU

Zachęć klienta do zastosowania powyższych technik z uwzględnieniem tych poznanych w poprzednich sesjach w celu ćwiczenia rozpoznawania i podważania pozostałych, ogólnych błędów w myśleniu. Może w tym pomóc tabela irracjonalnych myśli B (Beck i in., 1979) zawarta w dodatku P. Przykład wypełnionej tabeli podany jest poniżej. Możesz również zastosować arkusz ćwiczenia podważania (poniżej), by pomóc klientowi w ćwiczeniu podważania błędów w myśleniu. Arkusz ćwiczenia podważania zawiera szereg specyficznych dla hazardu dysfunkcyjnych myśli. Zapewnia klientowi możliwość rozpoznania rodzaju błędu w myśleniu i wypracowania możliwego sposobu podważenia każdej dysfunkcyjnej myśli. Poniżej znajduje się uzupełniony przykładowy arkusz do ćwiczeń rozpoznawania rodzaju popełnionego błędu oraz przykłady sposobów podważania każdej dysfunkcyjnej myśli.

Tabela irracjonalnych myśli B (przykład; adaptacja z: Beck, 1979)

Wydarzenie aktywujące – zdarzenia, myśli, wspomnienia i uczucia, które wywołały negatywny nastrój lub zachowania (np. hazard).	Przekonania – interpretacje lub myśli związane z doświadczeniem. O czym myślałeś? Jaki błąd w myśleniu popełniłeś?	Konsekwencje – wyniki działania i uczucia.	Podważanie irracjonalnych myśli.	Konsekwencje – wyniki działania i uczucia po podważeniu irracjonalnych myśli.
Wróciłem z pracy do domu i z nudów poczułem chęć do zagrania.	Granie to jedyny sposób na nudę (myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”). Jeśli dalej będę grał, w końcu wygram (wyciąganie pochopnych wniosków, paradoks hazardzisty). Pozytywne nastawienie pomoże mi wygrać (aktywna iluzja kontroli).	Przygnębienie. Poczucie beznadziei. Chęć gry.	Terapeuta nauczył mnie wielu sposobów zwalczania znudzenia. Mogę je wypróbować. Nie ma dowodu na to, że w końcu wygram, gdy dalej będę grać lub gdy będę miał pozytywne nastawienie. Wiele razy przegrywałem pieniądze pomimo pozytywnego nastawienia. Wyniki na maszynach hazardowych są z góry ustalone, więc pozytywne nastawienie w żaden sposób ich nie zmieni.	Większa nadzieja na to, że nie będę grać. Intensywność chęci gry nieco osłabła. Zmusiłem się do biegania zamiast do gry na maszynach.

Podważanie: Jaki błąd w myśleniu popełniam? Jakie dowody zaprzeczają tej myśli? Jakie są wady myślenia w ten sposób? Jaki jest alternatywny punkt widzenia? Przeprowadź eksperymenty behawioralne, żeby

zbadać swoje przypuszczenia. W przypadku błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu przypominaj sobie o prawie przypadkowości (np. „Nie ma związku między niezależnymi wydarzeniami losowymi, tak więc w większości gier hazardowych prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich możliwych wyników jest takie samo”), poziomie losowości lub umiejętności związanym z każdym rodzajem gry hazardowej (np. „Wyniki gier hazardowych znacznie częściej są determinowane przez przypadek niż przez umiejętności gracza”) i budowie maszyn hazardowych oraz rozplanowaniu miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcających do dalszej gry pomimo przegranych.

Karta pracy własnej klienta – wypełniona

- 1) Myśl: „Wszystkie wpadki są nawrotami; raz przerwanej abstynencji nigdy nie da się odzyskać”.
 - Rodzaj błędu: Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”.
 - Podważenie: Grać jeden dzień to nie to samo, co grać codziennie. Jeśli uczyć się na wpadkach i radzę sobie z nimi, to mogę zapobiec przeistaczaniu się ich w nawroty.
- 2) Myśl: „Wygram dzisiaj”.
 - Rodzaj błędu: Wyciąganie pochopnych wniosków, kontrola przewidywania.
 - Podważenie: Być może dzisiaj wygram, ale może być też tak, że przegram. Ostatnim razem, gdy myślałem, że wygram, skończyło się na utracie dużych pieniędzy.
- 3) Myśl: „Granie pomoże mi spłacić długi”.
 - Rodzaj błędu: Oczekiwania względem hazardu.
 - Podważenie: Myślę w ten sposób, ponieważ jestem zestresowany. Jeśli przegram wszystkie pieniądze, może mi się jeszcze bardziej pogorszyć. Wygrywanie może być szybszą drogą do zarobienia pieniędzy, ale nie ma gwarancji, że wygram. Spłacenie wszystkich zaległych rachunków zajmie trochę czasu, ale już sobie to zaplanowałem i jest to mniej ryzykowne niż granie.
- 4) Myśl: „Nigdy nie będę w stanie kontrolować swoich popędów”.
 - Rodzaj błędu: Zbytne uogólnianie.
 - Podważenie: Co jest tak strasznego w doświadczaniu chęci gry? Oczywiście, że mogę sobie z tym poradzić. Inni problemowi gracze radzą sobie ze swoimi popędami, więc ja też mogę sobie z nimi poradzić. Zaprzestanie uprawiania hazardu jest bardzo trudne, ale nauczyłem się wielu strategii, dzięki którym

mogę sobie skuteczniej radzić z popędami. Wcześniej udawało mi się kontrolować swoje popędy, więc mogę je kontrolować także teraz. Wiem, że popędy nie nasilają się, jeśli nie zagram. W końcu same z siebie zanikają.

5) Myśl: „Nie mogę przestać myśleć o tym, jak to się stało, że poddałem się swoim popędom i zagrałem. Nie mogę uwierzyć, jaki jestem słaby”.

- Rodzaj błędu: Etykietowanie, filtr mentalny.
- Podważenie: Potępiam siebie, nazywając się beznadziejną osobą. Jestem normalnym człowiekiem i mam prawo do popełniania błędów. Błędy zawsze dostarczają nam możliwości do nauki. Z każdej wpadki można się czegoś nauczyć o sobie samym i swoich problemach. Może to pomóc rozwinąć umiejętności radzenia sobie, żeby móc lepiej kontrolować swoje popędy w przyszłości. Dlatego nie powinien siebie ganić za jeden błąd, z którego oczywiście wyciągnąłem wnioski.

6) Myśl: „Wiem, że poddam się swojemu popędowi do gry i dziś zagram”.

- Rodzaj błędu: Wyciąganie pochopnych wniosków.
- Podważenie: Bawię się w przepowiadanie przyszłości. Nie wiem, czy poddam się swoim popędom, ponieważ to jeszcze nie nastąpiło. Mogę spróbować wykorzystać swoje „koła ratunkowe”. Wiele się nauczyłem na temat różnych strategii od czasu rozpoczęcia tego programu terapii. Mogę je zastosować, żeby się zabezpieczać. Używałem ich już wcześniej i były skuteczne.

7) Myśl: „To moja wina, że wszystko się zawaliło. Poddałem się swojemu popędowi po kłótni z żoną. Nie miałem wystarczająco silnej woli”.

- Rodzaj błędu: Personalizacja.
- Podważenie: Popęliłem błąd. Nic dobrego nie przyjdzie z obwiniania siebie, ponieważ niczego to nie rozwiąże. Nauczyłem się z tego doświadczenia, że gdy zaczynam odczuwać irytację, pojawia się niebezpieczeństwo, że mogę pójść zagrać. Teraz mogę pomyśleć o strategiach, dzięki którym następnym razem będę mógł sobie z tym lepiej poradzić.

8) Myśl: „Spróbuję przeznaczyć na hazard tylko 20 zł i udowodnię sobie, że potrafię się kontrolować”.

- Rodzaj błędu: Wyolbrzymianie zdolności do kontrolowania gry.
- Podważenie: Czuję się dobrze z tym, że mogę się kontrolować kiedy chcę, dlatego więc muszę podejmować ryzyko i coś sobie udowadniać?

9) Myśl: „Czuję, że dzisiaj dopisze mi szczęście”.

- Rodzaj błędu: Iluzja kontroli (pasywna iluzja kontroli).
- Podważenie: Poczucie, że dziś jest mój szczęśliwy dzień, nie oznacza, że faktycznie tak będzie. Ostatnim razem, kiedy grałem, też miałem takie odczucie, ale w końcu przegrałem wszystkie pieniądze. Nie mogę sobie więcej pozwolić na przegrywanie.

10) Myśl: „Wiem, że moja żona znowu będzie na mnie dzisiaj zła”.

- Rodzaj błędu: Wyciąganie pochopnych wniosków.
- Podważenie: Próbuje czytać w myślach. Nie dowiem się na pewno, dopóki nie wrócę do domu. Myśląc w ten sposób, tylko się niepotrzebnie zamartwiam.

11) Myśl: „Po tak długim graniu na automatach opracowałem system, który się sprawdza”.

- Rodzaj błędu: Iluzja kontroli (aktywna iluzja kontroli).
- Podważenie: Maszyny są i tak ustawione. W ten sposób zarabiają. Wszystkie wyniki gry są przypadkowe, więc nie istnieje żaden sposób na kontrolowanie wygranych lub przegranych. Za każdym razem, gdy gram, wynik gry jest niepowiązany z poprzednim, więc nie ma mowy, abym był w stanie kontrolować to, czy przegram, czy wygram. Zresztą, gdybym miał system, który faktycznie działa, nie miałbym tylu długów ile mam teraz.

12) Myśl: „Jeśli dalej będę grać, w końcu odzyskam wszystkie pieniądze, które straciłem”.

- Rodzaj błędu: Błąd interpretacyjny (odgrywanie się).
- Podważenie: Ostatnim razem, gdy przegrałem, myślałem tak samo. Nie ma gwarancji, że wygram. Jeśli przegram, zadłużę się jeszcze bardziej.

13) Myśl: „Czuję się słaby, więc muszę być słaby”.

- Rodzaj błędu: Rozumowanie emocjonalne.
- Podważenie: Jak mógłbym postrzegać tę sytuację, gdybym nie czuł się tak źle? Przegrałem niedawno mnóstwo pieniędzy i jestem przewrażliwiony. Nie myślę jasno. Sposób, w jaki postrzega się różne rzeczy, ulega zniekształceniu, gdy górę biorą emocje. To, że czuję się tak, a nie inaczej, nie ma wpływu na rzeczywistość.

14) Myśl: „Muszę spłacić dług do końca tego miesiąca”.

- Rodzaj błędu: Stwierdzenie typu „powinienem”.
- Podważenie: To jest stwierdzenie typu „powinienem”. Jeśli dalej będę tak myśleć, pod presją poddam się grze. Wolałbym spłacić pożyczkę do końca miesiąca, ale istnieje również możliwość, że nie będę w stanie tego zrobić. Będę musiał porozmawiać ze swoim doradcą finansowym na temat moich możliwości.

7.7. ZADANIE DOMOWE

Zachęć klienta do ćwiczenia rozpoznawania i podważania irracjonalnych myśli przy zastosowaniu umiejętności nabytych w trakcie ostatnich trzech sesji. Upewnij się, że klient posiada:

- arkusz zadania domowego (poniżej),
- materiały informacyjne klienta: Rozpoznawanie ogólnych błędów w myśleniu i Podważanie ogólnych błędów w myśleniu,
- kilka pustych egzemplarzy tabeli irracjonalnych myśli B (Beck i in., 1979) znajdującej się w dodatku P,
- wypełnione egzemplarze tabeli irracjonalnych myśli B (Beck i in., 1979) wraz z egzemplarzem z tego rozdziału,
- wypełniony arkusz ćwiczenia podważania (jeśli został uzupełniony w trakcie sesji) lub pusty arkusz ćwiczenia podważania, jeśli nie został uzupełniony podczas sesji.

Zadanie domowe

- 1) Ćwicz rozpoznawanie i podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu przy zastosowaniu tabeli irracjonalnych myśli B, materiałów informacyjnych klienta: Podważanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu i materiałów informacyjnych klienta: Rozpoznawanie specyficznych dla hazardu błędów w myśleniu (udostępnionych na ostatniej sesji).
- 2) Czasami przydatne jest noszenie przy sobie karty z zapisanymi racjonalnymi myślami. Są one szczególnie przydatne, kiedy chęć gry się nasila, ponieważ w takiej sytuacji trudno jest myśleć racjonalnie. Wykonaj taką kartę. Na karcie powinny być zapisane takie stwierdzenia jak:
 - Wyniki gier hazardowych są w większym stopniu determinowane przez przypadek niż umiejętności gracza.
 - Wyniki gier na automatach hazardowych są definiowane przez komputer obsługujący się systemem losowym, tak więc nie można ich kontrolować ani przewidywać.
 - Wyniki kolejnych gier nie mają związku z poprzednimi wynikami lub losowymi zdarzeniami, tak więc nie ma możliwości ich przewidzenia.
 - Poczucie, że dziś jest szczęśliwy dzień, nie oznacza, że tak właśnie będzie.
 - Automaty do gier są skonstruowane w taki sposób, by wypłacać mniej, niż się w nie wrzuca. Kiedy moja chęć gry jest silna, mam tendencję do pamiętania tylko o moich wygranych, a nie o przegranych.

- Czynniki strukturalne maszyn hazardowych i miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcają do kontynuowania gry pomimo przegranych.

- 3) Kontynuuj stosowanie strategii wyuczonych podczas wcześniejszych sesji.
- 4) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wykształć w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.

Materiały informacyjne klienta: Rozpoznawanie ogólnych błędów w myśleniu

Ogólnie rzecz biorąc, hazardziści popełniają dziesięć rodzajów błędów w myśleniu o problemach, konsekwencjach, umiejętnościach kontrolowania gry itp. Błędy te są w dużej mierze podobne do tych popełnianych przez osoby z innymi problemami emocjonalnymi (Beck, 1976). Jeśli błędy w myśleniu występują przed pojawieniem się zachowań hazardowych, mogą doprowadzić do poddania się popędowi do gry. Jeśli zaś występują podczas uprawiania hazardu, mogą motywować do uprawiania hazardu pomimo ciągłych i poważnych strat. Jeśli natomiast występują po uprawianiu hazardu (np. po wpadce), mogą się przyczynić do powstania poczucia winy czy beznadziei i motywować do ponownego grania.

- 1) Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic” – postrzeganie świata w kategoriach czerni i bieli. Wygłaszanie stwierdzeń z niezachwianym przekonaniem o ich pewności. Jeśli wynik lub osiągnięcie cał-

kowiecie odbiega od ideału, można zacząć postrzegać swoje postępowanie jako totalną porażkę.

- „Jeśli się teraz nie wyleczę, to już w ogóle będę do niczego”.

2) Zbytne uogólnianie – wyolbrzymianie znaczenia pojedynczego, okazjonalnego zdarzenia i traktowanie go jako oznakę całkowitej klęski. „Wylawianie” przeszłych zdarzeń, które są podobne do obecnych, umacniając się w przewidywaniu, że nic się już nie zmieni. Wyolbrzymianie może doprowadzić do przerodzenia się „wpadki” w pełny nawrót, jeśli wpadka ta zostanie potraktowana jako pierwszy objaw tego nawrotu.

- „Nigdy nie będę w stanie przestać grać”.
- „Do nawrotu doszło po 5 latach powstrzymywania się od gry. Już nigdy nie będę w stanie przestać grać”.
- „Czarno widzę swoją przyszłość”.

3) Filtr mentalny – „uczepienie” się jednego detalu i rozwodzenie się tylko nad nim, co całkowicie rozmywa prawdziwy obraz rzeczywistości.

- „Nigdy nie zapomnę tego, w jaki sposób potraktowano mnie ostatnim razem, kiedy miałem wpadkę”.

4) Wyciąganie pochopnych wniosków – dokonywanie negatywnych interpretacji nawet wówczas, gdy nie ma konkretnych faktów, które mogłyby poprzeć te wnioski.

- Przepowiadanie przyszłości – spodziewanie się, że sprawy potoczą się w określony sposób, pomimo braku jednoznacznych dowodów popierających daną tezę (np. „Odzyskam dzisiaj to, co przegrałem”, „Ten związek na pewno się rozpadnie”, „Nigdy nie przestanę grać”).
- Czytanie w myślach – „Moja żona mnie znenawidzi, ponieważ miałem wpadkę”.

5) Stwierdzenia typu „powinienem/ nie powinienem” – używanie takich stwierdzeń jak „powinienem”, „muszę”, „nie mogę”. Częstym rezultatem ukierunkowywania takich stwierdzeń na siebie jest poczucie winy. Kiedy kierujesz takie stwierdzenia na innych, często odczuwasz złość, frustrację lub urazę.

- „Muszę natychmiast odzyskać to, co przegrałem”.
- „Muszę dalej grać, aby odegrać to, co przegrałem”.

- 6) Katastrofizacja (wyołbrzymianie) lub marginalizacja (umniejszanie) – wyołbrzymianie lub niewłaściwe umniejszanie (marginalizacja) znaczenia rzeczy lub zdarzeń.
- Wyołbrzymianie (katastrofizacja) chęci do uprawiania hazardu – „Gdy pocuję silną chęć gry, będzie to nie do zniesienia”.
 - Wyołbrzymianie zdolności do kontrolowania gry – „Wrzucę tylko 5 złotych i udowodnię, że potrafię się kontrolować”.
 - Marginalizacja własnej odpowiedzialności poprzez obwinianie innych – „To nie moja wina, że żona cały czas mi zrędzi i nie da mi świętego spokoju”.
- 7) Uzasadnienie emocjonalne – zakładanie, że własne negatywne emocje muszą odzwierciedlać faktyczny stan rzeczy.
- „Tak czuję, więc tak musi być”.
 - „Czuję się jak nieudacznik, więc zapewne nim jestem”.
 - „Czuję się źle z tym, że nie jestem w stanie kontrolować swojego grania, co oznacza, że jestem złym człowiekiem”.
 - „Czuję się bezsilny, kiedy nie mogę przestać grać, muszę więc być słaby”.
- 8) Myślenie spolaryzowane – koncentrowanie się wyłącznie na pozytywnych bądź negatywnych aspektach danej sytuacji.
- „Jedynym powodem, dla którego dzisiaj nie zagrałem, jest to, że miałem zbyt dużo pracy”.
- 9) Etykietowanie oraz błędne etykietowanie – skrajna forma wyołbrzymiania. Zamiast opisywać swój błąd, przypisuje się negatywne cechy samemu sobie.
- „Jestem nieudacznikiem, więc nie zasługuję na nic lepszego”.
 - „Jestem słaby”.
- 10) Personalizacja (przypisywanie osobistej odpowiedzialności) – postrzeganie własnej osoby jako domniemanego sprawcy negatywnego zdarzenia zewnętrznego, za które w rzeczywistości nie jest się odpowiedzialnym. Przypisywanie sobie pełnej odpowiedzialności i tym samym obwinianie się za słabość sprawia, że trudniej jest ponownie przejąć kontrolę.
- „Moja żona wróciła do domu w złym nastroju. To na pewno przeze mnie”.

Materiały informacyjne klienta: Strategie podważania ogólnych błędów w myśleniu

1) Analiza dowodów

Zbadaj dowody. Zadaj sobie następujące pytania:

- Jaki jest dowód przemawiający za moimi przekonaniem?
- Jaki jest dowód na to, że ludzie, którzy próbują wyjść z problemu hazardowego, nie doświadczają emocji, których ja doświadczam?
- Jaki jest dowód na to, że ze mną jest coś nie tak, że nigdy się nie poprawię?
- Czy mylę myśli z faktami?

2) Alternatywne wyjaśnienia

Czy istnieją jakieś alternatywne wyjaśnienia?

- Czy uważam, że mój punkt widzenia jest jedynym możliwym?
- Jak mógłbym spojrzeć na tę sytuację, zanim zacząłem więcej grać?
- Jak postrzega to inna osoba?
- Jak bym to postrzegał, gdyby opisał mi to ktoś inny?

3) Analiza użyteczności

Jaki jest efekt myślenia w ten sposób?

- Czy mój sposób myślenia pomaga mi osiągnąć moje cele?
- Czy przejmuję się tym, jak sprawy powinny wyglądać, zamiast je akceptować i brać takie, jakimi są?
- Czy zmiana sposobu myślenia sprawi, że poczuje się lepiej?

4) Technika eksperymentowania

Czy przewiduję przyszłość, zamiast eksperymentować?

- Zamiast coś przewidywać, wypróbuj to w rzeczywistych warunkach.
- Zadawaj ludziom pytania, żeby się dowiedzieć, czy Twoje myśli lub postawy są realistyczne.

5) Standardowa analiza

- Jakie błędy w myśleniu popełniam?

Sesja 6. Relaksacja i metoda ekspozycji obrazowej

Zawartość sesji i cele

- 8.1. Omów zadania domowe
- 8.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 8.3. Omów techniki relaksacyjne
- 8.4. Omów metodę ekspozycji obrazowej
- 8.5. Ćwicz techniki relaksacyjne oraz metodę ekspozycji obrazowej
- 8.6. Przedstaw zadania domowe

8.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w realizacji zadań domowych, okaż uznanie oraz pochwal jego starania i dokonania. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność lub określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

8.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

8.2.1. Cel

Celem tej sesji jest przedstawienie klientowi kilku ćwiczeń relaksacyjnych oraz metody ekspozycji obrazowej.

8.2.2. Uzasadnienie

W pierwszej części sesji klient zaznajamia się z technikami relaksacyjnymi. Zakłada się, że problem z hazardem jest powodowany lub zaostrzony przez napięcie lub lęk. Stres odgrywa główną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się problemów hazardowych (Raylu i Oei, 2002; Ste-Marie, Gupta i Derevensky, 2006). Problemowi hazardziści często doznają wpadek lub nawrotów po narażeniu się na stresujące czynniki.

Relaksacja ma na celu wprowadzenie ciała i umysłu w stan wyciszenia. Relaksacja może skutecznie pomóc:

- kontrolować zachowania hazardowe klienta poprzez redukovanie stanów lękowych. McConaghy i inni (1983, 1991) wykazali, że niższy poziom lęku po zakończeniu leczenia miał przełożenie na lepszą prognozę długoterminową;
- zwiększyć u klienta poczucie postrzeganej kontroli w stresujących sytuacjach;
- zmniejszyć lęk występujący, gdy klient napotyka na wyzwalacze hazardu;
- przygotować klienta na drugą część sesji, której celem jest nauczanie klienta metody ekspozycji obrazowej.

Badania nad rolą autonomicznego pobudzenia w hazardzie problemowym wykazały, że wszystkie rodzaje gier hazardowych są z nim powiązane (Raylu i Oei, 2002). Przypuszcza się, że jedną z brakujących umiejętności radzenia sobie w rozwoju hazardu problemowego jest niemożność kontrolowania wysokich poziomów pobudzenia, zwłaszcza u osób grających na maszynach hazardowych. Zatem ważne jest, aby uczyć problemowych hazardzistów sposobów kontroli subiektywnego poczucia pobudzenia. Nauczenie ich strategii radzenia sobie z takim pobudzeniem może pomóc im kontrolować chęć gry.

Ekspozycja obrazowa opiera się na technice desensytyzacji opracowanej przez Wolpe'a (1958). Technika ta dotyczy parowania relaksacji z wyobrażaniem sobie scen przedstawiających sytuacje, które klient opisał jako wywołujące lęk. Zaangażowane są w to trzy mechanizmy (Masters i in., 1987):

- Warunkowanie przeciwne – zamiana reakcji emocjonalnej, która jest nieodpowiednia do danej sytuacji, na odpowiednią.
- Wygaszanie – obniżanie się poziomu lęku jest wynikiem powtarzającego się narażenia na wywołujący lęk warunkowy bodziec, bez żadnych negatywnych konsekwencji. Skutkuje to ostatecznym wygaszeniem warunkowej reakcji.
- Habitacja – stopniowe zanikanie reakcji na powtarzający się bodziec.

Wobec powyższego można założyć, że wyobrażanie sobie wywołującej pobudzenie sytuacji hazardowej przez problemowego hazardzistę może skutkować tym, że kolejne ekspozycje spowodują osłabienie, a ostatecznie zanik pobudzenia. Wiele badań (np. Blaszczynski, Drobny i Steel, 2005; Dowling i in., 2007; McConaghy i in., 1983, 1991; Tavares, Zilberman i El-Guebaly, 2003) wykazuje silne poparcie dla zastosowania ekspozycji obrazowej w leczeniu hazardu problemowego.

8.3. OMÓW TECHNIKI RELAKSACYJNE

Przed opisaniem różnych technik relaksacyjnych terapeuci powinni przypomnieć klientowi o stworzeniu otoczenia wolnego od zakłóceń (np. wyłączenie telefonu, wybór najspokojniejszej pory dnia na czas przeprowadzenia ćwiczeń relaksujących).

Klient może ćwiczyć w pozycji leżącej lub siedzącej. Zaleca się również, aby podczas wykonywania ćwiczeń nie zamykał oczu, nie krzyżował nóg i miał na sobie luźne ubranie.

Poinformuj klienta, że istnieją różne formy ćwiczeń relaksacyjnych. Kroki obejmujące oddychanie przeponą opisane są w dodatku Q (uwzględniono tam również pozostałe techniki). Udziel szczegółowej informacji i przećwicz przynamniej jedno ćwiczenie relaksacyjne (szczególnie polecane jest oddychanie przeponą) oraz krótko opisz niektóre z pozostałych ćwiczeń.

Przedstaw oddychanie przeponą jako formę relaksacji i sposób na radzenie sobie z lękiem i pobudzeniem. Możesz powiedzieć: „Kiedy oddychasz, zwykle używasz klatki piersiowej lub przepony. Oddychanie klatką piersiową jest związane z lękiem lub inną emocjonalną niedogodnością i występuje wśród osób prowadzących stresujący tryb życia. Oddychanie klatką piersiową jest płytkie, często nieregularne oraz szybkie. Podczas wdechu klatka piersiowa się rozszerza, a ramiona unoszą do góry. Jeśli do płuc dociera niewystarczająca ilość powietrza, krew nie zostaje odpowiednio dotleniona, tętno przyspiesza, wzrasta napięcie mięśni i następuje uruchomienie reakcji na stres. Oddychanie bezpośrednio odzwierciedla poziom napięcia w organizmie. W stanach napięcia oddech staje się płytszy i przyspieszony, a proces oddychania przebiega wysoko w klatce piersiowej. W stanie relaksu oddech jest pełniejszy, głębszy i pochodzi z brzucha. Trudno jest utrzymać ciało w napięciu, oddychając przeponą. Oddychanie przeponą jest naturalne dla noworodków i osób dorosłych pogrążonych we śnie. Wdychane powietrze jest wciągane głęboko do płuc i wydychane (podczas tego procesu przepona kurczy się i rozszerza). Oddychania przeponą można się nauczyć w kilka minut, ale należy często ćwiczyć, aby je w pełni opanować. Oddychanie przeponą przynosi wiele korzyści, które warto omówić z klientem. Obejmują one zwiększenie koncentracji, przyspieszenie wydalania toksyn z organizmu, wzrost poziomu energii, poprawę krążenia krwi, stabilizację rytmu serca, zmniejszenie napięcia i wprowadzenie ciała w stan relaksacji (Barlow, 1988; Barlow i Rapee, 1991).

Zademonstruj oddychanie przeponą, korzystając z opisu w dodatku Q. Jeśli masz czas, możesz również podczas sesji przećwiczyć jedno lub wię-

cej innych ćwiczeń relaksacyjnych. W przeciwnym razie wspomnij klientowi o pozostałych ćwiczeniach i zachęć go do wypróbowania ćwiczeń w wolnym czasie. Możesz sprawdzać postępy klienta w trakcie kolejnych sesji. Jeśli klient wołałby poznać lub przećwiczyć inne techniki relaksacji występujące w dodatku Q, możesz zdecydować o przedstawieniu ich na dodatkowej sesji lub dodać do planu innych sesji. Ćwiczenia relaksacyjne mogą być nagrywane podczas sesji, a później odtwarzane w domu.

8.4. OMÓW METODĘ EKSPOZYCJI OBRAZOWEJ

Ekspozycja obrazowa jest korzystna i skuteczna, jeśli wyobrażana sobie sytuacja lub scena jest związana z zachowaniem lub sytuacją hazardową klienta. Zatem wskazane jest, aby podczas tworzenia listy sytuacji rozpoznać wyzwalacze hazardu występujące u danego klienta (np. przechodzenie w sąsiedztwie miejsca, w którym uprawia się hazard, posiłek w miejscu z dostępem do maszyn, spotkanie z przyjacielem, który często namawia klienta do grania, sprzeczka z partnerem).

Każda z tych sytuacji (wyzwalaczy) powinna zostać podzielona na cztery do sześciu sekwencji. Do każdego wyzwalacza klient powinien dopasować wyimaginowane sceny, w których jest w stanie oprzeć się chęci gry (np. przy zastosowaniu strategii poznanych do tej pory w tym programie). Na przykład:

- Sprzeczka z żoną.
- Po kłótni zdenerwowałem się i zacząłem myśleć o pójściu do pubu.
- Spacer do pubu.
- Wejście do pubu.
- Spoglądanie na maszyny do hazardu i myślenie, jak wiele na nich przegrałem.
- Wyjście z pubu z poczuciem zadowolenia i dumy.

Z opisu scen występujących w każdym scenariuszu wybierz te, które obejmują nie tylko fizyczną lokalizację, ale również zmiany wewnętrzne powiązane z sytuacją (myśli, emocje, fizyczne doznania itp.). Dla każdego scenariusza (wyzwalacza) należy zatem opisać scenę w sposób możliwie najbardziej obrazowy. Skoncentruj się, angażując wszystkie pięć zmysłów podczas opisywania scen dla każdego wyzwalacza.

Lista wyzwalaczy może być uporządkowana hierarchicznie (np. w kolejności od najmocniej wyzwalających lęk). W tym przypadku ekspozycja obrazowa może się rozpocząć od najmniej budzącego lęk wyzwalacza.

cza. Przejście do kolejnego scenariusza nastąpi w momencie, gdy klient osiągnie satysfakcjonujący (komfortowy) poziom lęku dla scenariusza wyzwalającego najmniejszy lęk. Podczas gdy klient przechodzi przez kolejne scenariusze w hierarchii, warto go stale zachęcać do okazjonalnego ćwiczenia pozycji występujących wyżej w hierarchii. Do ustalenia hierarchii wyzwalaczy mogą zostać zastosowane również inne zmienne (wyzwalacze mogą np. zostać uszeregowane w kolejności odpowiadającej prawdopodobieństwu doprowadzenia do wpadki, poziomowi stresu powiązanego z każdym wyzwalaczem czy poziomowi pewności siebie w radzeniu sobie z wyzwalaczami).

Należy zachęcać klienta do oceny własnego poziomu lęku przed każdym ćwiczeniem ekspozycji obrazowej, w trakcie jego wykonywania i po nim. Warto również zachęcić klienta do zapisywania nasilenia popędu, oznaczonego na stustopniowej skali, gdzie 0 oznacza minimalny popęd, a 100 – bardzo silny. Poniżej przedstawiono kroki ćwiczenia relaksacyjnego z zastosowaniem ekspozycji obrazowej:

- Zapisz nasilenie chęci gry przed sesją ekspozycji obrazowej.
- Połóż się na plecach, ponieważ jest to najbardziej relaksująca pozycja. Nie krzyżuj rąk ani nóg. Włóż luźne ubranie. Możliwe jest również przeprowadzenie wizualizacji w pozycji siedzącej lub stojącej, aczkolwiek nie jest to zalecane. Niektórzy uważają, że wizualizacja w pozycji siedzącej jest nudna i pozbawiona kreatywności.
- Łagodnie przymknij oczy, tak aby powieki nie były mocno zaciśnięte. Pomocne jest również odcięcie się od otoczenia.
- Upewnij się, że jesteś w zacisznym miejscu.
- Rozpocznij od odprężenia się (zastosuj oddychanie przeponą).
- Spróbuj sobie wyobrazić „przejście” przez kolejne sceny, używając wszystkich pięciu zmysłów, aby uzyskać żywy obraz każdej z nich.
- Gdy sesja dobiegnie końca, pochwal się za wykonanie ćwiczenia.
- Pamiętaj o dokonaniu oceny nasilenia chęci gry podczas sesji i po niej.

Wyobrazona scena może zostać nagrana podczas sesji i potem odtworzona w kolejnym tygodniu jako zadanie domowe. Poniżej znajduje się przykład arkusza ekspozycji obrazowej.

8.5. ĆWICZ TECHNIKI RELAKSACYJNE ORAZ METODĘ EKSPOZYCJI OBRAZOWEJ

Stosując poniższe wskazówki, sporządź hierarchię wyzwalaczy dla każdego klienta. Dokładnie opisz (lub nagraj dyktafonem) sceny do każ-

dego scenariusza (wyzwalacza). Stosując powyższe kroki, rozpocznij ćwiczenie ekspozycji obrazowej od najmniej budzącego lęk wyzwalacza. Użyj do tego arkusza ekspozycji obrazowej z dodatku R.

8.6. PRZEDSTAW ZADANIA DOMOWE

Omów zadania domowe przy zastosowaniu arkusza zadania domowego. Upewnij się, że klient posiada:

- arkusz zadania domowego (poniżej),
- materiały na temat ćwiczeń relaksacyjnych zawarte w dodatku Q,
- puste egzemplarze arkusza ekspozycji obrazowej zawartego w dodatku R,
- materiały informacyjne klienta: Kroki ekspozycji obrazowej (poniżej).

Arkusz ekspozycji obrazowej (przykład)

Data, godzina	Zdarzenie	Nasilenie popędu przed próbą (0-100)	Nasilenie popędu po próbie (0-100)
22.06, 9.00	Scenariusz 1: Udanie się do pubu po kłótni z żoną	30	20
22.06, 10.00	Scenariusz 1: Udanie się do pubu po kłótni z żoną	20	15
22.06, 10.10	Scenariusz 1: Udanie się do pubu po kłótni z żoną	15	15
23/6, 15.00	Scenariusz 1: Udanie się do pubu po kłótni z żoną	15	10
23.06, 15.10	Scenariusz 1: Udanie się do pubu po kłótni z żoną	10	5

Arkusze zadania domowego

- 1) Przy użyciu tabeli irracjonalnych myśli B ćwicz rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu związanych z uprawianiem hazardu oraz obniżeniem nastroju.
- 2) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wykształć w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.
- 3) **CODZIENNIE PRZEZNACZ PRZYNAJMNIEJ GODZINĘ NA PONIŻSZE ĆWICZENIA** (najlepiej wykonywać je rano lub tuż przed snem). Jeśli wolisz wykonywać te ćwiczenia dwa razy dziennie, przeznacz na nie pół godziny rano i pół godziny wieczorem).
 - Ćwiczenie oddychania przeponą oraz przynajmniej jedno inne ćwiczenie relaksacyjne. Ćwiczenie oddychania przeponą: 10 oddechów, tj. 10 cykli wdech-pauza-wydech.
 - Przeczytaj wszystkie zapisane przez siebie na kartach stwierdzenia.
 - Ćwicz ekspozycję obrazową (odnieś się do materiałów informacyjnych klienta: Kroki ekspozycji obrazowej).

Materiały informacyjne klienta: Kroki ekspozycji obrazowej

- Zapisz nasilenie chęci gry przed sesją ekspozycji obrazowej.
- Połóż się na plecach, ponieważ jest to najbardziej relaksująca pozycja. Nie krzyżuj rąk ani nóg. Włóż luźne ubranie. Możliwe jest również przeprowadzenie wizualizacji w pozycji siedzącej lub stojącej, aczkolwiek nie jest to zalecane.
- Łagodnie przymknij oczy, tak aby powieki nie były mocno zaciśnięte. Pomocne jest również odcięcie się od otoczenia.

- Upewnij się, że jesteś w zacisznym miejscu.
- Rozpocznij od odprężenia się (zastosuj oddychanie przeponą).
- Spróbuj sobie wyobrazić „przejście” przez kolejne sceny, używając wszystkich pięciu zmysłów, aby uzyskać żywy obraz każdej z nich. Wykaż się kreatywnością, wyobrażając sobie te sceny. Nie zapominaj o reakcjach fizjologicznych, myślach i uczuciach.
- Jeśli jedna ze scen przedstawia Cię w miejscu, w którym uprawia się hazard, wyobraź sobie, że jesteś w stanie oprzeć się chęci gry poprzez wykonywanie innych przyjemnych rzeczy (np. rozmowę z przyjacielem) i że opuszczasz to miejsce w spokojnym stanie ducha. Wyobraź sobie, że stosujesz poznane wcześniej w ramach programu strategie, aby sobie w tym pomóc.
- Gdy sesja dobiegnie końca, pochwal się za wykonanie ćwiczenia.
- Pamiętaj o dokonaniu oceny nasilenia chęci gry podczas sesji i po niej.

Sesja 7. Trening rozwiązywania problemów i wyznaczania celów

Zawartość sesji i cele

- 9.1. Omów zadania domowe
- 9.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 9.3. Omów rozwiązywanie problemów
- 9.4. Omów wyznaczanie celów
- 9.5. Ćwicz umiejętności rozwiązywania problemów i wyznaczania celów
- 9.6. Przedstaw zadania domowe

9.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w realizacji zadań domowych, okaż mu uznanie oraz pochwal za starania i dokonania. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudności lub określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

9.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

9.2.1. Cel

Celem tej sesji jest uświadomienie klientowi przydatności techniki rozwiązywania problemów, jak również przedstawienie kroków w rozwiązywaniu problemów. Sesja ma również na celu omówienie sposobu wyznaczania odpowiednich i osiągalnych celów.

9.2.2. Uzasadnienie

Problemowi hazardziści często sprawiają wrażenie, jakby nie byli w stanie wziąć pod uwagę długoterminowych konsekwencji swoich czynów, dlatego też reagują lub działają pod wpływem impulsów. Z tego powodu

nauczenie problemowych hazardzistów podstawowych umiejętności rozwiązywania problemów może być niezbędnym elementem rozważania dostępnych możliwości poprzedzającego podjęcie zachowań hazardowych, których zazwyczaj później żałują. Problemowi gracze mogą zastosować techniki rozwiązywania problemów również po to, by radzić sobie z chęcią gry (Korn i Shaffer, 2004). Umiejętności te mogą być również użyte do radzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami hazardu dotyczącymi zatrudnienia, związków oraz problemów finansowych (Korn i Shaffer, 2004).

Trening umiejętności rozwiązywania problemów (zazwyczaj w połączeniu z innymi technikami) jest z powodzeniem stosowany przy innych zaburzeniach psychologicznych i behawioralnych, zwykle dla utrzymania korzystnych rezultatów terapii (D’Zurilla i Nezu, 1982). Badania, które wykazały korzystne rezultaty w leczeniu problemowych hazardzistów (np. Doiron i Nicki, 2007; Dowling i in., 2007; Sylvain i in., 1997), zwykle zalecają trening rozwiązywania problemów jako jeden z komponentów leczenia.

Aby możliwe było osiągnięcie zmian, należy wyznaczyć realistyczne i łatwe do osiągnięcia cele. Nauczenie klienta umiejętności wyznaczania celów jest zatem bardzo istotną składową programu leczenia, ponieważ w trakcie jego realizacji klient jest zachęcany do wprowadzania wielu zmian (zmiany stylu życia, zmiany zachowania itd.).

9.3. OMÓW ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW

Rozwiązywanie problemów jest umiejętnością, której klient może się nauczyć. Jest to „behawioralny proces, który dostarcza wielu różnorodnych, skutecznych reakcji na problemowe sytuacje, zwiększający prawdopodobieństwo wyboru najbardziej skutecznej reakcji spośród tych alternatyw” (Goldfried i Davison, 1994, str. 187). Mimo że wymaga to praktyki i nie gwarantuje idealnych rozwiązań, pomaga osobie w rozważeniu wszystkich dostępnych opcji. Koncentracja na celach pomaga również w kontrolowaniu nastroju klienta. Jest to szczególnie pomocne, gdy klient czuje się zagubiony, lękliwy lub ma obniżony nastrój. Stworzony w logiczny sposób arkusz może zostać zastosowany do rozwiązywania problemów przez zapisywanie w przejrzysty sposób myśli, problemów i rozwiązań na kartce. Wykorzystane w tej sesji kroki rozwiązywania problemów opierają się na pracy D’Zurilli i Goldfrieda (1971). Wyróżnia się wiele etapów rozwiązywania problemów, które szczegółowo opisano poniżej.

Krok 1: Zidentyfikuj problem

Poniższe informacje mogą pomóc klientowi w zidentyfikowaniu problemu.

- Użyj swoich uczuć jako wskazówki (co sprawia, że czujesz się w ten sposób?).
- Użyj swojego zachowania jako wskazówki (w jakiej sytuacji sobie nie radzisz?).
- Zastanów się nad istotą swoich obaw.
- Zadaj sobie pytanie: „Co uniemożliwia mi osiągnięcie moich celów?”.

Krok 2: Określ problem

Podczas definiowania problemu należy wziąć pod uwagę poniższe zalecenia.

- Bądź konkretny i sformułuj problem w pozytywnych kategoriach (np. „Muszę znaleźć odpowiednią pracę” zamiast „Jestem bezrobotny”).
- Rozważaj jeden problem na raz.
- Jeżeli jest to duży problem, rozbij go na mniejsze składowe i zajmuj się każdym elementem z osobna. Na przykład jeśli Twoje zachowanie hazardowe i jego negatywne konsekwencje wpłynęły na Twoje relacje z różnymi osobami, wówczas niezbędne jest oddzielne zajęcie się każdą osobą.

Krok 3: Przeprowadź burzę mózgów, aby wymyślić możliwe rozwiązania

Wymyśl możliwie jak najwięcej rozwiązań. Nie musisz ich uzasadniać. Nie krytykuj i nie osądzaj potencjalnych rozwiązań. Możesz być kreatywny i pomysłowy. Możesz również czerpać pomysły od innych (np. członków rodziny czy przyjaciół). Możesz także poszukać możliwych rozwiązań czy pomysłów w książkach lub w Internecie.

Krok 4: Oceń każde rozwiązanie, rozpatrując jego wady i zalety

Oceń wady i zalety każdego możliwego rozwiązania. Weź pod uwagę konsekwencje zarówno krótko-, jak i długoterminowe.

Krok 5: Zapisz rozwiązania w kolejności od najbardziej pożądanego i dokonaj wyboru

Wypisz rozwiązania w preferowanej kolejności. Połącz ze sobą rozwiązania, jeśli zajdzie taka potrzeba. Często najbardziej pomocne okazuje się rozwiązanie, które może zostać szybko i łatwo zastosowane. Oznacza to, że możesz zacząć od razu oraz że istnieje duże prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu na wczesnym etapie, zamiast porażki przy pierwszej próbie.

Krok 6: Oceń skuteczność rozwiązania

Zaplanuj i wprowadź rozwiązanie w życie. Jeśli klient przejawia trudności w zaplanowaniu wdrożenia rozwiązania, umiejętności wyznacza-

nia celów opisane w następnym podrozdziale mogą pomóc klientowi w zaplanowaniu i osiągnięciu celu. Przeanalizuj skuteczność wybranego rozwiązania. Jeśli okazało się nieskuteczne, możesz wrócić do kroku 5. i wybrać kolejne preferowane rozwiązanie.

Poniżej znajduje się przykład wdrożenia 5 kroków w rozwiązywaniu problemów w odniesieniu do konkretnego problemu. Zastosowany został Arkusz rozwiązywania problemu (puste egzemplarze znajdują się w dodatku S).

Arkusz rozwiązywania problemów (przykład)

Krok 1: Zidentyfikuj problem. Zadłużenie na mojej karcie kredytowej wynosi około 30 000 zł

.....
.....
.....

Krok 2: Określ problem (konkretny i mierzalny). Muszę zdobyć 30 000 zł, żeby spłacić zadłużenie na karcie kredytowej

.....
.....
.....

Krok 3: Przeprowadź burzę mózgów, aby wymyślić możliwe rozwiązania

1) Pożyczyć pieniądze od przyjaciela, Pawła

.....
.....

2) Wynegocjować z bankiem spłatę zadłużenia na karcie w formie rat

.....
.....

3) Pożyczyć pieniądze od mamy

.....
.....

4) Złożyć w banku wniosek o pożyczkę bez zabezpieczeń

.....
.....

Krok 4: Oceń każde rozwiązanie, rozpatrując jego wady i zalety

Rozwiązanie	Zaleta	Wada
Pożyczyć pieniądze od przyjaciela, Pawła.	Paweł z pewnością posiada taką kwotę pieniędzy i mógłby mi je pożyczyć.	Jestem mu winien już 5000 zł. Na pewno odmówi mi pożyczki. Prawdopodobnie nie uda mi się spłacić tej pożyczki, a co więcej, jestem mu winien pieniądze od roku.
Wynegocjować z bankiem spłatę zadłużenia na karcie w formie rat.	Mogę spłacać małe sumy, na które mnie stać. Nie będę już więcej zadłużony.	Spłacenie całkowitej kwoty zadłużenia zajmie mi cały rok.
Pożyczyć pieniądze od mamy.	Najprawdopodobniej mama pożyczy mi te pieniądze bez wahania lub zadawania dodatkowych pytań.	Jestem jej już winny ponad 10 000 zł. To nie jest w porządku wobec mamy, żebym kolejny raz pożyczał od niej pieniądze, ponieważ mama już nie pracuje. Jest mało prawdopodobne, że w ciągu roku oddam jej wszystko, co pożyczyłem.
Złożyć wiosek w banku o pożyczkę bez zabezpieczeń.	Prawdopodobnie otrzymam wnioskowaną pożyczkę, ponieważ ten bank specjalizuje się w pożyczkach dla osób posiadających niekorzystną historię kredytową.	Będę winien znacznie więcej pieniędzy niż obecnie. Oprocentowanie jest bardzo wysokie. Nie będę w stanie spłacić tej pożyczki w wyznaczonym czasie.

Krok 5: Zapisz rozwiązania w kolejności od najbardziej pożądanego i dokonaj wyboru

W kolejności preferencji: (1) wynegocjować z bankiem spłatę zadłużenia na karcie kredytowej w formie rat, (2) pożyczyć pieniądze od mamy, (3) pożyczyć pieniądze od przyjaciela, Pawła, (4) złożyć w banku wniosek o pożyczkę bez zabezpieczeń

.....

.....

Krok 6: Oceń skuteczność rozwiązania

Udało mi się wynegocjować ratalną spłatę zadłużenia na karcie kredytowej. Biorąc pod uwagę moje obecne dochody, uda mi się spłacić dług w ciągu roku

.....

9.4. OMÓW WYZNACZANIE CELÓW

Wyróżniamy wiele kroków na drodze do osiągnięcia celu. Zostały one opisane poniżej.

Krok 1: Zdefiniowanie celu

Skuteczne wdrożenie rozwiązania nieodłącznie wiąże się z jasnym wytyczeniem celu przez klienta.

- Bądź konkretny i sformułuj cel w pozytywnych kategoriach (np. „Będę odwiedzać swoją rodzinę raz w tygodniu” zamiast „Przestanę unikać swojej rodziny”).
- Sformułuj cel w kategoriach behawioralnych (np. „Będę chodził na 30-minutowe spacerów 4 razy w tygodniu” zamiast „Chcę poprawić stan swojego zdrowia”).
- Rozbij duże cele na mniejsze, aby były możliwe do osiągnięcia.
- Określ cele pod kątem priorytetów i zrealizuj najpierw cele o najwyższym priorytecie.

Krok 2: Nagroda za zrealizowanie celu

W jaki sposób się wynagrodzisz za osiągnięcie celu?

Krok 3: Zaplanowanie drogi do osiągnięcia celu

Planowanie przez klienta właściwego celu powinno obejmować rozważenie następujących zagadnień: Co należy zrobić? Kto będzie zaangażowany? Kto zrealizuje każde zadanie? Czy pozostałe osoby uwzględnione w tym planie będą współpracować? Czy te osoby będą wiedziały, co mają zrobić? Gdzie cel będzie realizowany? W jaki sposób zamierzasz uzyskać rzeczy potrzebne do realizacji celu?

Krok 4: Termin realizacji celu

Zdecyduj, kiedy cel zostanie zrealizowany.

Krok 5: Czas przeznaczony na pracę nad realizacją celu (uwzględnij datę weryfikacji celu)

Zdecyduj kiedy, jak długo i jak często będziesz pracować nad osiągnięciem celu. Ustal dokładną datę zweryfikowania celu.

Krok 6: Potencjalne bariery uniemożliwiające realizację celu oraz sposoby radzenia sobie z nimi

Przeanalizuj bariery uniemożliwiające osiągnięcie Twojego celu. Jak zamierzasz je pokonać? Jaki jest plan w przypadku, gdy nie osiągniesz zamierzonego celu?

Krok 7: Ocena rezultatu celu

Podczas oceny rezultatu swoich celów weź pod uwagę następujące zagadnienia: Czy udało się osiągnąć cel? Jeśli nie, to dlaczego? Co poszło dobrze, a co nie? Jakie masz inne możliwości? Zaakceptuj negatywne uczucia, takie jak rozczarowanie, ale też nie wyolbrzymiaj, kiedy sprawy nie pójdą po Twojej myśli. Przypomnij sobie o innych sukcesach w swoim życiu i pomyśl, że skoro udało Ci się je osiągnąć, to również i ten cel zdołasz zrealizować. Określ tę próbę jako częściowy sukces, a nie całkowitą porażkę. Pamiętaj, że człowiek uczy się metodą prób i błędów oraz że sama próba realizacji swojego celu jest już oznaką sukcesu. Poprawiaj i modyfikuj swój plan, a w razie potrzeby nakreśl go od nowa. Jak najszybciej podejmij kolejną próbę.

Poniżej znajduje się przykład sposobu zastosowania umiejętności wyznaczania celu przy użyciu arkusza wyznaczania celów (niewypełnione egzemplarze znajdują się w dodatku T).

9.5. ĆWICZ UMIEJĘTNOŚCI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW I WYZNACZANIA CELÓW

Przećwicz powyższe kroki rozwiązywania problemów na rzeczywistym problemie, którego klient doświadcza, z wykorzystaniem arkusza rozwiązywania problemów. Ćwicz również umiejętności wyznaczania celów, stosując arkusz wyznaczania celów.

9.6. PRZEDSTAW ZADANIA DOMOWE

Omów zadania domowe, używając arkusza zadań domowych. Upewnij się, że klient posiada:

- arkusz zadania domowego (poniżej),
- materiały informacyjne klienta: Umiejętności rozwiązywania problemów i wyznaczania celów (poniżej),

- puste egzemplarze arkusza rozwiązywania problemów (dodatek S),
- puste egzemplarze arkusza wyznaczania celów (dodatek T),
- tabelę irracjonalnych myśli B i arkusz ekspozycji obrazowej (jeśli klient potrzebuje ich więcej).

Arkusze wyznaczania celu (przykład)

Krok 1: Zdefiniowanie celu (pozytywny, mierzalny, behawioralny)

Znajdę pracę jako sprzedawca w sklepie

.....

Krok 2: Nagroda za zrealizowanie celu

Kupię sobie nowy album jazzowy

.....

Krok 3: Zaplanowanie drogi do osiągnięcia celu

1) Przygotuję CV (poproszę siostrę o pomoc)

.....

2) Zapiszę się do agencji pośrednictwa pracy. Zapoznam się z aktualnymi ofertami pracy przynajmniej co drugi dzień

.....

3) Poszukam ogłoszeń o pracę w lokalnych gazetach i w Internecie – codziennie

.....

4) Zaaplikuję na stanowisko, które wydaje się najbardziej odpowiednie (zapytam siostrę, czy zechce mi pomóc w napisaniu listu motywacyjnego)

.....

Krok 4: Termin realizacji celu

Godz. 13.00, 30 czerwca

.....

Krok 5: Czas przeznaczony na pracę nad celem (uwzględnij termin jego weryfikacji)

1) Praca nad celem codziennie od 9 do 10 rano.....

.....

2) Kontynuowanie aktualnego planu przynajmniej przez 3 miesiące. Zweryfikuję swój cel, jeśli pod koniec 3. miesiąca nadal nie będę mieć pracy.....

.....

Krok 6: Potencjalne bariery uniemożliwiające realizację celu oraz sposoby radzenia sobie nimi

Motywacja do realizacji mojego planu, (1) Pozytywne myślenie i codziennie motywowanie się. (2) Codzienne wyobrażanie lub przypominanie sobie, jak będzie wyglądał zrealizowany cel (np. posiadanie pracy i pieniędzy na spłatę długów, (3) Rozmowa z siostrą w momentach niskiej motywacji.....

.....

Krok 7: Ocena rezultatu celu (Czy udało się osiągnąć cel? Jeśli nie, to dlaczego? Jakie są alternatywy? Popraw lub zmodyfikuj swój plan, a w razie potrzeby nakreśl go od nowa. Jak najszybciej podejmij kolejną próbę)

Tak, mam pracę na pełny etat w dużym sklepie z meblami

.....

Pamiętaj: Nie twórz w myślach czarnych scenariuszy, jeśli Ci się nie powiedzie. Pamiętaj o swoich sukcesach w życiu i o tym, że jeśli wtedy udawało Ci się je osiągać, teraz też dasz sobie radę. Określ daną próbę jako częściowy sukces, a nie całkowitą porażkę. Pamiętaj, że człowiek uczy się metodą prób i błędów oraz że wszelkie próby działania podjęte w kierunku realizacji celu są oznaką sukcesu.

Arkusz zadania domowego

- 1) Przy użyciu tabeli irracjonalnych myśli B ćwicz rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu związanych z uprawianiem hazardu oraz obniżeniem nastroju.
- 2) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wyksztalc w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.
- 3) **CODZIENNIE PRZEZNACZ PRZYNAJMNIEJ GODZINĘ NA PONIŻSZE ĆWICZENIA** (najlepiej wykonywać je rano lub tuż przed snem). Jeśli wolisz wykonywać te ćwiczenia dwa razy dziennie, przeznacz na nie pół godziny rano i pół godziny wieczorem).
 - Ćwiczenie oddychania przeponą oraz przynajmniej jedno inne ćwiczenie relaksacyjne. Ćwiczenie oddychania przeponą: 10 oddechów, tj. 10 cykli wdech-pauza-wydech.
 - Przeczytaj wszystkie zapisane przez siebie na kartach stwierdzenia.
 - Ćwicz ekspozycję obrazową (odnieś się do materiałów informacyjnych klienta: Kroki ekspozycji obrazowej).

OPCJONALNIE

- Ćwicz umiejętności rozwiązywania problemów przy zastosowaniu arkusza rozwiązywania problemów.
- Ćwicz umiejętności wyznaczania celów przy zastosowaniu arkusza wyznaczania celu.

**Materiały informacyjne klienta:
Umiejętności rozwiązywania problemów i wyznaczania celów**

Etapy rozwiązywania problemów:

- 1) *Zidentyfikuj problem* – użyj swoich emocji i zachowań jako wskazówek; zastanów się nad istotą swoich obaw.
- 2) *Określ problem* – weź pod uwagę jeden problem na raz. Bądź w tym konkretny i formułuj swój problem w pozytywnych kategoriach (np. „Muszę znaleźć odpowiednią pracę” zamiast „Jestem bezrobotny”). Jeśli jest to duży problem, rozbij go na mniejsze składowe i rozwiązuj je osobno.
- 3) *Przeprowadź burzę mózgów* – wymyśl rozwiązania.
- 4) *Oceń wady i zalety każdego rozwiązania.*
- 5) *Zapisz rozwiązania w kolejności od najbardziej pożądanego i dokonaj wyboru.*
- 6) *Oceń skuteczność rozwiązania.*

Etapy wyznaczania celu:

- 1) *Zdefiniowanie celu* – aby cel był dobrze sformułowany, należy:
 - zadbać o jego szczegółowość i określać cel w pozytywnych kategoriach (np. „Będę odwiedzał swoją rodzinę raz w tygodniu” zamiast „Przestaną unikać swojej rodziny”);
 - przedstawić cel jako behawioralny (np. „Pójdę na 30-minutowy spacer” zamiast „Postaram się poprawić stan swojego zdrowia”);
 - rozbijać duże cele na mniejsze, bardziej osiągalne;
 - ustalać priorytety celów i w pierwszej kolejności realizować cele o najwyższym priorytecie.
- 2) *Nagroda za zrealizowanie celu.*
- 3) *Zaplanowanie drogi do osiągnięcia celu* – weź pod uwagę następujące zagadnienia: Kto będzie zaangażowany w realizację celów? Czym zajmie się każda osoba? W jaki sposób zdobędziesz rzeczy potrzebne do realizacji celu? Gdzie cel będzie realizowany? Co powinno być zrobione?

- 4) *Termin realizacji celu.*
- 5) *Czas spędzony na realizacji celu (Kiedy, jak długo i jak często będziesz pracować nad celem? Kiedy zweryfikujesz swój cel?).*
- 6) *Potencjalne bariery uniemożliwiające osiągnięcie celu oraz sposoby radzenia sobie z nimi.*
- 7) *Ocena rezultatu swojego celu – czy udało Ci się osiągnąć cel? Co poszło nie tak? Jakie są alternatywy? Poprawiaj i modyfikuj swój plan, a w razie potrzeby nakreśl go od nowa. Jak najszybciej podejmij kolejną próbę.*

Pamiętaj: Nie twórz w myślach czarnych scenariuszy, jeśli Ci się nie powiedzie. Pamiętaj o swoich sukcesach w życiu i o tym, że jeśli wtedy udawało Ci się je osiągać, teraz też dasz sobie radę.

Określ daną próbę jako częściowy sukces, a nie całkowitą porażkę. Pamiętaj, że człowiek uczy się metodą prób i błędów, a wszelkie próby działania podjęte w kierunku realizacji celu są oznaką sukcesu.

Sesja 8. Zarządzanie negatywnymi emocjami

Zawartość sesji i cele

- 10.1. Omów zadania domowe
- 10.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 10.3. Omów negatywne emocje, które są typowe dla problemowych graczy
- 10.4. Zbadaj negatywne emocje klienta
- 10.5. Omów strategię radzenia sobie z negatywnymi emocjami
- 10.6. Przedstaw zadania domowe

10.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w realizacji zadań domowych, okaż mu uznanie i pochwal starania i dokonania. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność lub określ powody, dla których klient nie wywiązał się z wykonania zadania domowego. Oceń postępy klienta w pracy nad wyzwalaczami hazardu.

10.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

10.2.1. Cel

Cele zawarte w tym rozdziale obejmują:

- pomaganie klientowi w zrozumieniu roli jaką negatywne emocje mogą odgrywać w utrzymywaniu się hazardu problemowego;
- wspieranie klienta w obserwowaniu pojawiających się negatywnych emocji;
- pomaganie klientowi w rozpoznawaniu mało skutecznych sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- uczenie klienta skutecznych strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

Pamiętaj, że ten program leczenia zakłada, że negatywne emocje (np. przygnębienie, złość, poczucie winy i lęk) nie są głównym problemem klienta. Jak zaznaczono na początku tego podręcznika, jeśli negatywne emocje są głównym źródłem niepokoju dla klienta, warto w pierwszej kolejności zająć się wyłącznie nimi, jako że ten podręcznik nie jest opracowany do tego celu.

10.2.2. Uzasadnienie

Zgodnie z tym, co zostało omówione we wcześniejszych rozdziałach, hazard jest często uprawiany jako forma ucieczki od negatywnych stanów emocjonalnych lub w celu zmniejszenia napięcia. Wiele badań wykazało, że negatywne stany emocjonalne (np. złość, depresja, poczucie winy) i powiązane zaburzenia psychologiczne (np. zaburzenia depresyjne i lękowe) odgrywają rolę w rozwoju i utrzymywaniu się problemów hazardowych (Boughton i Falenchuk, 2007; El-Guebaly i in., 2006; Rush, Bassani, Urbanoski i Castel, 2008). Pojawiające się u problemowych graczy negatywne stany emocjonalne zostały również powiązane z nawrotem (Hodgins i El-Guebaly, 2004) oraz nieukończeniem terapii (Echeburúa, Fernández-Montalvo i Báez, 2001).

Negatywne emocje mogą się pojawić na różnych etapach hazardu (przed uprawianiem hazardu i potem). Wielu hazardzistów gra, żeby się uwolnić od negatywnych emocji. Bezpośrednio oznacza to, że nie są w stanie poradzić sobie z tymi emocjami, zanim nasilą się one do tego stopnia, że doprowadzą do uprawiania hazardu.

Negatywne emocje mogą również wystąpić u problemowych graczy po epizodzie grania (zwłaszcza gdy stracili dużo pieniędzy) lub gdy doświadczą nawrotu. Takie emocje po epizodzie z hazardem mogą doprowadzić problemowego hazardzistę do kontynuowania gry w celu doznania ulgi od negatywnych emocji, pomimo ciągłych przegranych. Dlatego też niezwykle istotne jest, aby problemowy hazardzista nauczył się, jak sobie radzić z takimi negatywnymi emocjami, ponieważ mogą one odgrywać rolę w utrzymywaniu się problemów z hazardem.

10.3. OMÓW NEGATYWNE EMOCJE, KTÓRE SĄ TYPOWE DLA PROBLEMOWYCH GRACZY

Emocje są niekorzystne wówczas, gdy są ignorowane, zbyt intensywne, zaburzają nasze codzienne funkcjonowanie, nie dają się kontrolować lub prowadzą do negatywnych zachowań (np. samookaleczenia lub wyrządzania krzywdy innym). Powinniśmy zachowywać równowagę emocjonalną, ponieważ w momencie gdy nasze emocje wymykają się spod kontroli, nie jesteśmy w stanie funkcjonować w produktywny sposób. Z drugiej strony, kiedy tłumimy w sobie emocje i przeznaczamy zbyt dużo czasu na inne zajęcia (np. pracę), ignorujemy wysyłane przez nie sygnały. Aby umożliwić klarowne myślenie, niezbędne do skutecznego radzenia sobie w stresujących sytuacjach i rozwiązywania praktycznych problemów, powinniśmy rozwijać kontrolę emocjonalną.

Nauczyliśmy się już podczas wcześniejszych sesji, w jaki sposób nasze myśli, uczucia i zachowania są ze sobą powiązane. U niektórych problemowych hazardzistów negatywne emocje odgrywają rolę w inicjowaniu uprawiania hazardu i rozwoju problemów hazardowych. U innych powstają one na skutek uprawiania hazardu przez klienta. Poniżej wyszczególniono kilka typowych przykładów negatywnych emocji występujących u problemowych hazardzistów.

10.3.1. Lęk

Wielu badaczy powiązało lęk z problemami hazardowymi (Westphal i Johnson, 2007; Zangeneh, Grunfeld i Koenig, 2008). Pacjenci, którzy preferują gry hazardowe niewymagające dużych umiejętności (np. maszyny do hazardu), częściej doświadczają stanów lękowych i stresu (Coman i in., 1997). Miu, Heilman i Houser (2008) wykazali, że lęk jako cecha ma związek z zaburzeniami w podejmowaniu decyzji. Echeburúa i in. (2001) po roku obserwacji wykazali, że osoby lękliwe i neurotyczne częściej przerywały leczenie lub dochodziło u nich do nawrotu.

10.3.2. Poczucie winy

Poczucie winy jest bardzo powszechne wśród problemowych hazardzistów. Wina może wiązać się z poczuciem wzbudzenia u innych zawodu spowodowanego własnymi problemami z hazardem. Poczucie winy może się również wiązać z manipulacyjnymi zachowaniami hazardzisty (np. okłamywaniem swoich bliskich lub obwinianiem ich za problem z hazardem). Typowe zniekształcenia poznawcze związane z poczuciem winy obejmują:

- wyolbrzymianie („Zepsułem wszystko”);
- etykietowanie („Jestem takim złym człowiekiem”);
- personalizację („To moja wina, że wszystko, co złe, przydarza się mojej rodzinie”);
- stwierdzenia typu „powinienem” („Powinienem być już do tej pory spłacić wszystkie swoje długi”).

10.3.3. Złość

Jeśli dana osoba znajdzie się w sytuacji, która odbiega od pierwotnych oczekiwań, wówczas może odczuwać przekonanie, że jej potrzeby (lub prawa) nie zostały zaspokojone, co w rezultacie może skutkować wybuchem gniewu (Johnson, 1990). Gniew jest wynikiem zdarzeń zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych (Johnson, 1990). Gniew może się ukrywać pod frustracją, rozczarowaniem, zranieniem, niepokojem, posępnym nastrojem, kłótnią, obwinianiem innych, groźbami i nękaniami (Johnson, 1990).

Collins, Skinner i Toneatto (2005) wykazali, że 60% problemowych hazardzistów borykało się z problemem gniewu w porównaniu z blisko 60% hazardzistów „nieproblemowych”. Wiele badań wskazało również na wysokie wskaźniki przemocy rodzinnej wśród problemowych hazardzistów (Lorenz i Shuttleworth, 1983; Korman i in., 2008; Muellemann, DenOtter, Wadman, Tran i Anderson, 2002).

10.3.4. Depresja

Depresja jest bardzo powszechna u problemowych hazardzistów (Kim, Grant, Eckert, Faris i Hartman, 2006; Moodie i Finnigan, 2006). Niektóre objawy depresji obejmują:

- stany emocjonalne – smutek, płaczliwość, irytacja, złość, frustracja, niepokój, lęk, poczucie winy, strach, brak pewności siebie, brak poczucia własnej wartości, niska samoocena;
- procesy poznawcze – słaba koncentracja, spowolnione myślenie, zaburzone podejmowanie decyzji, skłonność do zapominania, słaba pamięć, pesymizm (negatywne postrzeganie siebie, świata i przyszłości), poczucie beznadziei, myśli samobójcze;
- funkcjonowanie społeczne – wycofanie, izolacja, brak zainteresowań, brak umiejętności doświadczania oraz okazywania radości, trudności w odczuwaniu motywacji;
- kondycja fizyczna – zmęczenie, brak energii życiowej, spowolniona mowa i ruchy ciała, zaburzenia snu, niskie libido i zaburzenia apetytu.

Klienci, którzy preferują rodzaj uprawiania hazardu wymagający umiejętności (np. zakłady w wyścigach konnych), częściej doświadczają ciężkiej depresji (Coman i in., 1997). Clarke (2006) wykazał, że czynnikiem warunkującym nasilenie depresji i problemowego hazardu jest impulsywność.

10.4. ZBADAJ NEGATYWNE EMOCJE KLIENTA

Pomóż klientowi w eksploracji jego negatywnych emocji i sposobu reagowania na nie. Poproś klienta, aby pomyślał o jakimś niedawnym incydencie, który skutkował pojawieniem się negatywnych emocji (np. złości, smutku, poczucia winy, lęku). Zachęć klienta do eksploracji myśli i zachowania przy użyciu arkusza negatywnych emocji, zawartego w dodatku U. Arkusz ten umożliwia klientom badanie ich negatywnych emocji poprzez zastosowanie poniższych propozycji i pytań.

- Opisz negatywne emocje (co czujesz?).
- Opisz sytuację, która doprowadziła do negatywnych emocji.
- Co myślałeś przed doświadczeniem tych negatywnych emocji?
- Co myślałeś po doświadczeniu tych negatywnej emocji?
- Co zrobiłeś po doświadczeniu tych negatywnej emocji?
- Co było pomocne, korzystne w odniesieniu do Twojego myślenia i czynów po doświadczeniu negatywnych emocji, a co nie?
- Co zrobiłbyś inaczej następnym razem?

10.5. OMÓW STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z NEGATYWNymi EMOCJAMI

Omów zarówno produktywne, jak i nieproduktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

10.5.1. Nieproduktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami

- Emocje kumulują się do tego stopnia, że stają się zbyt przytłaczające i zaczynamy kierować je w stronę innych. Dotyczy to przemocy zarówno werbalnej (np. sarkazm lub znęcanie się), jak i fizycznej (np. kopanie kota lub mebli).
- Emocje gromadzą się do tego stopnia, że stają się zbyt przytłaczające i zaczynamy kierować je we własną stronę (np. obwinianie siebie).
- Cisza, unikanie problemu i wycofanie się.
- Zaprzeczanie negatywnym emocjom lub problemowi, który je wywołuje.
- Zamiana negatywnych emocji na coś innego: objadanie się, przepracowanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych, uprawianie hazardu itd.

10.5.2. Produktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami

Najbardziej produktywnym sposobem radzenia sobie z negatywnymi emocjami jest użycie ich jako źródła energii, która zostanie zaprzęgnięta do konstruktywnego działania (np. użyta do rozwiązywania problemów) w miejsce działań bezproduktywnych (np. hazardu). Poniżej opisano wskazówki pomocne w osiągnięciu tego celu.

- Utrzymywanie świadomości swoich negatywnych emocji poprzez monitorowanie nastrojów i sytuacji, które je warunkują. W zwiększaniu świadomości oraz stopnia zrozumienia tych emocji pomocne może być prowadzenie dziennika, zapisywanie negatywnych emocji oraz przepracowanie pozycji z arkusza negatywnych emocji. Obejmuje to dokumentowanie osób, sytuacji itp., które poprzedzają pojawienie się negatywnych emocji, w taki sposób, że osoba prowadząca zapis staje się świadoma wyzwalaczy, a także częstotliwości, intensywności, okoliczności i czasu trwania negatywnych emocji, jak również pozytywnych oraz negatywnych konsekwencji.
- Zmiana środowiska. Czasami negatywne emocje może wywoływać najbliższe otoczenie. Warto więc zrobić sobie przerwę lub zorganizować czas wolny przede wszystkim w tych porach dnia, o których z doświadczenia wiadomo, że bywają stresujące. W niektórych sytuacjach (np. trwanie w toksycznym związku) korzystniejsze jest rozważenie całkowitego odsunięcia się od destrukcyjnego środowiska.
- Ćwicz strategie radzenia sobie, których się nauczyłeś podczas tego programu, aby móc kontrolować swoje emocje, zanim staną się zbyt przytłaczające. Zastosuj np. ćwiczenia relaksacyjne (z uwzględnieniem ćwiczeń oddechowych), pozytywną wizualizację oraz ćwiczenia fizyczne.
- W momencie gdy poczujesz, że emocje są pod kontrolą, zbadaj, co je wywołuje (analizując np. sytuację, myśli i uczucia, które wpływają na Twoje samopoczucie), oraz zastosuj techniki rozwiązywania problemów, aby wypracować odpowiednie rozwiązanie. Systematyczne stosowanie podejścia nastawionego na rozwiązywanie problemów prowadzi do odzyskania poczucia pewnej kontroli nad problemami we własnym życiu. Gdy problemy są rozpatrywane z innej perspektywy i ostatecznie rozwiązywane, negatywne uczucia zazwyczaj zaczynają zanikać.
- Zastosuj technikę STAR w celu kontrolowania swoich emocji. Podobnie jak opisana w rozdziale 4 technika START, opiera się ona na samoinstruktażowym treningu Meichenbauma (1977). Poszczególne kroki tej techniki są następujące:
 STOP – zaprzestań wykonywania danej czynności lub sposobu myślenia, które wywołują negatywne emocje, i zrób sobie przerwę. W razie potrzeby zastosuj ćwiczenia oddechowe.
 THINK – zastanów się nad tym, co wywołuje dane uczucie, czego dokładnie ono dotyczy. Spróbuj rozwiązać problem. Zaplanuj, co możesz z tym zrobić, biorąc pod uwagę wszystkie opcje i konsekwencje, oraz spróbuj sobie poradzić z emocjami w bezpieczny sposób. Wybierz najlepszą opcję.
 ACT – działaj. Zacznij realizować plan. Skup się na wykonaniu zadania i trzymaj się tego. Przed rozpoczęciem działania pomyśl o przeszkodach, które mogą Cię powstrzymywać przed realizacją planu.

REVIEW – zweryfikuj swoje działania. Co się sprawdziło? Co się nie sprawdziło? Co należy zmienić? Jak możesz poprawić swoje działania następnym razem?

- Rozpoznaj i podważ negatywne wzorce myślenia, które są powiązane z odczuwanymi przez Ciebie negatywnymi emocjami. Proces ten składa się z trzech kroków: (1) zwiększenie świadomości tych emocji, (2) określenie powiązanych z nimi negatywnych i irracjonalnych myśli, (3) podważanie tych negatywnych, irracjonalnych myśli oraz zastępowanie ich bardziej realistycznymi.

Krok 1: Zwiększ świadomość tych emocji oraz związanych z nimi negatywnych i irracjonalnych myśli. Niektóre ze sposobów na zwiększenie swojej świadomości występujących objawów obejmują:

- Zwracanie uwagi na zmiany nastrojów. Za każdym razem, kiedy Twój nastrój się zmienia, zwróć uwagę na to, co się dzieje i jak się czujesz. Być może będzie to stanowić ważną wskazówkę odnośnie do Twoich wzorców myślenia. Możesz również zastosować tabelę irracjonalnych myśli (dodatek O), aby monitorować zmiany nastroju i myśli powiązane z różnymi nastrojami.
- Rozmowa o swoich uczuciach z innymi (szczególnie z bliskimi). Osoby, z którymi często przebywasz, mogą Ci udzielić ważnych wskazówek na temat Twoich negatywnych uczuć.
- Zwracaj uwagę na swoją fizyczność, ponieważ może to również być wskazówką odnośnie do Twojego stanu emocjonalnego. Uwzględnij swoją postawę, wyraz twarzy i ruchy ciała. Zwracaj uwagę na ludzi, miejsca i rodzaje aktywności, które kiedyś sprawiały Ci radość, ale teraz ich unikasz.

Krok 2: Uświadom sobie negatywne myśli powiązane z tymi emocjami. Możesz to osiągnąć poprzez zastosowanie technik opisanych poniżej.

- Zadaj sobie pytanie „O czym teraz myślę?” lub „Co mi teraz przechodzi przez głowę?” za każdym razem, kiedy odczuwasz negatywne emocje.
- Jeśli odczuwasz pewne negatywne emocje, ale nie do końca możesz wychwycić wiążącą się z nimi myśl, spróbuj kilkakrotnie odtworzyć te emocje, aż w końcu pojawi się myśl. Postaraj się wyobrazić sobie zdarzenie w taki sposób, jakby właśnie trwało – ułatwi Ci to wychwycenie odpowiedniej myśli.
- Wypisz swoje myśli – możesz zastosować tabelę irracjonalnych myśli (dodatek O).

Krok 3: Podważaj dysfunkcyjne myśli i zastąp je tymi, które są bardziej racjonalne. Podważając własne myśli, spróbuj wziąć pod uwagę szereg możliwych interpretacji, nie tylko tych negatywnych, i zakwestionuj ich słuszość. Przypomnij sobie różne sposoby podważania myśli, poznane w ramach sesji 5. Na przykład:

Myśli powiązane z winą:

- *Myśl:* „Zrobiłem coś bardzo złego” (wyolbrzymianie).
- *Podważenie:* „Co daje mi takie myślenie? Nie cofnę tego, co zrobiłem, w jakiś magiczny sposób. Nie przyspieszy to procesu nauczania i nie zredukuje szansy na popełnienie tego błędu w przyszłości. Inni ludzie nie będą mnie bardziej kochać i szanować tylko

dlatego, że czuję się teraz bardziej winny. Być może zrobiłem coś złego. Ale czy to zachowanie, które teraz potępiam, jest rzeczywiście takie okropne? Czy to możliwe, że mogło być gorzej? Nie zrobiłem tego celowo. Nie zamierzałem nikogo skrzywdzić. Poza tym odkąd zdałem sobie sprawę z tego, co zrobiłem, staram się dopilnować, by już nigdy więcej się to nie wydarzyło”.

- *Myśl:* „Jestem takim złym człowiekiem” (etykietowanie).
- *Podważenie:* „Dlaczego przypinam sobie etykietkę złej osoby? Co mam z tego, że tak myślę? Pozbawia mnie to tylko energii, którą powinienem przeznaczyć na skuteczne rozwiązywanie problemów. Muszę oddzielić zachowanie od osoby. To, co zrobiłem, było złe (tj. moje zachowanie), ale ja sam nie jestem zły (osoba)”.
- *Myśl:* „Muszę być perfekcyjny, by móc kontrolować swój hazard” (myślenie w kategoriach wszystko albo nic).
- *Podważenie:* „Czy to jest realistyczne, abym oczekiwał od siebie doskonałości? W końcu jestem tylko człowiekiem, a wszyscy ludzie popełniają błędy. Uczę się na każdym błędzie, który popełniam”.
- *Myśl:* „Powinienem być w stanie zająć się rodziną. Nie powinienem był ich zawodzić” (nadużywanie imperatywu „powinienem”).
- *Podważenie:* Zamień stwierdzenia „powinienem” na „wolałbym”.
- *Myśl:* „Czuję się winny, więc muszę być winny” (uzasadnienie emocjonalne).
- *Podważenie:* „Jak widziałbym tę sytuację, gdybym czuł się inaczej?”. Trudno jest myśleć przejrzyście, kiedy odczuwamy silne emocje.

Myśli powiązane ze złością:

- *Myśli:* „Moja żona nie powinna mi dokuczać, bo to sprawia, że chcę więcej grać” (nadużywanie imperatywu „powinienem”).
- *Podważenie:* „Ludzie mogą robić, co chcą. Nie jestem w stanie kontrolować zachowań innych, mogę jedynie kontrolować własne zachowania. Mogę dać innym znać, jak się czuję, ale to, czy zmieni to ich zachowanie, zależy wyłącznie od nich samych”.
- *Myśl:* „Oni są okropni, ponieważ nie rozumieją, jak jest mi ciężko” (etykietowanie).
- *Podważenie:* „To, że ktoś Cię zdenerwował, nie oznacza, że jest złym człowiekiem. Ludzie radzą sobie ze stresem tak, jak potrafią, uwzględniając ich świadomość i doświadczenie. Debatowanie nad tym, kto ma rację, a kto nie, niczego nie rozwiąże”.

Myśli powiązane z depresją:

- *Myśl:* „To jest najgorsza rzecz, jaka kiedykolwiek mi się przydarzyła. Po prostu nie będę w stanie sobie z tym poradzić” (wyolbrzymianie).
- *Podważenie:* „Poradziłem sobie z innymi rzeczami, to i z tym sobie poradzę. Mam teraz więcej strategii, które mogą mi pomóc przejść przez ten trudny okres”.
- *Myśl:* „Wszyscy mnie znienawidzą za mój problem z hazardem” (wyciąganie pochopnych wniosków).
- *Podważenie:* „Nie wiem, czy mnie znienawidzili, bo nawet ich nie pytałem. Wiedzą, że próbuję sobie radzić ze swoim problemem hazardowym”.
- *Myśl:* „Czegokolwiek spróbuję, zawsze ponoszę klęskę” (nadmierne uogólnianie).
- *Podważenie:* „Odnosiłem sukcesy w wielu dziedzinach swojego życia. Na przykład...”.

Pamiętaj o swoich podstawowych prawach (Jakubowski i Lange, 1978, str. 80-81).

- Prawo do postępowania z godnością i szacunkiem wobec samego siebie, o ile nie narusza to praw innych osób.
- Prawo do bycia traktowanym z poszanowaniem.
- Prawo do mówienia „nie” bez odczuwania wstydu.
- Prawo do doznawania i wyrażania swoich uczuć.
- Prawo do poświęcania czasu na myślenie.
- Prawo do zmiany zdania.
- Prawo do proszenia o to, czego się chce.
- Prawo do robienia mniej, niż jest się w stanie zrobić.
- Prawo do proszenia o informacje.
- Prawo do popełniania błędów.
- Prawo do czucia się dobrze z samym sobą.

Użyj pozytywnych afirmacji.

- Pochwal siebie za próbowanie (np. „Robię to najlepiej, jak potrafię, i to jest w porządku”).
- Zrób coś przyjemnego dla siebie lub kup sobie czasami coś fajnego.

Zmień swój poziom aktywności (szczególnie w przypadku osób przygnębionych) – zwiększenie zaangażowania w pozytywne rodzaje aktywności i zmniejszanie zaangażowania w negatywne może się przyczynić do poprawy nastroju.

10.6. ZADANIA DOMOWE

Wykorzystaj kartę zadań domowych, by je omówić. Upewnij się, że klient posiada:

- arkusz zadania domowego (poniżej),
- arkusz negatywnych emocji (dodatek U),
- materiały informacyjne klienta: Strategie radzenia sobie z negatywnymi emocjami (poniżej),
- tabelę irracjonalnych myśli A i B oraz arkusz wizualizacji.

Arkusze zadania domowego

- 1) Przy użyciu tabeli irracjonalnych myśli B ćwicz rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu związanych z uprawianiem hazardu oraz obniżeniem nastroju.
- 2) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wykształć w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.
- 3) **CODZIENNIE PRZEZNACZ PRZYNAJMNIEJ GODZINĘ NA PONIŻSZE ĆWICZENIA** (najlepiej wykonywać je rano lub tuż przed snem). Jeśli wolisz wykonywać te ćwiczenia dwa razy dziennie, przeznacz na nie pół godziny rano i pół godziny wieczorem).
 - Ćwiczenie oddychania przeponą oraz przynajmniej jedno inne ćwiczenie relaksacyjne. Ćwiczenie oddychania przeponą: 30 oddechów, tj. 3 cykle po 10 x (wdech-pauza-wydech).
 - Przeczytaj wszystkie zapisane przez siebie na kartach stwierdzenia.
 - Ćwicz ekspozycję obrazową z wykorzystaniem Kroków ekspozycji obrazowej.

OPCJONALNIE

- W razie potrzeby wykorzystaj arkusz negatywnych emocji, arkusz rozwiązywania problemów oraz arkusz wyznaczania celów.

**Materiały informacyjne klienta:
Strategie radzenia sobie z negatywnymi emocjami**

- 1) Utrzymuj świadomość swoich negatywnych emocji poprzez monitorowanie nastrojów i sytuacji, które je warunkują.
- 2) Rozpoznaj i podważ wzorce negatywnego myślenia, które są powiązane z negatywnymi emocjami.
- 3) Zmień środowisko, jeśli odczuwasz taką potrzebę (np. zrób sobie przerwę).
- 4) Zastosuj strategie radzenia sobie poznane w trakcie tego programu, aby kontrolować własne emocje – np. ćwiczenia relaksacyjne, pozytywną wizualizację oraz ćwiczenia fizyczne.
- 5) Zastosuj umiejętności rozwiązywania problemów, aby sobie poradzić z obawą i niepokojem.
- 6) Pamiętaj o swoich podstawowych prawach (Jakubowski i Lange, 1978): prawo do bycia traktowanym z poszanowaniem; prawo do mówienia „nie” bez odczuwania wstydu; prawo do doznawania i wyrażania swoich uczuć; prawo do poświęcania czasu na myślenie; prawo do zmiany zdania; prawo do proszenia o to, czego się chce; prawo do robienia mniej, niż jest się w stanie zrobić; prawo do proszenia o informacje; prawo do popełniania błędów; prawo do czucia się dobrze z samym sobą; prawo do postępowania z godnością i szacunkiem dla siebie samego, o ile nie narusza to praw innych.
- 7) **Zastosuj technikę STAR (opartą na samoinstruktażowym treningu Meichenbauma, 1997) do kontroli wybuchów emocjonalnych:**
STOP – zaprzestań wykonywania danej czynności lub sposobu myślenia, które wywołują negatywne emocje, i zrób sobie przerwę. W razie potrzeby zastosuj ćwiczenia oddechowe.
THINK – zastanów się nad tym, co wywołuje dane uczucie, czego dokładnie ono dotyczy. Spróbuj rozwiązać problem. Zaplanuj, co możesz z tym zrobić, biorąc pod uwagę wszystkie opcje i kon-

sekwencje, oraz spróbuj sobie poradzić z emocjami w bezpieczny sposób. Wybierz najlepszą opcję.

ACT – działaj. Zaczynij realizować plan. Skup się na wykonaniu zadania i trzymaj się tego. Przed rozpoczęciem działania pomyśl o przeszkodach, które mogą Cię powstrzymywać przed realizacją planu.

REVIEW – zweryfikuj swoje działania. Co się sprawdziło? Co się nie sprawdziło? Co należy zmienić? Jak możesz poprawić swoje działania następnym razem?

- 8) Zastosuj pozytywne afirmacje. Pochwal siebie za próbowanie (np. „Robię to najlepiej, jak potrafię, i to jest w porządku”). Zrób coś przyjemnego dla siebie lub kup sobie czasami coś fajnego.
- 9) Zmień swój poziom aktywności (szczególnie w przypadku osób przygnębionych) – zwiększenie zaangażowania w pozytywne rodzaje aktywności i zmniejszanie zaangażowania w negatywne może się przyczynić do poprawy nastroju.

Sesja 9. Zapobieganie nawrotom oraz podtrzymywanie korzystnych rezultatów terapii (1): Zdrowy styl życia

Zawartość sesji i cele

- 11.1. Omów zadania domowe
- 11.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 11.3. Omów czynniki wpływające na zdrowy styl życia, zachęcając klienta do zbadania obszarów, które wymagają zmiany
- 11.4. Wesprzyj klienta w zmianie niezdrowych obszarów życia
- 11.5. Przedstaw zadania domowe

11.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Sprawdź postępy klienta w realizacji zadań domowych i postaraj się pochwalić go za wysiłek i osiągnięcia. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność i określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

11.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

11.2.1. Cel

Celem tej sesji jest pokazanie klientowi znaczenia zdrowego stylu życia jako wpływającego na redukcję nawrotów. Sesja koncentruje się na badaniu stylu życia klienta i pomaganiu klientowi w dokonywaniu zdrowych zmian w życiu.

11.2.2. Uzasadnienie

W czasie trwania leczenia klient był zachęcany do dokonywania wielu zmian stylu życia (np. angażowania się w alternatywne lub przyjemnie rodzaje aktywności). Wciąż jednak mogą istnieć pewne obszary stylu życia klienta, które pozostają niezdrowe (niezrównoważone).

Zdrowy styl życia polega na zrównoważeniu wszystkich jego obszarów. Wprowadzenie równowagi w życiu jest nie tylko korzystne, ale też chroni przed nawrotami choroby. Mimo że niektóre obszary życia czasami nieuchronnie wymykają się spod naszej kontroli ze względu na obowiązki zawodowe czy rodzinne, ważne jest, aby kontynuować starania na rzecz utrzymywania równowagi, która z kolei może łagodzić okresy życiowej niestabilności. Jeżeli klient koncentruje się tylko na jednym obszarze swojego życia i nie do końca dobrze mu to wychodzi, wówczas istnieje znaczne ryzyko, że wpadnie w złość, odczuje przygnębienie lub obniżenie nastroju. Jeśli jednak klient prowadzi zdrowy styl życia, przenosi swoją uwagę na pozostałe jego obszary, aby się podnieść na duchu. Ważne jest także, aby klient podejmował różnorodną aktywność i czerpał z niej przyjemność, tak aby stanowiła konstruktywną behawioralną alternatywę wobec hazardu oraz pomagała zwalczać uczucie nudy i samotności, doświadczane przez wielu hazardzistów w momencie, gdy zaprzestają uprawiania hazardu.

11.3. OMÓW CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ZDROWY STYL ŻYCIA, ZACHĘCAJĄC KLIENTA DO ZBADANIA OBSZARÓW, KTÓRE WYMAGAJĄ ZMIANY

Omów z klientem, na czym dokładnie polega prowadzenie zdrowego stylu życia, jednocześnie badając i oceniając jego styl życia. Pomimo że styl życia klienta został oceniony w trakcie pierwszej sesji, warto ponownie określić jego aktualny styl życia, aby przekonać się, które obszary wciąż wymagają zmian. Poniżej przedstawiono niektóre elementy zdrowego stylu życia. Każdy podrozdział zawiera listę pytań, które terapeuta może zadać klientowi, aby określić lub ocenić, czy określony element stylu życia jest zrównoważony. Często dobrze jest poprosić klienta, aby przedstawił własny styl życia w sposób obrazowy (np. poprzez zaznaczenie na wykresie kołowym, ile czasu przeznacza na poszczególne obszary życia). Taka technika pomaga klientowi dostrzec, które obszary jego życia pozostają w nierównowadze (Beck, 1995).

11.3.1. Relacje osobiste i wsparcie społeczne

Potrzebujemy relacji osobistych i kontaktów społecznych jako sposobu na przyjemne spędzanie czasu z ludźmi, z którymi czujemy się dobrze i którzy mogą stanowić źródło wsparcia. Łatwiej jest trzymać się decyzji o zaprzestaniu uprawiania hazardu, jeżeli poinformuje się o tym celu osoby z najbliższego otoczenia. Dzieje się tak dlatego, że ludzie mogą nieść pomoc (np. zachęcać do pozostania w abstynencji) i wsparcie w podtrzymywaniu podjętej decyzji. Spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi może pomóc wypełnić czas, dzięki czemu pozostanie mniej czasu na rozmyślanie o graniu. Warto się obracać wśród ludzi, którzy nie uprawiają hazardu. Klient może zatem czerpać korzyści z rozszerzenia sieci relacji osobistych lub ich umacniania poprzez:

- Odnowienie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, niegdyś zaniedbanych przez klienta lub utraconych z powodu hazardu. Nawiązywanie utraconych kontaktów z rodziną i innymi osobami bliskimi umożliwia również naprawę „błędów” z przeszłości (np. radzenie sobie z poczuciem winy, które może prowadzić do grania traktowanego jako sposób na ucieczkę od negatywnych uczuć).
- Spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi.
- Spotykane nowych osób poprzez przystępowanie do organizacji i klubów (niezwiązanych z uprawianiem hazardu).
- Podejmowanie aktywności społecznej oraz uczestnictwo w grupach specjalnych zainteresowań.
- Wolontariat.

Pytania, które można zadać w celu oszacowania natury osobistych relacji klienta oraz poziomu wsparcia społecznego:

- Czy ma pan dobre relacje osobiste?
- Czy otrzymuje pan odpowiedni poziom wsparcia społecznego?
- Czy utrzymuje pan regularny kontakt z rodziną?
- Czy regularnie spotyka się pan ze znajomymi?

11.3.2. Samopoczucie psychiczne i emocjonalne

Wszyscy powinniśmy otwarcie wyrażać własne emocje i opinie oraz bronić swoich przekonań i wartości. Potrzebujemy również ludzi, którym możemy się zwierzać z naszych obaw i lęków, a także z tego, co nas cieszy. Rozwój emocjonalnej strony naszego życia możemy osiągnąć poprzez rozszerzanie naszej sieci wsparcia społecznego, uczenie się asertywności, budowanie umiejętności skutecznej komunikacji, uczenie się strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami oraz technik podważania dysfunkcyjnych myśli itd.

Pytania pomocne w ocenie samopoczucia psychicznego i emocjonalnego klienta obejmują:

- Czy potrafi pan wyrażać swoje uczucia?
- Czy potrafi pan wyrażać własne opinie?
- Czy obrona własnych przekonań i opinii przychodzi panu z łatwością?
- Czy czuje pan opory przed zwierzaniem się innym?
- Czy potrafi pan wyrażać własne obawy, lęki i radości?
- Czy jest pan w stanie sprawnie radzić sobie ze stresem?
- Czy potrafi pan zarządzać negatywnymi emocjami?
- Czy znane są panu skuteczne sposoby na radzenie sobie ze stresem?

11.3.3. Zaangażowanie w zajęcia intelektualne

Zajęcia intelektualne pomagają poszerzyć naszą wiedzę, zwiększyć nasze możliwości i w konsekwencji budować pewność siebie. Co więcej, jeżeli posiadamy szeroki zakres spraw, na których możemy się skoncentrować, jesteśmy mniej skłonni do uprawiania hazardu. Można to osiągnąć poprzez wykonywanie najprostszych nawet zadań, takich jak czytanie gazety, książki, zapisanie się na kurs itd.

Pytania pomocne w ocenie poziomu zaangażowania w zajęcia intelektualne obejmują:

- Czy bierze pan udział w intelektualnie stymulujących zajęciach?
- Czy angażuje się pan w działania, które umożliwiają poznanie i naukę nowych rzeczy?
- Czy angażuje się pan w działania, które poszerzają pańską wiedzę?

11.3.4. Sytuacja finansowa

Wśród problemowych hazardzistów bardzo często pojawiają się kłopoty finansowe (np. zadłużenie). Uporządkowanie spraw finansowych jest bardzo ważne dla odzyskania poczucia wolności finansowej przez klienta. Pierwszy krok może stanowić sesja opcjonalna na temat wydostawania się z długów (por. rozdział 14).

Pytania pomocne w ocenie sytuacji finansowej klienta obejmują:

- Czy ma pan poczucie panowania nad swoimi finansami?
- Czy ma pan jakiegokolwiek dług?
- Czy ma pan obawy przed popadnięciem w długi?
- Czy nękają pana wierzyciele lub komornik?
- Czy jest pan winien komuś pieniądze?

11.3.5. Zajęcia rekreacyjne

Powinniśmy uczestniczyć w zajęciach, które nie tylko nas odmładzają, ale też pomagają wypełnić czas, tak aby uniemożliwić ciągłe myślenie o graniu. Takie zajęcia mogą obejmować rysowanie, rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, rzeźbienie, malowanie, gotowanie czy inne hobby. Informacje na temat różnych form spędzania czasu oraz zainteresowań znajdują się w bibliotekach, centrach samorządów lokalnych, świetlicach oraz w Internecie. Znaczenie zajęć relaksacyjnych zostało nakreślone w rozdziale 8. Niektóre dodatkowe przydatne ćwiczenia relaksujące znajdują się w dodatku Q. Warto ponownie zajrzeć do tych rozdziałów.

Pytania pomocne w ocenie zaangażowania klienta w zajęcia rekreacyjne obejmują:

- Czy uczestniczy pan w zajęciach rozrywkowych?
- Czy angażuje się pan w aktywność, która sprawia panu radość?
- Czy ma pan jakieś hobby?
- Czy angażuje się pan w zajęcia rekreacyjne?
- Czy angażuje się pan w zajęcia relaksujące?
- Czy zna pan techniki, które pomagają panu się zrelaksować?

11.3.6. Życie duchowe

Życie duchowe niekoniecznie oznacza, że musimy chodzić do kościoła czy innej instytucji religijnej. Oznacza to raczej okresowe rozpatrywanie naszych przekonań i wartości oraz sprawdzanie, czy wciąż obowiązują w naszym życiu. Takie rozważania pomogą nam w odnalezieniu sensu życia oraz poczucia własnej tożsamości.

Pytania pomocne w ocenie zaangażowania klienta w życie duchowe:

- Czy czuje się pan komfortowo ze swoimi przekonaniami i wartościami?
- Czy sądzi pan, że pańskie życie ma sens?
- Czy czuje się pan dobrze we własnej skórze?

11.3.7. Zdrowie fizyczne

Prawidłową kondycję fizyczną można osiągnąć na kilka sposobów. Po pierwsze, poprzez zdrowe odżywianie, co obejmuje spożywanie trzech zdrowych posiłków dziennie, picie dostatecznej ilości wody, jak również spożywanie umiarkowanej ilości alkoholu i kofeiny. Regularna aktywność fizyczna, jak np. pływanie, spacer czy bieganie, pomaga zwiększyć energię, motywację oraz ogólną sprawność. Równie ważna jest odpowiednia ilość

snu, ponieważ jego niedobór może doprowadzić do negatywnych konsekwencji takich jak spadek poziomu energii, drażliwość, osłabienie koncentracji, zaburzenia mowy, problemy z pamięcią oraz zaburzenia widzenia.

Pytania pomocne w ocenie zdrowia fizycznego:

- Czy spożywa pan trzy zdrowe posiłki dziennie?
- Czy ogranicza pan spożywanie alkoholu i kawy?
- Czy bierze pan narkotyki?
- Czy regularnie uprawia pan sport, np. pływanie, spacer, bieganie czy inną formę aktywności fizycznej?
- Czy czuje się pan zdrowy?
- Czy poświęca pan wystarczającą liczbę godzin na sen?

11.3.8. Praca lub szkoła

Praca zapewnia nam środki do życia oraz może być źródłem satysfakcji. Dostarcza nam również wyzwań, celów, kształci umiejętności oraz wzbogaca doświadczenie. Jeżeli praca, którą wykonujesz, jest źródłem stresu, powinieneś rozważyć zmianę nastawienia, podejścia do pracy lub całkowitą zmianę pracy. Jeżeli z powodu hazardu masz problemy finansowe, możesz pomyśleć nad poszukaniem dodatkowej pracy. Będzie stanowić nie tylko dodatkowe źródło dochodu, ale również wypełni czas, który potencjalnie mógłby być przeznaczony na myślenie o hazardzie lub uprawianie go.

Pytania pomocne w ocenie sytuacji zawodowej klienta:

- Czy jest pan zadowolony ze swojej pracy?
- Czy jest pan zadowolony z ilości pracy, jaką ma pan do wykonania?

11.4. WESPRZYJ KLIENTA W ZMIANIE NIEZDROWYCH OBSZARÓW ŻYCIA

Po zidentyfikowaniu obszarów życia klienta, które wciąż pozostają w nierównowadze, poprowadź rozmowę na ten temat oraz wspólnie z klientem stwórzcie plan poprawy „niezdrowych” obszarów. Skorzystaj z arkusza zdrowego stylu życia zamieszczonego w dodatku V. Poniżej przedstawiono przykład zastosowania formularza, aby rozpocząć wprowadzanie zmian w „niezdrowych” obszarach stylu życia. Puste arkusze znajdują się w dodatku V. Na etapie planowania zmian obszarów życia wymagających poprawy zachęć klienta do sformułowania etapów osiągnięcia celu, których nauczył się w rozdziale 9.

11.5. PRZEDSTAW ZADANIE DOMOWE

Omów zadanie domowe, stosując arkusz zadań domowych. Upewnij się, że klient posiada:

- arkusz zadań domowych (poniżej),
- dodatkowe egzemplarze arkuszy (np. tabeli irracjonalnych myśli B itd.), których klient potrzebuje.

Arkusz zdrowego stylu życia (przykład)

Wskaż, które z poniższych obszarów stylu życia są zdrowe, a które wymagają poprawy.

Obszary stylu życia	Zdrowe	Wymagają poprawy
Relacje osobiste i wsparcie społeczne		√
Samopoczucie (psychiczne i emocjonalne)	√	
Zajęcia intelektualne	√	
Zajęcia rekreacyjne		√
Status finansowy	√	
Życie duchowe	√	
Zdrowie fizyczne	√	
Sytuacja zawodowa lub związana ze szkołą		√

Obszary wymagające poprawy:

Obszar 1: Status finansowy.

Plan poprawy tego niezdrowego obszaru: Dziś przy obiedzie porozmawiam z żoną o sytuacji finansowej. Powierzę gospodarowanie pieniędzmi mojej żonie na 3 miesiące. Potem spotkam się z doradcą finansowym, żeby przedyskutować strategię poprawy naszej sytuacji finansowej

.....

.....

Obszar 2: Praca – nie jestem zadowolony ze swojej pracy, ponieważ w tym momencie ze swoim wykształceniem nie mam możliwości awansu.

Plan poprawy tego niezdrowego obszaru:....Poszukam w Internecie dodatkowych kursów, które oferują szkoły w moim mieście, żebym dalej mógł rozwijać swoje kwalifikacje w zawodzie elektryka. Zrobię

to w dniu wolnym od pracy, w następną środę. Jeżeli nic nie znajdę w Internecie, umówię się na spotkanie z doradcą zawodowym przy uniwersytecie w następną środę, tak żebym mógł zacząć kurs za sześć miesięcy

.....

.....

Obszar 3: Relacje osobiste i wsparcie społeczne.

Plan poprawy tego niezdrowego obszaru:

1) Porozmawiam z żoną o moim problemie z hazardem i o sytuacji finansowej.....

.....

.....

2) Zgodzę się na spotkanie z psychoterapeutą w sprawie naszego małżeństwa, tak jak chciała żona.....

.....

.....

3) Odnowię kontakt ze starymi znajomymi ze szkoły i spotkam się z nimi na kawie: Janek i Kasia

.....

.....

4) Odnowię kontakt z kolegą z drużyny piłkarskiej, w której kiedyś grałem. Umówię się na kawę z Bartkiem i odnowię naszą znajomość oraz przedyskutuję z nim szansę mojego powrotu do drużyny piłkarskiej...

.....

.....

5) Zaczę uczęszczać na poniedziałkowe oraz czwartkowe wieczorne spotkania Anonimowych Hazardzistów (zwłaszcza że czwartek to dzień wypłaty).....

.....

.....

.....

Arkusz zadania domowego

- 1) Zaczynj dokonywanie zmian zaplanowanych w arkuszu zdrowego stylu życia.
- 2) Kontynuuj rozpoznawanie i podważanie błędów w myśleniu powiązanych z uprawianiem hazardu i negatywnymi emocjami, stosując tabelę irracjonalnych myśli „A” i „B”.
- 3) Zadzwoń na infolinię **801 889 880** lub uczęszczaj na spotkania grup wsparcia związanych z problemowym hazardem (np. Anonimowi Hazardziści). Wykształć w sobie nawyk robienia tego raz w tygodniu. Stopniowo cotygodniowe telefony lub spotkania mogą się zmienić w codwutygodniowe, a następnie możesz się w nie angażować co miesiąc, w momencie gdy poczujesz się pewniej w zakresie kontrolowania grania lub abstynencji od uprawiania hazardu. Pomoże Ci to utrzymać obrany kurs po zakończeniu programu leczenia. Utrzymywanie kontaktu z kimś, kto może Ci regularnie pomagać w monitorowaniu Twojego grania po zakończeniu leczenia, może zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu.
- 4) **CODZIENNIE PRZEZNACZ PRZYNAJMNIEJ GODZINĘ NA PONIŻSZE ĆWICZENIA** (najlepiej wykonywać je rano lub tuż przed snem). Jeśli wolisz wykonywać te ćwiczenia dwa razy dziennie, przeznacz na nie pół godziny rano i pół godziny wieczorem).
 - Ćwiczenie oddychania przeponą oraz przynajmniej jedno inne ćwiczenie relaksacyjne. Ćwiczenie oddychania przeponą: 30 oddechów, tj. 3 cykle po 10 x (wdech-pauza-wydech).
 - Przeczytaj wszystkie zapisane przez siebie na kartach stwierdzenia.
 - Ćwicz ekspozycję obrazową z wykorzystaniem Kroków ekspozycji obrazowej.

OPCJONALNIE:

- W razie potrzeby wykorzystaj arkusz negatywnych emocji, arkusz rozwiązywania problemów oraz arkusz wyznaczania celów.

Sesja 10. Zapobieganie nawrotom oraz podtrzymywanie korzystnych rezultatów terapii (2): radzenie sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka

Zawartość sesji i cele

- 12.1. Omów zadania domowe
- 12.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 12.3. Omów potencjalne obawy klienta związane z zakończeniem programu terapii
- 12.4. Omów potencjalne sytuacje wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do wpadki lub nawrotu
- 12.5. Omów strategie unikania wpadek i nawrotów
- 12.6. Omów strategie radzenia sobie z wpadkami

12.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Sprawdź postępy klienta w realizacji zadań domowych i postaraj się pochwalić go za wysiłek i osiągnięcia.

12.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

12.2.1. Cel

Celem tej sesji jest pomoc klientowi w minimalizowaniu szans nawrotu oraz zachęcenie klienta do podtrzymywania korzystnych rezultatów terapii poprzez:

- Omówienie obaw, jakie klient może mieć po zakończeniu programu.
- Omówienie potencjalnych sytuacji wysokiego ryzyka, jakie klient może napotkać w przyszłości i które mogą skutkować nawrotem lub wypadką.
- Omówienie strategii zapobiegających nawrotom.
- Omówienie strategii radzenia sobie z nawrotami.

12.2.2. Uzasadnienie

Ponieważ jest to ostatnia sesja, klient może odczuwać lęk przed utratą pewnego komfortu płynącego z pomocy terapeutycznej, jak również obawiać się, czy zdoła skutecznie stosować wyuczone strategie bez wsparcia terapeutycznego. Z tego powodu konieczne jest omówienie tych obaw.

Klient wciąż będzie się konfrontował z sytuacjami wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do nawrotu. W związku z tym musi się wyposażyć w strategie ograniczające nawroty i podtrzymujące korzystne rezultaty terapii na wypadek, gdyby doszło do nawrotu.

Nawroty czy wypadki mogą występować nawet po zakończeniu programu przez klienta. Dlatego ważne jest, aby się upewnić, że klient posiada stosowną wiedzę na temat tego, jak radzić sobie z wypadkami, żeby nie doprowadziły do nawrotów na pełną skalę.

12.3. OMÓW POTENCJALNE OBAWY KLIENTA ZWIĄZANE Z ZAKOŃCZENIEM PROGRAMU TERAPII

Porozmawiaj z klientem o obawach związanych z zakończeniem leczenia, których może doświadczać. Przykładowe lęki odczuwane przez klienta obejmują zaniepokojenie możliwością powrotu do uprawiania hazardu, gdy leczenie się zakończy, lub obawę, że klient nie będzie w stanie sobie poradzić na własną rękę bez wsparcia ze strony terapeuty w przypadku napotkania istotnych czynników stresogennych. Ważne jest zatem, aby omówić poniższe punkty w celu ograniczenia obaw klienta.

- Omów charakter nawrotu. Należy przypominać klientowi o tym, że proces zdrowienia czy poprawy jest stopniowy, a wszelkie niepowodzenia są niemalże nieodłączną jego częścią, ponieważ hazard problemowy, podobnie jak każde inne uzależnienie, trudno jest kontrolować lub całkowicie z nim zerwać. Dlatego też w przyszłości mogą pojawić się pewne trudności. W trakcie programu terapii klient poznał jednak wiele strategii, które pomogą mu poradzić sobie z tymi przeszkodami.
- Nakreśl różnice pomiędzy wypadką a nawrotem. Możesz powiedzieć klientowi: „Proszę sobie uświadomić narzucone przez pana nierealistyczne oczekiwania, jak np. »Potrzebuję gwarancji, że nigdy więcej nie będę uprawiał hazardu«. Nie należy oczekiwać,

że wszystko pójdzie idealnie – trzy kroki do przodu i jeden do tyłu to jeszcze nie porażka, a wręcz należy się tego spodziewać. Powrót do zdrowia po jakimkolwiek urazie – czy to natury medycznej, psychologicznej czy behawioralnej – wiąże się z wypadkami lub niepowodzeniami. Wpadki czy nawroty nie oznaczają jednak całkowitej porażki. Są raczej oznakami sygnalizującymi, że proces zdrowienia jest w toku. Wpadki to nie to samo, co nawroty. Wpadka to krótki, początkowy epizod hazardowy występujący po okresie abstynencji. Natomiast nawrót charakteryzuje się ciągłym uprawianiem hazardu. Proces zdrowienia można porównać do nauki jazdy na rowerze. Gdy jadąc na rowerze natknijemy się na wybój i upadniemy, nie jest to powód, żeby całkowicie zaprzestać jeżdżenia. Wystarczy tylko wsiąść z powrotem na rower i zacząć dalej pedałować, uważając tylko na wyboje, by nie popełnić ponownie tego samego błędu. Zastępowanie starych nawyków nowymi wymaga czasu, wprawy i cierpliwości.

- Omów z klientem jego dotychczasowe postępy od momentu rozpoczęcia programu terapii. Może to zwiększyć motywację i pewność siebie klienta.

Przejrzyj strategie, których klient nauczył się podczas programu terapii, a w szczególności te, które uznał za skuteczne.

12.4. OMÓW POTENCJALNE SYTUACJE WYSOKIEGO RYZYKA, KTÓRE MOGĄ PROWADZIĆ DO WPADKI LUB NAWROTU

Zazwyczaj wypadka daje się przewidzieć i można się na nią odpowiednio przygotować. Istnieje wiele czynników i sytuacji wysokiego ryzyka (pewne miejsca, zdarzenia, emocje, myśli i zachowania), które często wskazują na możliwość wystąpienia wypadki lub nawrotu. Należą do nich:

UCZUCIA

Stopniowe gromadzenie się określonych emocji (zarówno pozytywnych, jak i negatywnych), potęgujących chęć do uprawiania hazardu, takich jak:

- depresja,
- lęk,
- zdenerwowanie i złość,
- wyrzuty sumienia i poczucie winy (np. klient ma wrażenie, że wszystkich zawiodł),
- samotność,
- znudzenie,
- uraza – jakiekolwiek uczucie powiązane z wrażeniem bycia eksploatowanym, zdominowanym lub odrzuconym (np. brak zaufania u osób bliskich),
- nadmierna pewność siebie.

MYŚLI

Stopniowe budowanie się określonego stanu umysłu (np. zniekształcenia poznawcze, błędy w myśleniu), który intensyfikuje chęć do uprawiania (np. myśli związane z poddaniem siebie próbie: „Czy jestem dobry w opieraniu się pokusom?”).

ZACHOWANIA

Zachowania, które mogą prowadzić do wpadki lub nawrotu, obejmują:

- nie zrównoważony styl życia,
- zachowania nieprzystosowawcze (maladaptywne; np. nadużywanie narkotyków, alkoholu),
- niepowodzenie w radzeniu sobie z nieoczekiwanymi scenariuszami „podwyższonego ryzyka”,
- niepowodzenie w radzeniu sobie z dźwiękami, widokami, zapachami i nastrojem przypominającymi uprawianie hazardu.

MIEJSCA

- Przebywanie w środowisku, gdzie występują sygnały wyzwalające chęć zagrania (np. oglądanie wyścigów konnych w telewizji czy losowania totolotka).
- Miejsca, w których uprawia się hazard (np. kasyna, kluby, zakłady bukmacherskie, puby, lokale gastronomiczne z dostępem do maszyn do gier).

WYDARZENIA

- Konflikt interpersonalny. Traumatyczne przeżycia (np. śmierć lub choroba w rodzinie).
- Stresujące wydarzenia – prawdopodobieństwo utraty kontroli jest większe, gdy odczuwamy presję w innych obszarach naszego życia (np. problemy finansowe, rodzinne, zawodowe), ponieważ stres utrudnia realizowanie planu terapeutycznego. Dzień wypłaty – łatwa dostępność pieniędzy często jest silnym sygnałem wyzwalającym chęć zagrania.
- Presja społeczna (np. spędzanie czasu ze znajomymi uprawiającymi hazard).

12.5. OMÓW STRATEGIE UNIKANIA WPADEK I NAWROTÓW

Istnieje wiele strategii, które mogą pomóc zredukować szansę wystąpienia wpadki lub nawrotu. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich:

- Prowadzenie zdrowego stylu życia.
- Noszenie przy sobie kartek, które będą przypominały o wyzwalaczach. Wypisz na kartkach te wyzwalacze (zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne), które wpływają na chęć zagrania, oraz trzymaj je w miejscu łatwo dostępnym, do którego często zagładasz w ciągu dnia (np. w portfelu). Pomocne jest również wypisanie korzyści płyną-

cych z powstrzymania się od uprawiania hazardu lub negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu. Dobrym pomysłem jest noszenie przy sobie zapisanego numeru infolinii 801 889 880 na wypadek zaistnienia potrzeby rozmowy z dyżurującym terapeutą w nagłych przypadkach (np. kiedy odczuwasz silną chęć zagrania i w danym momencie nie masz z kim porozmawiać).

- Unikanie sytuacji wysokiego ryzyka. W przypadku braku możliwości uniknięcia określonej sytuacji wysokiego ryzyka należy zaplanować z wyprzedzeniem sposób poradzenia sobie z nią oraz zapobiegania przyszłym nawrotom.
- Regularne przeglądanie kart z zapisanymi wyzwalaczami oraz odpowiadającymi im „kołami ratunkowymi”.
- Regularne prowadzenie rozmów z innymi (infolinia, spotkania Anonimowych Hazardzistów, przyjaciele, rodzina) na temat tego, jak klient sobie radzi z hazardem.
- Stosowanie strategii poznanych podczas programu terapeutycznego, by radzić sobie z impulsami, takich jak: łagodzenie popędu do gry, zamiana obrazów pojawiających się w myślach, blokowanie myśli, imaginacja, restrukturyzacja poznawcza itd.
- Trzymanie się ustalonej rutyny dziennej, aby każdy dzień był z góry zaplanowany i wolny od hazardu.
- Czytanie własnych notatek raz w miesiącu.
- Podważanie negatywnych myśli, gdy się pojawiają.
- Odmawianie innym gry. Jeżeli łatwo ulegasz namowom, przydatne jest przygotowanie krótkiej, asertywnej odpowiedzi, którą można wykorzystać w sytuacji nacisku ze strony innych graczy (np. „Nie, dziękuję”, „Zdecydowałem, że hazard nie jest dla mnie”, „Robię sobie przerwę od hazardu” czy „Zaprzystałem uprawiania hazardu, ponieważ wymyka mi się spod kontroli”). W takiej sytuacji nie należy składać jakichkolwiek wyjaśnień odnośnie do swojej decyzji. Ćwiczenie tych odpowiedzi z pewnością ułatwi wypowiedzenie ich w sytuacji, kiedy będziesz musiał odmówić gry.
- Monitorowanie postępów. Nawroty nie pojawiają się tak po prostu. Zawsze występują pewne sygnały ostrzegawcze (np. negatywne emocje, błędy w myśleniu i określone zachowania). Najlepszym sposobem na wychwycenie wczesnych sygnałów ostrzegawczych jest monitorowanie postępów terapii. Jednym ze sposobów na dokonanie tego jest przeznaczenie kilku minut dziennie na zadanie sobie następujących pytań:
 - Czy wydarzyło się dzisiaj coś, co mogło wpłynąć na moją chęć do zagrania?
 - Czy doświadczyłem silnych impulsów lub uporczywych myśli o hazardzie, które wciąż mi towarzyszą?
 - Czy zauważyłem dzisiaj jakieś sygnały ostrzegawcze mogące świadczyć o pojawieniu się nawrotu?

12.6. OMÓW STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z WPADKAMI

Kiedy problemowi hazardziści doświadczają wpadek, ogarnia ich bezlik uczuć (np. depresja, frustracja, złość, lęk, poczucie winy itd.), który wespół z zaburzeniami myślenia sprawia, że stają się podatni na kontynuowanie gry. Marlatt i Gordon (1985) zasugerowali kilka strategii, które

mogą być pomocne w powrocie do rekonwalescencji po doświadczeniu wpadki. Obejmują one poniższe etapy:

- Zachowaj spokój. Naturalną pierwszą reakcją jest poczucie winy lub obwinianie samego siebie. Nie zapominaj, że wpadka jest pojedynczym i niezależnym zdarzeniem oraz nie jest tożsama z nawrotem. Przypomnij sobie, że ważne jest, aby poradzić sobie z wpadką w odpowiedni sposób, tak by uniemożliwić jej przekształcenie się w nawrót. Gdy wyciągniesz wnioski z wpadki, będziesz w stanie zapobiec kolejnym wpadkom w przyszłości.
- Przypomnij sobie o dotychczasowych powodzeniach.
- Przypomnij sobie o swoich celach i o tym, jak ważne jest, byś nie kontynuował uprawiania hazardu, jeśli chcesz je zrealizować.
- Dokonaj oceny pozytywnych i negatywnych konsekwencji ciągłego uprawiania hazardu.
- Zajrzyj do swoich notatek przypominających o negatywnych skutkach uprawiania hazardu oraz notatek związanych z zapobieganiem nawrotom, aby wydobyć cenne wskazówki niezbędne w danej sytuacji.
- Niezwłocznie przygotuj plan powrotu do zdrowia:
- Zanotuj swoją wpadkę, ponieważ pomoże Ci to określić czynniki, które doprowadziły do nawrotu (np. przechodzenie obok miejsc, w których uprawiałeś hazard, pora dnia, osoba, z którą przebywałeś, itd.).
- Przeanalizuj potencjalne wyzwacze: z kim, kiedy i gdzie uprawiałeś hazard, oraz pojawiające się negatywne myśli związane z wpadką. Prawdopodobnie albo były to stare, dobrze Ci znane wyzwacze, albo zupełnie nowe, które do tej pory nie występowały lub nie potrafiłeś ich dostrzec. Stwórz na nowo listę wyzwaczy oraz odpowiadających im kół ratunkowych, aby się zabezpieczyć na przyszłość.
- Sprawdź swój pierwotny plan działania i zwróć uwagę na to, czego już nie robisz. Jeśli zajdzie taka potrzeba, zweryfikuj swój plan działania. Wyciągaj wnioski ze swoich błędów i wpadek. Pomyśl o sposobach wykorzystania tego doświadczenia, aby stało się źródłem pomocy w przyszłości.
- Podważanie negatywnych myśli w momencie, gdy się pojawiają. Na przykład:

Negatywna myśl: „Próbowałem się powstrzymać, ale to nie pomogło”.

Błąd w myśleniu: Wyolbrzymienie (katastrofizacja) niepowodzenia.

Podważenie: „Mogę się powstrzymać, ponieważ udało mi się to wcześniej”. Muszę tylko zidentyfikować wyzwacz, które spowodował wpadkę, oraz zastosować odpowiednie zabezpieczenie, aby uniknąć takiej sytuacji w przyszłości.

Negatywna myśl: „To jest po prostu za trudne. Nie mogę się powstrzymać”.

Błąd w myśleniu: Wyolbrzymianie (katastrofizacja) porażek.

Podważenie: W głębi duszy wiem, że mam w sobie determinację, aby przestać grać. Ta sytuacja może się okazać przypadkowym potknięciem i jeśli szybko się otrząsnę, to w przyszłości za każdym razem, kiedy się potknę i od razu odzyskam stan równowagi, będę się czuł silniejszy.

Negatywna myśl: „Jeżeli zawaliłem teraz, to na pewno zawalę następnym razem. Hazardzista zawsze pozostanie hazardzistą”.

Błąd w myśleniu: Zbytne uogólnianie.

Podważenie: „Z każdej wpadki uczę się czegoś o samym sobie. Każda wpadka jest unikalnym i niezależnym wydarzeniem. W przeszłości, kiedy miewałem wpadki, traciłem kontrolę, ale od tamtego czasu wiele się nauczyłem. Teraz jestem »uzbrojony« w znacznie więcej umiejętności, które pomogą mi poradzić sobie w trudnych sytuacjach”.

Negatywna myśl: „Wszystkie wpadki to nawroty. Od momentu, kiedy zacząłem uprawiać hazard, straciłem kontrolę nad graniem i czuję się teraz bezsilny, nie potrafię już kontrolować swojego grania”.

Błąd w myśleniu: Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”.

Podważenie: Wpadka nie oznacza utraty abstynencji na zawsze. Aby utrzymać abstynencję, niezbędne jest, żebym przestał grać i wówczas odzyskam poczucie kontroli.

- Rozwiązywanie problemów – rozwiązuj problemy i pokonuj kryzysy na bieżąco, zaraz po tym, gdy powstaną, gdyż w ten sposób unikniesz nagromadzenia się problemów do punktu, w którym odczujesz pokusę kontynuowania uprawiania hazardu. Jeśli na przykład nadmierny stres lub inne problemy pojawiające się w Twoim życiu doprowadziły Cię do uprawiania hazardu, musisz zająć się danym problemem bezpośrednio, bez zbędnego odkładania tego na później. Wykorzystaj umiejętności rozwiązywania problemów do określenia najlepszego rozwiązania oraz zaplanuj sposób jego wdrożenia.
- „Telefon do przyjaciela” oraz wezwanie pomocy, jeżeli sytuacja tego wymaga – odwołaj się do swojej sieci wsparcia (np. poproś członków rodziny, przyjaciół lub członków społeczności Anonimowych Hazardzistów o pomoc) lub w razie potrzeby umów się z psychologiem bądź terapeutą na dodatkową sesję, która umocni Twoją postawę.

Zapewnij klientowi: (1) Plan pozostania w abstynencji lub kontrolowania uprawiania hazardu, (2) Materiały informacyjne klienta – Strategię zapobiegania wpadkom i nawrotom oraz (3) Materiały informacyjne klienta – Sposoby radzenia sobie z wpadkami (zob. poniżej). Podkreśl, że wpadki i nawroty pojawiają się głównie wówczas, kiedy klienci zaprzestają praktykowania wyuczonych strategii. Problem hazardowy rozwija się latami i nierozsądne jest się spodziewać, że kilka tygodni praktyki (w czasie trwania programu) zmieni te myśli i zachowania. Dlatego klient musi nieustannie doskonalić strategię, jeżeli ma to doprowadzić do zamiany utartych, niezdrowych, dysfunkcyjnych zachowań, nawyków lub uczuć na nowe i zdrowsze. Poza tym codzienne dokonywanie postępów na drodze do rozwiązania problemu z hazardem przypomina klientowi o zabezpieczaniu się „kołami ratunkowymi” i redukowaniu szans na wpadki lub nawroty.

Mój plan pozostania w abstynencji lub kontrolowania uprawiania hazardu

WYKONUJ CODZIENNIE PRZYNAJMNIEJ JEDEN Z PONIŻSZYCH PUNKTÓW

(Zajmie to tylko mniej niż 10 minut dziennie, a korzyści pozostaną na całe życie!)

~~~~~

- **Zagłądaj do swoich notatek. Odczytuj zapiski.**
- **Ćwicz jedną z umiejętności, których się nauczyłeś (np. podważanie błędów w myśleniu, oddychanie przeponą, ćwiczenia relaksacyjne, wizualizacja, rozwiązywanie problemów, wyznaczanie celów itd.).**
- **Zadzwoń na infolinię.**
- **Porozmawiaj z kimś o swoich postępach (np. z członkiem rodziny, przyjacielem, sponsorem z grupy Anonimowych Hazardzistów).**
- **Udaj się na spotkanie Anonimowych Hazardzistów.**

~~~~~

Codziennie wybieraj inną opcję.

Materiały informacyjne klienta: Strategie zapobiegania wypadkom i nawrotom

- **Prowadź zdrowy tryb życia.**
- **Stwórz listę wyzwalaczy zachowań hazardowych i zapisz ją na kartce. Trzymaj ją w łatwo dostępnym miejscu (np. w portfelu). Zapisz również numer infolinii 801 889 880, pod którym możesz uzyskać pomoc.**
- **Unikaj sytuacji wysokiego ryzyka. Gdy nie możesz uniknąć określonej sytuacji wysokiego ryzyka, zaplanuj z wyprzedzeniem, w jaki sposób sobie z nią poradzisz, aby zapobiec wypadce.**
- **Regularnie rozmawiaj z innymi (infolinia, sponsor z grupy Anonimowych Hazardzistów, przyjaciele, rodzina) na temat tego, jak sobie radzisz.**
- **Podważaj negatywne myśli w momencie, gdy się pojawiają.**
- **Ćwicz (i stosuj) krótkie, asertywne odpowiedzi, jeśli czujesz, że jesteś namawiany do gry przez innych hazardzistów (np. „Nie, dziękuję”, „Hazard nie jest dla mnie”, „Robię sobie przerwę od hazardu”).**
- **Unikaj wszystkich wyzwalaczy hazardu, włączając w to sytuacje wysokiego ryzyka, oraz weryfikuj okresowo swoje wyzwalacze i „koła ratunkowe”.**

- Monitoruj swoje postępy. Wpadki nie zdarzają się tak po prostu. Zawsze są pewne sygnały ostrzegawcze (np. negatywne emocje, błędy w myśleniu i określone zachowania). Najlepszym sposobem na wychwycenie wczesnych sygnałów ostrzegawczych jest monitorowanie postępów poczynionych podczas terapii. Poświęć kilka minut dziennie lub przynajmniej raz w tygodniu, aby zadać sobie następujące pytania: „Czy problemy, które mnie dzisiaj spotkały, wymagają natychmiastowej uwagi?”, „Czy wydarzyło się dzisiaj coś, co wpłynęło na moją chęć do gry?”, „Czy doświadczyłem silnych impulsów lub uporczywych myśli na temat hazardu, które wciąż mi towarzyszą?”, „Czy zauważyłem dzisiaj jakieś sygnały ostrzegawcze mogące świadczyć o nawrocie?”.
- Czytaj swoje notatki raz w miesiącu.
- Stosuj strategie, których się nauczyłeś, by radzić sobie z impulsami.
- Realizuj plan dnia, ponieważ dzięki temu możesz zapewnić sobie dzień wolny od hazardu.

Materiały informacyjne klienta: Radzenie sobie z wpadkami

- Zachowaj spokój – zazwyczaj pierwsza reakcja może się wiązać z poczuciem winy. Jest to całkowicie normalne. Daj sobie wystarczająco czasu na to, żeby uczucie się pojawiło i przeminęło. Postrzegaj wpadkę jako pojedyncze, niezależne wydarzenie; coś, czego można uniknąć w przyszłości. Przypominaj sobie o swoich dotychczasowych dokonaniach.
- Przeczytaj swoje notatki i zapiski.
- Pamiętaj o swoich celach i o tym, jak ważne jest, abyś nie uprawiał hazardu, jeśli chcesz je osiągnąć.
- Odzyskaj motywację poprzez weryfikację pozytywnych i negatywnych konsekwencji ciągłego uprawiania hazardu (zarówno natychmiastowych, jak i odroczone).
- Podważaj negatywne myśli w momencie, gdy się pojawiają.
- Niezwłocznie przygotuj plan powrotu do zdrowia:
- Zanotuj swoją wpadkę, ponieważ pomoże Ci to określić czynniki, które doprowadziły do nawrotu (np. przechodzenie obok miejsc, w których uprawiałeś hazard, pora dnia, osoba, z którą przebywałeś, itd.).
- Przeanalizuj potencjalne wyzwalacze: z kim, kiedy i gdzie uprawiałeś hazard, oraz pojawiające się negatywne myśli związane z wpadką. Prawdopodobnie albo były to stare, dobrze Ci znane wyzwalacze, albo zupełnie nowe, które do tej pory nie występowały lub nie potrafiłeś ich dostrzec. Stwórz na nowo listę wyzwalaczy oraz odpowiadających im kół ratunkowych, aby się zabezpieczyć na przyszłość.
- Sprawdź swój pierwotny plan działania i zwróć uwagę na strategie, z których już nie korzystasz. Jeśli zajdzie taka potrzeba, zweryfikuj swój plan działania. Wyciągaj wnioski ze swoich błędów i wpadek. Pomyśl o sposobach wykorzystania tego doświadczenia, aby stało się źródłem pomocy w przyszłości.
- Rozwiązywanie problemów – rozwiązuj problemy i pokonuj kryzysy na bieżąco, zaraz po tym, gdy powstaną, gdyż w ten sposób unikniesz nagromadzenia się

problemów do punktu, w którym odczujesz pokusę kontynuowania uprawiania hazardu. Wykorzystaj umiejętności rozwiązywania problemów do określenia najlepszego rozwiązania oraz zaplanuj sposób jego wdrożenia.

- Zadzwoń do kogoś i poproś o pomoc, jeśli zajdzie taka potrzeba. Odwołaj się do swojej sieci wsparcia (np. poproś członków rodziny, przyjaciół lub członków społeczności Anonimowych Hazardzistów o pomoc) lub w razie potrzeby umów się z psychologiem bądź terapeutą na dodatkową sesję, która umocni Twoją postawę.

Sesja opcjonalna. Trening zachowań asertywnych

Zawartość sesji i cele

- 13.1. Omów zadania domowe
- 13.2. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 13.3. Omów zagadnienie asertywności
- 13.4. Omów sposoby zwiększenia swojej asertywności.

13.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Zweryfikuj postępy klienta w realizacji zadań domowych, okaż uznanie oraz pochwal jego starania i dokonania. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność lub określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

13.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

13.2.1. Cel

Celem sesji jest zapewnienie pomocy w poprawie relacji interpersonalnych klienta poprzez nauczanie go asertywnych sposobów interakcji z innymi (obejmujących umiejętności skutecznej komunikacji).

13.2.2. Uzasadnienie

Problemowi hazardziści mogą odnieść korzyści z nauczania się asertywnych sposobów interakcji z innymi z wielu powodów. Niektóre z nich przedstawiono poniżej:

- Problemowi hazardziści napotykają na swojej ścieżce zdrowienia szereg przeszkód (np. spotkanie z przyjacielem, który próbuje namówić klienta na hazard). Osoba asertywna jest bardziej odporna na naciski i namowy ze strony innych hazardzistów. Na przykład gdy klient komunikuje drugiej osobie w sposób jasny i asertywny o swojej

decyzji o zaprzestaniu uprawiania hazardu, staje się mniej skłonny do ulegania naciskom, które mogłyby ostatecznie prowadzić do grania.

- U niektórych klientów brak asertywności lub niewielkie umiejętności komunikacji mogą motywować do uprawiania hazardu. Tak więc tacy klienci mogliby odnieść korzyść z wiedzy na temat sposobów bardziej bezpośredniego i właściwego wyrażania swoich myśli i uczuć.
- U niektórych graczy w relacjach z rodziną i przyjaciółmi mogą się pojawiać nasilone konflikty interpersonalne spowodowane zachowaniami hazardowymi. Osoby te mogą skorzystać na poznaniu odpowiednich sposobów radzenia sobie z takimi konfliktami. Jest to bardzo ważne, ponieważ nieodpowiednie rozwiązywanie konfliktów może doprowadzić do nasilenia kryzysu i potencjalnej wpadki. Wykształcone umiejętności komunikacji są niezbędne do pomyślnego rozwiązywania konfliktu.

Terapeuci powinni pamiętać, że niektórzy klienci nie będą mieli potrzeby uczestniczenia w różnych treningach umiejętności omawianych w trakcie tej sesji. Z drugiej strony niektórzy klienci będą potrzebować bardziej obszernego treningu umiejętności, dlatego też może zajść potrzeba wprowadzenia dodatkowych sesji w celu właściwego przeprowadzenia treningu. Również osoby bliskie hazardzistów mogą odnieść korzyści z udziału w tego typu treningach.

13.3. OMÓW ZAGADNIENIE ASERTYWNOŚCI

Bycie asertywnym oznacza stawanie w obronie swoich własnych praw i wyrażanie ich z poszanowaniem praw oraz potrzeb innych ludzi. Wy różnia się trzy ogólne sposoby interakcji z innymi (zob. tabela 13.1).

Asertywność	Pasywność	Agresja
Stawanie w obronie własnych praw oraz wyrażanie myśli, emocji i przekonań w sposób bezpośredni, szczery i nienaruszający praw innych osób.	Brak umiejętności wyrażania szczerych myśli, uczuć i przekonań lub wyrażanie ich w sposób, który umożliwia innym zignorowanie lub naruszenie naszych praw i potrzeb.	Stawanie w obronie własnych praw i wyrażanie myśli, uczuć i przekonań w sposób okazujący brak poszanowania praw i potrzeb innych.
=> Szacunek dla potrzeb oraz praw własnych i cudzych.	=> Szacunek dla cudzych potrzeb i praw, ale nie dla własnych.	=> Szacunek dla własnych potrzeb i praw, lecz nie dla cudzych.

Tabela 13.1. Podstawowe style interakcji

Omów zalety i wady każdego podejścia. Na przykład do zalet pasywnego podejścia zalicza się wzmacnianie dystansu wobec innych osób, zapewniające w ten sposób pewną ochronę samego siebie, unikanie odpowiedzialności lub konfliktu oraz dążenie do akceptacji i pochwały ze strony innych osób. Niemniej jednak, przyjmując postawę pasywną, traci się niezależność oraz możliwość podejmowania decyzji wskutek braku poszanowania własnych praw i potrzeb.

Alberti i Emmons (1989) sformułowali dziesięć kluczowych elementów asertywnego zachowania. Są one następujące:

- autoekspresja,
- respektowanie praw innych osób,
- uczciwość i szczerość,
- bezpośredniość i stanowczość,
- dbałość zarówno o siebie, jak i o relacje z innymi,
- odpowiednia komunikacja werbalna, w tym dobór odpowiedniej treści przekazu (emocje, prawa, fakty, opinie, prośby i ograniczenia),
- odpowiednia komunikacja niewerbalna obejmująca styl przekazu (kontakt wzrokowy, ton głosu, postawa ciała, wyraz twarzy, gestykulacja, dystans, stosowanie pauz, płynność mowy, słuchanie),
- dopasowanie zachowań do osób i sytuacji,
- zachowania odpowiedzialne społecznie,
- zachowania wyuczone, nabyte.

13.4. OMÓW SPOSOBY ZWIĘKSZENIA SWOJEJ ASERTYWNOŚCI

Wyróżnia się wiele sposobów zwiększenia własnej asertywności, kilka z nich omówiono poniżej. Podczas opracowywania niniejszej sesji wykorzystano wyniki prac badawczych wielu autorów: Alberti i Emmons (2001), Gottman (1976), Hanna (1995), Jakubowski i Lange (1978), Lange i Jakubowski (1976), Tannen (1986) oraz Smith (1985). Terapeuta omawia tylko te strategie z tej sesji, które dotyczą klienta oraz będą dla niego przydatne. Na zakończenie sesji należy przekazać klientowi materiały informacyjne zawierające sposoby zwiększenia swojej asertywności.

13.4.1. Rozwiązywanie problemów

Skuteczne radzenie sobie z konfliktem wymaga zastosowania umiejętności rozwiązywania problemów nabytych przez klienta podczas wcześniejszych sesji (zob. rozdział 9). Terapeuta przypomina klientowi o kro-

kach niezbędnych do rozwiązania problemu oraz sugeruje, że kroki te mogą zostać zastosowane przez więcej niż jedną osobę w ramach wspólnego poszukiwania rozwiązań.

13.4.2. Szanuj swoje podstawowe prawa człowieka (Jakubowski i Lange, 1987, str. 80-81)

Terapeuta przypomina klientowi o jego podstawowych prawach jako człowieka.

- Prawo do postępowania z godnością i szacunkiem wobec samego siebie, o ile nie narusza to praw innych osób.
- Prawo do bycia traktowanym z poszanowaniem.
- Prawo do mówienia „nie” bez odczuwania wstydu.
- Prawo do doznawania i wyrażania swoich uczuć.
- Prawo do poświęcania czasu na myślenie.
- Prawo do zmiany zdania.
- Prawo do proszenia o to, czego się chce.
- Prawo do robienia mniej, niż jest się w stanie zrobić.
- Prawo do proszenia o informacje.
- Prawo do popełniania błędów.
- Prawo do czucia się dobrze z samym sobą.

13.4.3. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami

Klient może zastosować technikę z rozdziału 10, aby poradzić sobie z negatywnymi emocjami, które mogą być skutkiem negatywnej informacji zwrotnej bądź krytyki.

- Jeżeli inna osoba nakłania klienta do robienia określonych rzeczy, próbując zaszczerpić w nim poczucie winy, klient może przeanalizować, co wywołuje u niego określone uczucia. Może zastosować arkusz negatywnych emocji (dodatek U). Zachęć klienta do nieprzepraszania, chyba że naprawdę jest mu przykro.
- Jeśli ktoś wywołuje u klienta zdenerwowanie, klient powinien zastosować technikę STAR (rozdział 10), aby poradzić sobie z tą sytuacją.

13.4.4. Podważaj negatywne myślenie

Istnieje wiele błędów poznawczych, które mogą uniemożliwić klientowi przejawianie zachowań asertywnych. Dlatego też tego rodzaju błędy muszą zostać zidentyfikowane i podważone. Na przykład:

- *Myśl:* „Jeśli będę asertywny, ludzie będą na mnie źli” (wyciąganie pochopnych wniosków).

- *Podważenie:* „Jeśli będą asertywny, rezultat może być pozytywny, neutralny bądź negatywny. Jednakże asertywne zachowania dotyczą poszanowania praw i potrzeb innych, dlatego rezultat mojego zachowania prawdopodobnie będzie pozytywny”.
- *Myśl:* „Jeśli będę asertywny i ludzie będą się na mnie złościć, sytuacja stanie się nie do zniesienia” (katastrofizacja).
Podważenie: „Nawet jeśli inni będą się na mnie złościć, będę w stanie sobie z tym poradzić, nie rozklejając się. Jeśli będę asertywny, nie będę się poczuwał do odpowiedzialności za złość innych ludzi, ponieważ nie kontroluję ich działań i reakcji. Mogę kontrolować tylko własne reakcje i działania”.
- *Myśl:* „Będąc asertywnym, mogę zranić czyjeś uczucia” (wyciąganie pochopnych wniosków).
Podważenie: „Jeśli będę asertywny, inni ludzie mogą, ale nie muszą poczuć się zranieni. Jeżeli dam do zrozumienia, by inni traktowali mnie z bezpośredniością, jest bardzo prawdopodobne, że będą oczekiwać ode mnie tego samego. Co więcej, będąc asertywnym, wciąż respektuję ich prawa i potrzeby, dlatego skrzywdzenie ich nie leży w moich intencjach”.
- *Myśl:* „Jeśli będąc asertywnym, krzywdzę innych, jestem odpowiedzialny za ich uczucia” (personalizacja).
Podważenie: „Nawet jeśli inni czują się skrzywdzeni moim asertywnym zachowaniem, mogę dać im do zrozumienia, że zależy mi na nich, jednocześnie bezpośrednio informując o swoich potrzebach. Chociaż czasami niektórzy będą się czuć zaskoczeni moim asertywnym zachowaniem, większość osób nie jest na tyle słaba, żeby odczuwać z tego powodu urazę”.

13.4.5. Efektywna komunikacja

Komunikacja jest procesem dwukierunkowym, wymagającym zarówno mówców, jak i słuchaczy. Mówienie wprost tego, co myślimy, jest bardzo łatwe, aczkolwiek znacznie trudniej jest sprawić, by komunikacja była klarowna i skuteczna.

13.4.5.1. Badanie barier w skutecznej komunikacji

Istnieje wiele barier w skutecznej komunikacji, których należy unikać. Do najczęstszych należą:

- Doradzanie – przedstawianie drugiej osobie sposobów na rozwiązanie jej własnych problemów. Na przykład: „Na twoim miejscu zrobiłbym...”.
- Krytykowanie – dokonywanie negatywnej oceny drugiej osoby. Na przykład: „Zawsze coś zrobisz źle”.
- Diagnozowanie – analizowanie, dlaczego osoba zachowuje się w określony sposób. Na przykład: „Robisz to tylko po to, żeby mnie zranić”.
- Przekierowanie – „odpychanie” wiadomości przekazywanej przez inną osobę poprzez odwracanie uwagi. Na przykład: „Zmieńmy temat”.

- Oceniająca pochwała – pozytywne osądzanie drugiej osoby, jej postaw lub działań, co może spowodować, że poczuje się winna lub emocjonalnie szantażowana. Na przykład: „Zawsze podejmowałeś słuszne decyzje, tym razem również tak będzie”.
- Pouczanie – mówienie drugiej osobie, co powinna, a czego nie powinna robić. Na przykład: „Powinieneś mu powiedzieć, że pomożesz mu z tego wyjść”.
- Rzucanie wyzweśkami lub etykietowanie – poniżanie innych lub odnoszenie się do nich przez przyznanie stereotypów. Na przykład: „Jesteś nieudacznikiem”.
- Rozkazywanie – nakazywanie drugiej osobie, aby zrobiła to, czego żądasz. Na przykład: „Dopilnuj, żeby tego też nie sknocić”.
- Grożenie – podejmowanie prób wpłynięcia na innych poprzez ostrzeżenie ich o potencjalnych negatywnych konsekwencjach niepodjęcia działania. Na przykład: „Wyjdę, jeśli nie przestaniesz się mnie czepiać”.

Omów z klientem następujące zagadnienia:

- Czy kiedykolwiek stosował takiego rodzaju bariery?
- Jeśli tak, jakie były ich rezultaty i konsekwencje?
- Jak się czuje, gdy pojawiają się podczas komunikacji?

13.4.5.2. Zasady skutecznej komunikacji

Wyróżnia się wiele ogólnych zasad skutecznej komunikacji, m.in.:

- używanie krótkich, jasnych, prostych i pozytywnych komunikatów lub pytań;
- zadawanie jednego pytania lub zwracanie się z jedną prośbą na raz;
- mówienie o konkretach;
- unikanie mocnych, naładowanych emocjonalnie wypowiedzi;
- dopasowywanie głosu i tonu wypowiedzi oraz języka ciała do wypowiadanych słów.

Pozostałe, bardziej szczegółowe wskazówki dotyczące efektywnej komunikacji, obejmują:

- Aktywne słuchanie.
 - Słuchaj tego, co mówi druga osoba. Aktywne słuchanie oznacza, że koncentrujesz się na słowach rozmówcy.
 - W razie niepewności zapytaj, co Twój rozmówca miał na myśli.
 - Używaj zachęcających stwierdzeń (np. „O!”, „Rozumiem”, „Mów dalej”, „Naprawdę?!”) lub okazuj zainteresowanie i zrozumienie, kiwając głową.
 - Zadawaj pytania otwarte (np. używając słów „jak”, „co”, „gdzie” lub „kto”), by wyjaśnić niezrozumiałe zagadnienia. Unikaj jednak zadawania zbyt dużej liczby pytań.
 - Parafrazuj (potwierdź oraz powtórz własnymi słowami to, co zrozumiałeś z wypowiedzi rozmówcy, ewentualnie odzwierciedlając również jego stwierdzenia i emocje).

- Spoglądaj na rozmówcę przez większość czasu (lecz nie wpatruj się w niego) – nawiązuj kontakt wzrokowy i wyglądaj na zainteresowanego tym, co mówi dana osoba.
- Ogranicz czynniki odwracające Twoją uwagę – np. wyłącz radio lub telewizor.
- Chwalenie innych.
 - Bardzo istotne jest, aby chwalić nawet małe osiągnięcia, ponieważ jeżeli nie będziemy tego robić, duże mogą się nigdy nie pojawić.
 - Spójrz na drugą osobą i upewnij się, że Cię słucha.
 - Określ dokładnie, z jakiego zachowania danej osoby byłeś zadowolony.
 - Staraj się chwalić ludzi bezpośrednio po tym, jak zrobili coś, co zasługuje na pochwałę. W ten sposób zwiększy się prawdopodobieństwo, że dane zachowanie się powtórzy.
 - Unikaj wątpliwych komplementów, np. „Jejku, wyglądasz dużo lepiej w sukience”.
- Przyjmowanie pochwał.
 - Spójrz na osobę, która Cię pochwaliła, i powiedz: „Dziękuję”.
 - Powiedz drugiej osobie, co Ty doceniasz.
 - Powiedz drugiej osobie, jak się czujesz (zadowolony, dumny).
- Proszenie kogoś o zrobienie czegoś.
 - Spójrz na drugą osobę i upewnij się, że patrzy na Ciebie oraz Cię słucha.
 - Nie nalegaj, nie wymagaj ani nie sprawiaj, by druga osoba czuła się w jakiś sposób winna.
 - Określ dokładnie to, co chciałabyś, aby druga osoba uczyniła (skonkretyzuj swoje oczekiwania).
 - Powiedz, co sądzisz o jej staraniach.
 - Używaj takich zwrotów jak: „Naprawdę doceniłbym, gdybyś...”, „Zrobiłoby mi to dużą różnicę, gdybyś mógł...” lub „Gdybyś mógł... naprawdę lepiej bym się poczuł...”.
 - Pamiętaj, że ton głosu oraz język ciała muszą przekazywać tę samą wiadomość, co słowa, których używasz w wypowiedzi.
 - Stosowanie pauz jest równie istotne.
 - Nie wpytuj o zbyt dużo informacji.
- Dostarczanie negatywnej informacji zwrotnej.
 - Spójrz na drugą osobę i mów stanowczo, z przekonaniem.
 - Używaj stwierdzeń uwzględniających Twój punkt widzenia. Powiedz dokładnie, jakie zachowanie drugiej osoby wprowaдиło Cię w zdenerwowanie, i szczegółowo określ to zachowanie. Powiedz drugiej osobie, jak się przez to czujesz (stosuj język emocji). Zaproponuj, jak druga osoba może zapobiec takiej sytuacji w przyszłości, i zaproponuj alternatywę. Na przykład: „Czuje się... kiedy Ty... ponieważ... Chciałbym...” („czuję się” – reakcja emocjonalna; „kiedy Ty” – reakcja behawioralna; „ponieważ” – wpływ na drugą osobę; „chciałbym” – Twoje preferencje względem zachowania drugiej osoby).
 - Ton głosu i język ciała muszą być dopasowane do treści wypowiadanych słów.

- Otrzymywanie negatywnej informacji zwrotnej.
 - Jeśli zgodzisz się z negatywną informacją zwrotną na temat swojego zachowania, ważne jest, abyś przeprosił za swoje zachowanie. Następnie dokonaj niezbędnych zmian.
 - Jeżeli druga osoba pogłębia negatywną informację zwrotną i zaczyna Cię krytykować, należy ją przeprosić za to, że zraniło się jej uczucia, ale jednocześnie nie należy akceptować całej reszty tego, co powiedziała.

Pamiętaj: komunikacja niewerbalna jest tak samo ważna jak werbalna.
Na przykład:

- Przekaz niewerbalny powinien być spójny z werbalnym.
- Wymowa powinna być płynna oraz ekspresywna – mów wyraźnie i akcentuj kluczowe słowa.
- Głos powinien być odpowiednio donośny, dopasowany do sytuacji.
- Kontakt wzrokowy powinien być zdecydowany i wyraźny (należy jednak unikać wpatrywania się w drugą osobę).
- Postawa powinna być wyprostowana, a jednocześnie rozluźniona.
- Gesty powinny wzmacniać siłę przekazu werbalnego. Unikaj gestów nerwowych (np. wykręcanie ręki, zakrywanie ręką ust) lub tzw. zastraszających (np. pokazywanie palcem czy zakładanie rąk na biodra).

Niekiedy konieczne jest zabezpieczenie się przed sytuacjami, gdy komunikacja okazuje się nieskuteczna (np. kiedy ktoś Cię krytykuje, zachowuje się irracjonalnie, nie słucha Cię lub nie reaguje na Twój przekaz). Niektóre ze służących temu technik to:

- Technika „zdartej płyty” – jeżeli staje się jasne, że druga osoba nie jest przygotowana do słuchania, należy zaprzestać podawania wyjaśnień i nie odpowiadać na pytania. Technika „zdartej płyty” polega na powtarzaniu zdania, które zostało wypowiedziane za pierwszym razem. Stosując tę technikę, odmawiający trzyma się więc prawdziwego, stanowczego wariantu asertywnego, nie zmieniając go pod żadnym pozorem i powtarzając go tyle razy, aż druga osoba przyjmie przekaz do wiadomości.
- „Wybiórcze ignorowanie” – odmawianie odpowiedzi na niestosowne prośby bądź pytania do momentu, w którym druga osoba w końcu odpuści (np. ktoś krytykuje Cię za błędy z przeszłości, które zamierzasz skorygować, ale nie życzysz sobie dyskusji na ich temat z tą osobą). Decydujesz się na wybiórcze ignorowanie za każdym razem, gdy druga osoba spróbuje znowu poruszyć ten temat. Dobrym pomysłem może się okazać poinformowanie jej, że takie działanie zostało przez Ciebie zaplanowane. Możesz powiedzieć: „Słyszę, co mówisz, ale już to z Tobą przedyskutowałem i powiedziałem Ci, jak się z tym czuję. Nie mam zamiaru więcej rozmawiać na ten temat. Jeżeli ten temat dalej będzie się pojawiać, będę go ignorował. Niemniej jednak możesz rozmawiać ze mną o innych sprawach”.

Przypomnij klientowi, że nie stanie się asertywny z dnia na dzień oraz że będzie to wymagać wiele pracy, podobnie jak w przypadku większości umiejętności i strategii stosowanych podczas tego programu.

Materiały informacyjne klienta: Sposoby asertywnego zachowania

- Rozwiązywanie problemów.
- Pamiętaj o swoich zasadniczych prawach człowieka (Jakubowski i Lange, 1978, pp. 80-81): prawo do bycia traktowanym z poszanowaniem; prawo do mówienia „nie” bez odczuwania wstydu; prawo do doznawania i wyrażania swoich uczuć; prawo do poświęcania czasu na myślenie; prawo do zmiany zdania; prawo do proszenia o to, czego się chce; prawo do robienia mniej, niż jest się w stanie zrobić; prawo do proszenia o informacje; prawo do popełniania błędów; prawo do czucia się dobrze z samym sobą; prawo do postępowania z godnością i szacunkiem dla siebie samego, o ile nie narusza to praw innych.
- Radzenie sobie z negatywnymi emocjami – zastosuj poznane techniki, by radzić sobie z negatywnymi emocjami, które mogą się pojawić na skutek negatywnej informacji zwrotnej bądź krytyki.
- Podważaj negatywne myśli związane z asertywnymi zachowaniami
- Skuteczna komunikacja. Podczas komunikacji:
 - Unikaj barier komunikacyjnych (np. czynników rozpraszających, oceniania, osądzania itd.).
 - Bądź konkretny.
 - Stosuj krótkie, klarowne, proste i pozytywne zdania lub pytania, by wyrazić swoje myśli lub prośby.
 - Zadawaj jedno pytanie lub zwracaj się z jedną prośbą na raz.
 - Okaż uznanie wobec pozytywnych zachowań i dokonanych zmian.
 - Pokaż drugiej osobie, że słuchasz.
 - Unikaj stwierdzeń silnie naładowanych emocjonalnie.
 - Ton głosu i język ciała powinny być dopasowane do treści wypowiedzianych słów.
 - Wyrażając negatywną informację zwrotną, używaj stwierdzeń uwzględniających Twój punkt widzenia: „Czuję się... kiedy Ty... ponieważ... Chciałbym...” („czuję się” – reakcja emocjonalna; „kiedy Ty” – reakcja behawioralna; „ponieważ” – wpływ na drugą osobę; „chciałbym” – Twoje preferencje względem zachowania drugiej osoby).

Pamiętaj, że nie możesz się stać asertywny z dnia na dzień i że będzie to wymagać wiele pracy, podobnie jak w przypadku większości umiejętności i strategii stosowanych podczas tego programu.

Bibliografia: Alberti i Emmons (2001), Gottman (1976), Hanna (1995), Jakubowski i Lange (1978), Lange i Jakubowski (1976), Tannen (1986) i Smith (1985).

Sesja opcjonalna. Wychodzenie z długów

Zawartość sesji i cele

14.1. Omów zadania domowe

14.2. Omów cel i uzasadnienie sesji

14.3. Omów kroki potrzebne do wyjścia z długów

14.1. OMÓW ZADANIA DOMOWE

Sprawdź postępy klienta w realizacji zadań domowych i postaraj się pochwalić go za wysiłek i osiągnięcia. Przyjrzyj się obszarom sprawiającym klientowi trudność i określ powody niewywiązywania się z wykonania zadania domowego.

14.2. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

14.2.1. Cel

Głównym celem tej sesji jest nauczenia klienta podstawowych etapów działań prowadzących do wyjścia z długów. Sesja koncentruje się również na nauczaniu klienta sposobów skutecznego budżetowania.

14.2.2. Uzasadnienie

Ogólnie rzecz biorąc, większość problemowych hazardzistów doświadcza poważnych problemów z powodu zachowań powiązanych z hazardem. Z reguły problemy dotyczą narastających długów, będących skutkiem pożyczania pieniędzy na hazard lub w celu spłaty długów hazardowych. W tej sesji nakreślone zostaną etapy działań, których celem jest pomoc klientowi w wychodzeniu z długów. Oczywiście niektórzy klienci nie będą mieli problemów z zadłużeniem, ale również i oni mogą wyciągnąć korzyści z nauki skutecznego budżetowania.

Zakres tej sesji może być nieodpowiedni (zbyt wąski) dla klientów, którzy doświadczają poważnych problemów finansowych. Klienci z poważnymi problemami finansowymi powinni zostać skierowani do doradcy finansowego lub prawnika.

14.3. OMÓW KROKI POTRZEBNE DO WYJŚCIA Z DŁUGÓW

Poniżej przedstawiono kroki, które klient może podjąć w celu wyjścia z długów. Kroki te zostały opracowane na podstawie informacji zawartych w książce „Debt Handbook” opublikowanej przez organizację NSW Young Lawyers (2004) oraz osobistego doświadczenia autorów pracujących z klientami zadłużonymi z powodu uprawiania hazardu.

Krok pierwszy: Sporządzenie listy długów

Zachęć klienta do utworzenia listy wszystkich długów. Lista powinna obejmować mandaty, grzywny, kary pieniężne, pożyczki (od instytucji finansowych, członków rodziny, znajomych, kolegów z pracy, lichwiarzy itd.), zastawy w lombardach, karty kredytowe, karty debetowe, czeki bez pokrycia, niezapłacone rachunki (np. za usługi telekomunikacyjne, multimedialne, elektryczność, czynsz, ubezpieczenie samochodowe itd.), podatki, raty za wypożyczony sprzęt (lodówka, pralka itd.).

Gdy lista zostanie sporządzona, pomóż klientowi w wyznaczeniu priorytetów i uporządkowaniu listy w oparciu o nie. Na przykład do długów o wysokim priorytecie można zaliczyć te, które wiążą się z koniecznością spłaty wysokich odsetek. Podobnie opłacenie rachunków za media może być ważniejsze niż spłata zadłużenia na karcie kredytowej. Zadłużenie o wysokim priorytecie powinno być spłacane w pierwszej kolejności.

Krok drugi: Utworzenie listy wierzycieli

Pomóż klientowi w utworzeniu listy wierzycieli. Lista powinna zawierać poniższe informacje:

- imię i nazwisko wierzyciela (osoby, od której klient pożyczył pieniądze),
- jaka jest łączna kwota zadłużenia wobec danego wierzyciela,
- jak często należy dokonywać spłat,
- jaką kwotę należy spłacić w każdym momencie spłaty,
- kiedy rozpoczną się spłaty,
- jaki będzie sposób spłaty,
- ile wynoszą odsetki od każdego długu,

- czy dług należy wyłącznie do klienta, czy dotyczy również innej osoby (np. żony, partnera),
- czy dług ma przypisanego poręczyciela,
- czy dług jest zabezpieczony (np. hipoteką, poręczeniem, kaucją itp.).

Terapeuci mogą zachęcić klienta do napisania listu do każdego wierzyciela (np. przed zaangażowaniem się komornika w daną sprawę) i pomóc mu w tym. List powinien wyjaśnić sytuację finansową klienta, powody, dla których klient ma problemy ze spłatą długu, oraz wyrażać gotowość do wynegocjowania planu spłaty, którego klient zobowiązuje się przestrzegać. Dobrym pomysłem dla klienta jest zawarcie w liście jak największej ilości informacji o swojej sytuacji finansowej. Korzystne jest ponadto zawarcie w liście poniższych informacji:

- sprawozdanie finansowe,
- lista aktywów (nieruchomości, licencje, prawa autorskie, inwestycje itp.),
- lista wszystkich źródeł dochodu,
- lista długów,
- lista wydatków.

W miarę możliwości klient powinien załączyć dokumenty potwierdzające posiadanie aktywów, dochodu, długów oraz wydatków.

Zazwyczaj wierzyciele po otrzymaniu listu kontaktują się z nadawcą w celu wynegocjowania nowego planu spłaty. W trakcie negocjacji z wierzycielami klient powinien przestrzegać następujących zasad:

- Nie powinien przeznaczać całego swojego dochodu na spłatę jednego wierzyciela.
- Musi być uczciwy wobec wierzyciela.
- Powinien się upewnić, że nie zaproponuje lub nie zobowiąże się do spłaty większej ilości pieniędzy, niż realnie jest w stanie zapłacić.
- Powinien uzgodnić z wierzycielem nowy plan spłaty w postaci umowy na piśmie.
- Powinien prowadzić ewidencję całej korespondencji z wierzycielami (uwzględniając takie informacje jak data kontaktu, imię i nazwisko osoby, z którą klient rozmawiał, uzgodniona kwota spłaty itd.).

Jeżeli wierzyciel nie chce zmienić pierwotnego planu spłaty, klient może skorzystać z pomocy doradcy finansowego, który ma możliwość zainterweniować w jego imieniu.

Krok trzeci: Opracowanie budżetu

Zachęć klienta do sporządzania budżetu na piśmie. Pomocny w tym będzie arkusz budżetowania znajdujący się w dodatku X. Klient powi-

nien zapisywać tygodniowe lub miesięczne dochody i wydatki. W tym punkcie istotne jest, aby SUMA WYDATKÓW była niższa niż SUMA DOCHODÓW, tak by każdego tygodnia lub miesiąca powstawały pewne OSZCZĘDNOŚCI. Początkowo, jeżeli klient próbuje spłacić dług, może dojść do sytuacji, w której zaoszczędzenie pieniędzy nie jest możliwe. Wówczas należy kontrolować budżetowanie, aby SUMA WYDATKÓW nigdy nie przekraczała SUMY DOCHODÓW. W przypadku gdy jakieś zdarzenie zdeorganizowało plan spłaty, klient powinien poinformować o tym wierzyciela przed zbliżającym się terminem płatności.

Krok czwarty: Ograniczyć szansę wystąpienia dalszego zadłużenia

Klient powinien dopilnować, by jego zadłużenie nie rosło. Istnieje wiele sposobów na zapobieganie zwiększeniu się zadłużenia. Do najważniejszych z nich należą:

- Zniszczenie kart kredytowych. Używanie gotówki i kart debetowych do opłacania rachunków oraz innych wydatków. W momencie gdy karta kredytowa zostanie spłacona, zamknij powiązany z nią rachunek bankowy.
- Powstrzymanie się od zaciągania dalszych pożyczek. Konsolidacja długów często zawyża łączną stopę oprocentowania.
- Dokonywanie zmian w stylu życia, tak aby zredukować codziennie wydatki (np. ograniczanie wydatków na ubrania, przygotowywanie posiłków w domu zamiast jadać w restauracjach, podróżowanie transportem publicznym itd.).

Poniżej przedstawiono zagadnienia, które terapeuta powinien omówić z klientem:

- Klient może podjąć się dodatkowej pracy, by móc spłacić swoje zadłużenie we wcześniejszym terminie. W rezultacie klient będzie miał zajęcie, przez co zmniejszy się ilość czasu, jaki potencjalnie przeznaczyłby na uprawianie hazardu.
- Jeśli klient ma trudności z zarządzaniem swoimi funduszami, powinien się skontaktować z doradcą finansowym lub prawnikiem. Na terenie całego kraju działa wiele instytucji świadczących bezpłatną pomoc prawną, w tym także udzielających porad finansowych.
- Klient może również skorzystać z pomocy społecznej lub innych form wsparcia oferowanych przez samorządy lokalne. Niektóre organizacje pozarządowe udzielają tymczasowej pomocy finansowej osobom potrzebującym lub znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej.
- W przypadku gdy klient jest bankrutem lub jest na skraju bankructwa, powinien zasięgnąć porady prawnej.

Sesja opcjonalna. Nauczenie osób bliskich strategii radzenia sobie z zachowaniami hazardzisty

Zawartość sesji i cele

- 15.1. Omów cel i uzasadnienie sesji
- 15.2. Dokonaj oceny wzajemnego wpływu zachowań klienta i osób bliskich
- 15.3. Zapewnij psychoedukację
- 15.4. Omów strategię hamowania zachowań problemowych
- 15.5. Omów strategię zwiększenia gotowości klienta do zmiany oraz wspierania go w procesie rekonwalescencji
- 15.6. Omów skuteczne strategie radzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami zachowań klienta
- 15.7. Omów z osobą bliską strategię dbania o siebie

15.1. OMÓW CEL I UZASADNIENIE SESJI

15.1.1. Cel

Sesja ta przeznaczona jest dla osób bliskich (partnerów, dzieci, rodziców, kolegów z pracy, przyjaciół, rodzeństwa, pozostałych osób bliskich) problemowych hazardzistów. Głównym jej celem jest edukacja osób bliskich na temat strategii radzenia sobie z zachowaniami klienta w taki sposób, aby wesprzeć osiągnięcie i utrzymywanie się zmiany w jego zachowaniach hazardowych. Szczegółowe cele tej sesji obejmują:

- Wsparcie osób bliskich w zrozumieniu zachowań hazardowych klienta.
- Pomoc osobom bliskim w rozpoznawaniu nieefektywnych sposobów radzenia sobie z problemami hazardowymi klienta oraz wynikającymi z nich konsekwencjami.
- Edukację osób bliskich na temat strategii umacniania gotowości klienta do zmiany oraz wspierania go podczas procesu zdrowienia.

- Edukację osób bliskich na temat strategii radzenia sobie z zachowaniami klienta oraz negatywnymi konsekwencjami uprawiania przez niego hazardu.
- Omówienie z osobą bliską strategii dbania o siebie (podkreślając, jak ważne jest za dbanie o swoje własne sprawy).

Informacje zawarte w tej sesji są przedstawione w sposób zrozumiały i klarowny. Dostarczają wskazówek odnośnie do spraw i zagadnień, które będą wymagały omówienia z osobą bliską klientowi. Warto zauważyć, że nie wszystkie uwzględnione w tej sesji informacje będą się odnosić do każdej pojedynczej osoby. Dlatego też terapeuta powinien dokonać wyboru, które podrozdziały należy omówić z daną osobą bliską. Wybór będzie zależny od aktualnych potrzeb i poziomu zaangażowania osoby bliskiej, rodzaju problemów klienta, jak również od charakteru związku pomiędzy hazardzistą a daną osobą bliską. Wskutek tego zawartość niniejszego rozdziału może zostać omówiona podczas jednej lub kilku sesji. W sesjach może ponadto uczestniczyć więcej niż jedna osoba bliska. Terapeuta powinien również zdecydować, czy klient powinien brać udział w sesjach przeznaczonych dla osób bliskich. Niemniej jednak wskazane jest, by klient uczestniczył w dyskusjach obejmujących informacje zawarte w niektórych podrozdziałach (np. podrozdział 15.6).

15.1.2. Uzasadnienie

Zachowania problemowych hazardzistów mogą skutkować bardzo negatywnymi konsekwencjami dla bliskich im osób (Hodgins, Shead i Makarchuk, 2006; Makarchuk, Hodgins i Peden, 2002). Nierzadko występują poważne trudności w relacjach interpersonalnych pomiędzy hazardzistami a ich bliskimi. Problemy te są związane z rozpadem związku, przemocą domową czy zaniedbywaniem rodziny (Lorenz i Yaffe, 1986, 1988, 1989; Muelleman i in., 2002). Co więcej, często w relacjach pomiędzy hazardzistami a ich partnerkami występują dysfunkcje seksualne, będące wynikiem trudności w komunikacji. Hazard problemowy dla osób bliskich często kończy się również znaczącymi negatywnymi konsekwencjami finansowymi (Fanning i McKay, 2000). Zadłużenie hazardzistów może mieć znaczący wpływ na samopoczucie oraz sytuację finansową ich bliskich, czego rezultatem może być ograniczenie czasu przeznaczonego na pracę i czynności będące źródłem przyjemności (Ingle, Marotta, McMillan i Wisdom, 2008). Problemowi hazardziści równie często tracą umiejętność prowadzenia normalnego życia rodzinnego czy spełniania swoich obowiązków (Fanning i McKay, 2000). Zanik zaufania pomiędzy problemowymi graczami a ich osobami bliskimi może także wywoły-

wać zmiany w ogólnym stanie psychofizycznym osób bliskich, włączając w to czynniki społeczne (np. wycofanie się członków rodziny z szerszego życia społecznego, by skupiać się na stresującej sytuacji w domu), emocjonalne (obniżenie nastroju, depresja i złość) oraz fizyczne (ból głowy, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego itd.). Wśród dzieci problemowych hazardzistów może występować poważne nieprzystosowanie psychospołeczne objawiające się w postaci nadużywania substancji psychoaktywnych, wejścia na drogę przestępstwa, depresji, zachowań samobójczych i innych zachowań oraz problemów psychologicznych (Lorenz i Yaffe, 1988; Lorenz i Shuttlesworth, 1983).

Bez względu na to, czy te trudności pojawiają się przed uprawianiem hazardu, czy też są jego konsekwencją, często kolidują z pomyślnymi rezultatami terapii (Raylu i Oei, 2007; Hudak i in., 1989). Wiele badań wykazało również, że osoby bliskie problemowym hazardzistom często same poszukują wsparcia (Hodgins i in., 2001; Potenza, Steinberg, McLaughlin, Wu, Rounsaville i O'Malley, 2001). Okazuje się, że osoby bliskie hazardzistom odgrywają ważną rolę w procesie ich rekonwalescencji. Wyniki badań podkreślają fakt, że problemowi hazardziści wskazują взгляд na osoby bliskie lub zaniepokojenie wpływem uprawiania przez siebie hazardu na osoby bliskie jako główne powody zaprzestania lub ograniczenia zachowań hazardowych (Hodgins i El-Guebaly, 2000; Hodgins, Makarchuk, El-Guebaly i Peden, 2002; Makarchuk i in., 2002). Wiele badań potwierdziło, że zaangażowanie osoby bliskiej w leczenie hazardzisty może pozytywnie wpłynąć na efekty terapeutyczne. Ingle i inni (2008) dowiedli na przykład, że fakt posiadania osoby bliskiej był dodatnio skorelowany z sukcesem terapeutycznym w grupie problemowych hazardzistów. Co więcej, udział osób bliskich w terapii miał pozytywny wpływ na utrzymanie się (retencję) klienta w procesie leczenia. Obserwacja ta potwierdza się w innych badaniach, które sugerują, że odpowiednia sieć społecznego wsparcia lub zaangażowanie osoby bliskiej w leczenie mogą pozytywnie wpływać na sukces terapeutyczny (Hudak i in., 1989), zmniejszać nasilenie negatywnych efektów nawrotu (Zion, Tracy i Abell, 1991) oraz zmniejszać liczbę przypadków nieukończenia leczenia (Grant, Kim i Kuskowski, 2004).

Zatem, biorąc pod uwagę wpływ negatywnych konsekwencji wynikających z zachowania problemowego hazardzisty na jego osoby bliskie oraz wpływ osób bliskich na proces zdrowienia hazardzisty, niezbędne jest podejmowanie edukacji bliskich mu osób w zakresie strategii radzenia sobie z jego problemowymi zachowaniami oraz z negatywnymi konsekwencjami uprawiania hazardu. Co więcej, ważne jest wdrożenie strategii wzmacnia-

nia gotowości klienta do zmiany i wspierania go w procesie zdrowienia. Zastosowanie powyższych strategii przyniesie korzyści zarówno hazardziście, jak i jego osobie bliskiej, wszelako pod warunkiem, że dana osoba zrozumie, jakie czynniki biorą udział w rozwoju i utrzymywaniu się problemu hazardowego oraz będzie potrafiła rozpoznać nieskuteczne sposoby radzenia sobie z uprawianiem hazardu oraz powiązаныmi konsekwencjami. Zapewnienie takiej edukacji osobie bliskiej uniemożliwia jej również świadome bądź nieświadome zakłócenie procesu leczenia klienta (np. niedopuszczenie przez osobę bliską do sytuacji, w której klient odczuje negatywne konsekwencje uprawiania hazardu). Dodatkową korzyścią jest wzmocnienie pozytywnych rezultatów terapii oraz zwiększenie prawdopodobieństwa, że osoba bliska zapewni hazardziście wsparcie w procesie zdrowienia.

U klientów doświadczających dużej ilości stresu związanego z kryzysem w małżeństwie najlepiej jest zaniechać rozwiązywania zawiłych problemów małżeńskich związanych np. z dysfunkcjami seksualnymi. Najlepszym rozwiązaniem jest skierowanie klientów do specjalisty od terapii małżeńskiej lub do psychologa. Podobnie, klienci doświadczający problemów rodzinnych mogą skorzystać z poradnictwa rodzinnego.

15.2. OCENA WZAJEMNEGO WPŁYWU ZACHOWAŃ KLIENTA I OSÓB BLISKICH

Zapewnij osobom bliskim klientowi (oraz samemu klientowi, jeśli pojawi się na sesji wraz z osobą bliską) możliwość wyrażenia uczuć, myśli, problemów, opinii oraz oczekiwań w związku z problemami hazardowymi klienta oraz wynikającymi zeń konsekwencjami. Zbadaj ponadto charakter konfliktów w relacjach interpersonalnych oraz określ ich przyczyny. Zidentyfikuj nieefektywne reakcje osób bliskich na hazard problemowy. Poniżej przedstawiono listę przykładowych nieefektywnych reakcji. Lista została opracowana na podstawie badań Fanny i McKay (2000) oraz osobistych doświadczeń autora w pracy z problemowymi hazardzistami i ich osobami bliskimi.

- Zaprzeczanie – we wczesnych etapach rozwijania się hazardu problemowego prawie wszystkie osoby bliskie problemowych hazardzistów reagują częściowym zaprzeczeniem. Taka reakcja może przyjmować wiele form obejmujących postępowanie w taki sposób, jakby problem nie istniał, odmawianie rozmów na ten temat, popadanie w złość oraz przyjmowanie postawy obronnej w momencie, gdy pojawia się temat hazardu. Zaprzeczanie przynosi tylko i wyłącznie krótkoterminowe korzyści. Pozwala osobom bliskim na utrzymywanie łagodnych relacji, kontynuowanie nor-

malnego codziennego życia oraz unikanie uciążliwych negatywnych emocji (np. depresji, lęku, złości, poczucia winy czy wstydu). Niemniej jednak, w dłuższej perspektywie, zaprzeczanie pozwala osobom bliskim na ignorowanie hazardu problemowego i jego konsekwencji (podtrzymując przekonanie, że problem z czasem sam zniknie) oraz uniemożliwia radzenie sobie z problemami w sposób bezpośredni.

- Bagatelizowanie problemu – niektóre osoby bliskie reagują na problemy hazardzisty oraz powiązane konsekwencje umniejszaniem ich. Przejawia się to w takich komentarzach, jak: „On krzyczy na mnie tylko wtedy, gdy przegrywa duże pieniądze. To nie jest tak, że on zawsze się tak zachowuje” lub „On gra tylko kilka razy w tygodniu”. Takie komentarze dowodzą wiary osób bliskich w to, że problem nie jest taki duży lub sytuacja nie jest aż tak poważna, nawet jeśli w rzeczywistości jest inaczej. W ten sposób osoby bliskie pozbawiają się możliwości bezpośredniego radzenia sobie z problemami.
- Szukanie wymówek – niektóre osoby bliskie szukają wymówek, tłumacząc problemowe zachowania hazardzistów (np. „On jest taki, ponieważ...”). Takie wymówki wskazują, że osoba bliska próbuje usprawiedliwić to, co się dzieje z hazardzistą. Niemniej jednak powstrzymuje to osoby bliskie przed doszukiwaniem się prawdziwych powodów aktualnych problemów. Przenosi to również odpowiedzialność za hazardowe zachowania z hazardzisty na osobę bliską. Rezultatem takiego stanu rzeczy jest często poczucie winy i bezsilności wśród osób bliskich.
- Zachowania „przyszwajające” i „ratujące” – niektóre osoby bliskie angażują się w działania, które w danym momencie mogą się wydawać stosowne, logiczne, a nawet konieczne, jednak bez głębszego rozpoznania, czy w rzeczywistości takie poczynania nie wspierają lub nie wzmacniają zachowań hazardzisty. Jedno z takich działań dotyczy „przyszwajania”. Zachowania przyszwajające ułatwiają problemowemu hazardziście kontynuowanie uprawiania hazardu (kiedy np. żona przejmuje obowiązki męża, takie jak odprowadzanie dzieci do szkoły). Zachowania przyszwajające są z reguły podejmowane po to, by pozornie utrzymać normalne funkcjonowanie rodziny. Z drugiej strony mamy do czynienia z działaniami „ratującymi”. Zachowania „ratujące” powstrzymują hazardzistę od doświadczania pełnych, negatywnych konsekwencji jego zachowań hazardowych (np. wyciąganie klienta z częstych kłopotów finansowych związanych z przegranymi i długami). Działania „ratujące” na krótką metę ograniczają szkody, zwykle jednak kończą się długoterminowymi problemami dla hazardzistów. Czasami zachowania „przyszwajające” i „ratujące” są wynikiem obaw, które osoby bliskie mają w odniesieniu do negatywnych konsekwencji zachowań problemowych hazardzistów (np. „Jeżeli nie zapłacę czynszu, wyrzucą go z mieszkania” lub „Jeśli nie będę go budzić każdego poranka, straci pracę”). Czasami zachowania „ratujące” i „przyszwajające” są wynikiem myślenia w kategoriach „powinności” (np. „Zawsze powinniśmy przebaczać osobom, które kochamy” lub „Zawsze powinniśmy pomagać osobom, na których nam zależy”).
- Obwinianie – osoby bliskie często nawzajem się obwiniają za problemy wynikające z zachowań hazardzisty. Obwinianie uwalnia obwinianego od poczucia winy, lęku związanego z zaniepokojeniem niedopełnieniem swoich obowiązków. Mimo że w krótkiej perspektywie obwinianie innych może pomóc poczuć się lepiej, na dłuższą metę wiąże się z negatywnymi konsekwencjami. U obwinianych często rozwijają się negatywne emocje, takie jak złość, uraza i wstyd. W rezultacie osoby te mogą przyjmować postawę obronną lub zaprzeczać istnieniu problemu. Uniemożliwia to również skuteczną komunikację i nie sprzyja rozwiązywaniu problemów.

- Samoobwinianie – niektóre osoby bliskie same obwiniają się za problemy, których doświadczają w wyniku zachowania hazardzisty. Skupianie się na winie oznacza, że stajemy się zaabsorbowani próbami znalezienia przyczyny, która wywołała problem, zamiast skupiać się na tym, jak sobie z nim poradzić.
- Wycofanie i izolowanie się – wiele osób bliskich wycofuje się z życia towarzyskiego, izolując się od kontaktów z przyjaciółmi i rodziną (tj. osobami, które mogą je wspierać w trudnym okresie, oraz tymi, które stawiają czoło problemowym zachowaniom hazardzisty), a także od kontaktów z samym hazardzistą. Czasami zdarza się, że w momencie gdy hazard zaczyna dominować w życiu rodzinnym, osoba bliska może zacząć poświęcać coraz więcej własnego czasu na utrzymywanie funkcjonowania rodziny, a tym samym mniej czasu pozostanie jej na realizowanie niezależnych celów osobistych. Wycofanie oraz izolacja nie są skutecznymi sposobami radzenia sobie z hazardem, ponieważ powstrzymują osoby nim dotknięte przed rozpoznaniem i zaakceptowaniem problemu, rozmową o sprawach problemowych, udzielaniem wsparcia, rozwiązywaniem problemów oraz poszukiwaniem wsparcia i informacji.

15.3. PSYCHOEDUKACJA

Wykorzystaj informacje lub zastosuj format z rozdziału 4, aby zapewnić osobie bliskiej psychoedukację, która podniesie jej świadomość i poziom zrozumienia istoty hazardu problemowego. Psychoedukacja obejmuje omówienie charakteru problemów związanych z hazardem, objawów behawioralnych sygnalizujących, że dana osoba może mieć problem z hazardem, wpływu konsekwencji gry na klienta i na osoby bliskie. Kolejnymi istotnymi zagadnieniami do poruszenia są: przebieg terapii hazardu problemowego, wczesne objawy nawrotów i wypadek (np. niewyjaśnione nieobecności, wahania nastroju i problemy finansowe), potencjalne wyzwalacze hazardu, czynniki związane z rozwojem oraz utrzymywaniem się hazardu problemowego, jak również dysfunkcyjne schematy myślenia hazardzistów. Przedyskutuj także z osobą bliską inne nieskuteczne reakcje na hazard problemowy, omówione we wcześniejszym rozdziale (np. zachowania „przyzwalające” i „ratujące”). Następnie opisz, jaką rolę odgrywają nieskuteczne reakcje w utrzymywaniu się problemów związanych z hazardem i trudnościach w relacjach z innymi. Jeżeli osoba bliska zaprzecza, bagatelizuje problem lub usprawiedliwia zachowania hazardzisty, terapeuci powinni podważać takie złudzenia, przymuszając osobę bliską do zmierzenia się z rzeczywistością, tj. z tym, co się wokół niej dzieje.

15.4. OMÓW STRATEGIE HAMOWANIA ZACHOWAŃ PROBLEMOWYCH

Transteoretyczny model zmiany (opracowany przez Prochaskę i DiClemente, 1982, 1986) opisuje różne stadia zmiany zmierzającej do hamowania zachowań problemowych. Omów z osobą bliską poniższe stadia oraz pomóż jej określić, w którym stadium hazardzista obecnie się znajduje.

- *Prekontemplacja*: Problemowi hazardziści w stadium prekontemplacji nie uwzględniają zmiany zachowań hazardowych. Osoby te mogą być nieświadome ryzyka bądź negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu lub nie uważają, by takie ryzyko czy konsekwencje mogły się do nich odnosić. Niektórzy hazardziści w stadium prekontemplacji nie wierzą, że mogą zmienić własne zachowania hazardowe. U osób takich korzyści płynące z nieprzerwanego uprawiania hazardu przewyższają cenę lub konsekwencje z tym związane.
- *Kontemplacja*: Problemowi hazardziści będący w stadium kontemplacji wykazują ambiwalentną postawę w stosunku do uprawiania hazardu. Chcieliby przestać grać, ale wciąż dostrzegają korzyści płynące z gry. Zaczynają się przyglądać zaletom oraz wadom wynikającym ze zmiany ich zachowania, jak również następstwom zaniechania jej podjęcia. Korzyści i konsekwencje ciągłego grania są dla nich prawie równoważne.
- *Przygotowanie*: Problemowi gracze w stadium przygotowania są gotowi do podjęcia decyzji i zaplanowania zmiany w swoim zachowaniu. Wady ciągłego grania przeważają nad korzyściami. Podczas tego stadium klienci mogą pracować nad swoją motywacją do zmiany zachowań hazardowych (np. rozmawiając ze swoimi osobami bliskimi na temat swoich intencji i planu zmiany). Mimo że nie musi dojść do żadnej zmiany w ich zachowaniu, na tym etapie istotne jest już samo to, że hazardziści zaczęli tworzyć plan oraz przygotowywać się do zmiany.
- *Działanie*: Problemowi hazardziści w stadium działania dokonują pozytywnych zmian w zachowaniu oraz podejmują wysiłek wobec zaplanowanego działania. Prawdopodobnie na tym etapie hazardziści ograniczyli dostęp do swojej gotówki i zaczęli unikać określonych ludzi, miejsc lub wydarzeń, które wyzwalają w nich chęć do gry. Angażują się ponadto w zajęcia alternatywne wobec hazardu (np. zwiększone zaangażowanie się w przyjemne zajęcia, takie jak ćwiczenia fizyczne lub nowe hobby). Dla osób będących w stadium działania negatywne konsekwencje wynikające z ciągłej gry wyraźnie przeważają nad korzyściami płynącymi z kontynuowania uprawiania hazardu.
- *Podtrzymywanie*: Problemowi hazardziści w stadium podtrzymywania podejmują nieprzerwany wysiłek w celu utrzymania pozytywnych zmian swoich zachowań poprzez wykorzystywanie wielu strategii zapobiegania uprawianiu hazardu (np. unikanie ludzi, miejsc lub sytuacji, które wywołują chęć do gry, podważanie negatywnych myśli, które mogą ją wywołać, itd.). Na tym etapie popęd do gry jest dość słaby. Znacznie silniejsze są natomiast chęci oraz umiejętności powstrzymywania się od grania. Niemniej jednak osoby będące w stadium podtrzymania są wciąż narażone na ryzyko nawrotu.

- *Nawrót*: Do nawrotu może dojść w każdym momencie, podczas każdego stadium zmiany. Zmiany wymagają czasu, dlatego też wielu hazardzistów może powrócić do wzmożonego uprawiania hazardu. Problemowi hazardziści mogą ponadto cofnąć się do każdego z wcześniejszych stadiów zmiany. Zwykle hazardziści wielokrotnie znajdują się w różnych stadiach zmiany, zanim ostatecznie zrezygnują z hazardu lub zaczną kontrolować jego uprawianie.

15.5. OMÓW STRATEGIE ZWIĘKSZENIA GOTOWOŚCI KLIENTA DO ZMIANY ORAZ WŚPIERANIA GO W PROCESIE REKONWALESCENCJI

Przedstawione powyżej etapy zmiany problemowych zachowań obejmują różne stopnie motywacji, jak również różne wzorce postaw, intencji i zachowań (Prochaska i DiClemente, 1982, 1986; Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992). Zastosowane strategie powinny być zatem dopasowane do stadium zmiany, w którym obecnie znajduje się hazardzista. Przy zastosowaniu poniższych informacji pomóż osobie bliskiej w zidentyfikowaniu sposobu, w jaki może pomóc hazardziście, w zależności od stadium zmiany, w którym hazardzista się obecnie znajduje. Poniższe materiały zostały opracowane na podstawie strategii, które omówili Smith i Meyers (2004) i Meyers, Smith i Miller (1998), oraz ich osobistych doświadczeń z pracy z hazardzistami i ich osobami bliskimi. Strategie wymienione przy każdym ze stadiów zmian mogą pomóc hazardziście przejść do kolejnego etapu zmiany. Materiały informacyjne klienta: Stadia zmiany w hamowaniu problemowych zachowań i strategie skutecznych zmian zachowania (poniżej) mogą być udostępnione osobie bliskiej na końcu sesji.

15.5.1. Prekontemplacja

- Nie pouczaj hazardzistę o hazardzie, jako że uprawianie hazardu nie stanowi dla niego problemu, a wręcz przeciwnie – dobrze się z tym czuje, dlatego nie będzie skłonny słuchać tego, co mówisz.
- Nie sprzeczasz się, nie podnoś głosu, nie krzycz na hazardzistę, gdyż te działania i tak nie przyniosą pożądanego skutku. Zachowanie takie prawdopodobnie pogorszy relacje pomiędzy osobą bliską a hazardzistą, który będzie mniej skłonny zwrócić się do niej o pomoc w momencie, kiedy będzie już gotowy do zmiany.
- Pozostaw otwartą furtkę do rozmów, pracując nad budowaniem relacji i zaproponuj swoją pomoc, kiedy hazardzista będzie już gotowy do zmiany swoich zachowań. Hazardzista zmieni swoje zachowania tylko wtedy, gdy będzie na to gotowy.
- Wyjaśnij hazardziście powody Twojego zaniepokojenia, wskazując przy tym konkretne zachowania. Omawiając swoje obawy z hazardzistą, osoba bliska może zastosować stwierdzenia typu „ja”, szczegółowo opisane w rozdziale 13 (podrozdział 13.4.5.2).

- Poinformuj hazardzistę o jego problemie z hazardem i dostępnych możliwościach leczenia. Ważne, żeby nie być natrętnym, ponieważ zmniejszy to tylko zainteresowanie hazardzisty. Możesz po prostu pozostawić informacje hazardziście do przeczytania w wolnym czasie.
- Wyznacz realne granice i bądź gotów wyciągnąć konsekwencje w momencie, gdy zostaną przekroczone.
- Odseparuj w swoim podejściu zachowanie od osoby. Zapewnij hazardzistę, że wciąż go kochasz, szanujesz, ale jesteś przekonany, że jego zachowania hazardowe są nie do zaakceptowania oraz nie popierasz ich.
- Unikaj „przywalających” i „ratujących” zachowań.

15.5.2. Kontemplacja

- Stosuj strategie podobne do tych ze stadium prekontemplacji.
- Pomóż hazardziście w ocenie korzyści oraz wad wynikających z grania.
- Zaproponuj hazardziście, żeby skorzystał ze specjalistycznej pomocy (np. terapeuty uzależnień, lekarza psychiatry, psychologa).
- Kontynuuj zapewnianie wsparcia.

15.5.3. Przygotowanie i działanie

- Kontynuuj zapewnianie wsparcia.
- Chwal pozytywne zmiany w zachowaniach hazardowych.
- Nie wypominaj hazardziście zdarzeń z przeszłości.
- Nie kontroluj natrętnie każdego ruchu hazardzisty.
- Nie zachęcaj świadomie bądź nieświadomie do hazardu (np. poprzez chodzenie do miejsc, w których uprawia się hazard, wliczając w to lokale z maszynami i tym podobne).
- Organizuj zajęcia niezwiązane z hazardem (np. chodzenie do kina, zapisanie się do klubu sportowego).
- Obserwuj, co wyzwala zachowania hazardowe, i razem z hazardzistą pracuj nad utrzymaniem abstynencji (np. pozbycie się z domu wszelkich rzeczy, które mogą przypominać o hazardzie).
- Stosuj pozytywne wzmocnienia w stosunku do hazardzisty za każdym razem, gdy powstrzyma się od hazardu.

15.5.4. Podtrzymywanie

- Użyj podobnych strategii, jak w przypadku stadium działania i przygotowania.
- Zwracaj uwagę na wczesne sygnały ostrzegawcze mogące świadczyć o nawrocie oraz, odnosząc się do tej wiedzy, udziel hazardziście informacji zwrotnej w sposób konstruktywny, aby zapobiec nawrotowi.
- Wspólnie z hazardzistą sformułuj „plan działania” w sytuacji, gdy hazardzista jest „na skraju” wpadki, aby zapobiec pojawieniu się nawrotu.

15.5.5. Nawrót

- Jeżeli hazardzista doświadczył wypadki, przypomnij mu o różnicy pomiędzy wypadką a nawrotem. Przypomnij też o znaczeniu radzenia sobie z wypadką, aby zapobiec przekształceniu się jej w pełny nawrót.
- Przypomnij hazardziście o wszystkich korzyściach, jakie do tej pory odniósł poprzez kontrolowanie zachowań związanych z hazardem lub powstrzymywanie się przed takimi zachowaniami.
- Zrealizuj „plan działania”, aby zapobiec nawrotowi lub ograniczyć jego konsekwencje.

Poniżej przedstawiono kilka bardzo ważnych zagadnień, które należałoby omówić z osobą bliską.

- Odpowiedzialność – osoby bliskie powinny rozumieć, że zachęcając hazardzistę do zmiany zachowań hazardowych, nie należy stosować przymusu. Można jedynie zachęcać i motywować hazardzistę do zmiany poprzez wdrażanie strategii opisanych poniżej (tj. w stadiach prekontemplacji i kontemplacji). Hazardzista zmieni się tylko wtedy, kiedy sam będzie na to gotowy.
- Zaufanie – zaufanie jest często zagadnieniem budzącym niepokój wśród osób bliskich hazardzistów. Brak zaufania może wynikać z manipulacyjnych bądź nieujawnionych zachowań hazardzisty. Hazardzista i jego osoba bliska powinni wiedzieć, że odbudowanie zaufania wymaga czasu. Co więcej, powinni być świadomi, że zaufanie odbudowuje się stopniowo.
- Granice – istotne jest, by omówić z osobami bliskimi (zwłaszcza z rodzicami), jak ważne jest stawianie jasnych granic odnośnie do tego, jakie zachowania są dopuszczalne, a jakie niedopuszczalne. Osoby bliskie muszą zajmować jasne stanowisko w zakresie konsekwencji naruszenia tych granic oraz powinny być przygotowane do egzekwowania tych konsekwencji.
- Zachowania „przyszwajające” i „ratujące” – osoby bliskie powinny być zachęcane do unikania zachowań „przyszwajających” (np. brania na siebie obowiązków hazardzisty) lub „ratujących” (np. opłacanie rachunków hazardzisty).

W zależności od wynikłej potrzeby terapeuci mogą również podważać niektóre zniekształcenia poznawcze wykazywane przez osoby bliskie hazardziście. Epstein i Schlesinger (1991) wyodrębnili pięć kategorii zniekształceń poznawczych występujących wśród osób bliskich (Baucom i Epstein, 1990; Epstein i Baucom, 1989):

- selektywna percepcja (filtr mentalny) wobec zdarzeń zachodzących pomiędzy członkami rodziny;
- błędne określanie przyczyn zdarzeń występujących w rodzinie;
- niedokładne przewidywanie prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń w przyszłości;
- nierealistyczne założenia dotyczące cech osobowości bliskich i ich relacji z innymi;
- nierealistyczne oczekiwania w odniesieniu do osób bliskich i ich relacji z innymi.

15.6. OMÓW SKUTECZNE STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z NEGATYWNYMI KONSEKWENCJAMI ZACHOWAŃ KLIENTA

Jak omówiono wcześniej, osoby bliskie doświadczają wielu negatywnych konsekwencji wynikających z zachowań problemowych hazardzistów. Poniżej opisane zostały sugestie co do sposobów wsparcia, jakiego należy udzielić osobom bliskim, które doświadczają różnych negatywnych konsekwencji zachowań hazardzisty.

15.6.1. Problemy zdrowotne

Negatywne emocje takie jak obniżenie nastroju, stany depresyjne, poczucie winy oraz lęk są powszechne wśród osób bliskich. Aby uzyskać więcej informacji, odnieś się do rozdziału 10, przeglądając strategie radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Jeżeli podejrzewasz, że osoba bliska może mieć współwystępujące zaburzenia psychiczne bądź behawioralne (np. zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych itp.) i może potrzebować ciągłego wsparcia, wówczas należy ją skierować do psychologa bądź psychiatry. Niektóre osoby bliskie mogą doświadczać problemów ze zdrowiem, wynikających z przewlekłego stresu. W takim wypadku należy skierować je do lekarza rodzinnego.

15.6.2. Problemy finansowe

W przypadku gdy osoba bliska doświadcza stresu powiązanego z problemami finansowymi wynikającymi z zachowań hazardzisty, powinna posiadać zabezpieczenie finansowe (np. rozdzielną majątkową). Osoba bliska może również skorzystać z niektórych strategii opisanych w sesji opcjonalnej – Wyjście z zadłużenia (rozdział 14), takich jak kroki wydoławiania się z zadłużenia i budżetowanie. Osoba bliska może również skorzystać ze specjalistycznej pomocy doradcy finansowego (np. zabezpieczanie aktywów), księgowego oraz prawnika (np. zaciągnięte pożyczki partnerskie). W niektórych przypadkach przydatne może się okazać przekonanie hazardzisty do przekazania na pewien czas (tj. do momentu, kiedy hazardzista będzie w stanie kontrolować swoje problemowe zachowanie) kontroli nad finansami osobie bliskiej.

15.6.3. Kwestie nadużyć

Jeżeli osoba bliska jest wykorzystywana, należy ją zachęcać do ochrony siebie pod względem fizycznym i emocjonalnym. Ponad-

to, jeżeli hazard wpływa bezpośrednio na dzieci, osoba bliska (np. współmałżonek) powinna podjąć odpowiednie kroki w celu zapewnienia dzieciom bezpieczeństwa oraz aby uniknąć ich zaniedbania czy wyrządzenia im krzywdy. Dlatego też terapeuta powinien przekazać osobie bliskiej dane kontaktowe odpowiednich instytucji i placówek, w których otrzyma pomoc (np. numery telefonów, adresy ośrodków interwencji kryzysowej, prawników itp.).

15.6.4. Problemy prawne

Osoby bliskie mogą potrzebować porad prawnych z wielu powodów (np. postanowienie o separacji, potrzeba skorzystania z porady prawnej w zakresie zadłużenia wynikającego z pożyczek partnerskich itp.) oraz powinny zostać skierowane do odpowiednich jednostek prawnych.

15.6.5. Problemy w związku

Wśród problemowych hazardzistów bardzo często występują problemy w związkach. Dlatego osoba bliska i hazardzista mogą odnieść korzyści wzmacniające ich związek poprzez zwiększenie zaangażowania oraz intymności relacji. Pomocne w tym może być kilka podstawowych strategii, opisanych poniżej. Niniejszy podrozdział odnosi się do badań, które przeprowadzili: Baucom i Epstein (1990), Epstein i Baucom (1989), Epstein i Schlesinger (1991), Jacobson i Margolin (1979). Jeżeli problemy w związku znacznie się nasilają oraz są dość złożone, wówczas hazardzista oraz osoba bliska wymagają skierowania do psychologa lub psychoterapeuty.

- Komunikujcie się ze sobą w sposób otwarty.
- Otwarcie omówcie problem hazardowy i jego konsekwencje, aby wypracować odpowiednie rozwiązania problemu.
- Nie oczekuj, że Twoja osoba bliska będzie wiedziała, co myślisz, czego chcesz i jak się czujesz, jeżeli jej tego wyraźnie nie zakomunikujesz.
- Nie pozwól na to, by problemy się nawarstwiały. Jeżeli nie udzielisz konstruktywnej krytyki na wczesnym etapie, wówczas negatywne emocje wiążące się z przemilczeniem tego, co Cię drażni, zaczną się kumulować. Poruszaj problemy tylko wtedy, jeżeli są dla Ciebie ważne. Jeżeli będziesz poruszać każdy, najmniejszy nawet problem, może to wywołać u drugiej osoby postawę obronną.
- Wyrażaj również swoje pozytywne uczucia, nie tylko te negatywne.
- Regularnie komplementuj i chwal osobę bliską lub udzielaj jej konstruktywnej krytyki. Zwracaj na przykład uwagę na troskliwe zachowanie, które zaobserwowałeś u osoby bliskiej w danym dniu, oraz podziel się z nią tymi obserwacjami pod koniec każdego tygodnia.
- Jeżeli osoba bliska lub hazardzista mają problemy ze skuteczną komunikacją, należy zastosować strategie opisane w podrozdziale 13.4.5.

- Rozwiązujcie problemy wspólnie. Jeżeli osoba bliska lub hazardzista przejawia trudności w rozwiązywaniu problemów, należy się odnieść do kroków w rozwiązywaniu problemów zawartych w rozdziale 9.
- Wyrażaj zgodę na uczestnictwo w zajęciach, które sprawiają drugiej osobie przyjemność, odwołując się jednak do zasady „quid pro quo” (np. „Zrobię dziś to, czego chcesz, ale w zamian w weekend ty zrobisz to, czego ja chcę”).
- Wykonuj niektóre potrzebne, aczkolwiek żmudne zadania, które zwykle wykonuje Twoja osoba bliska lub na które narzeka, nie oczekując jednak nic w zamian.
- Angażujcie się w pozytywne i rozrywkowe zajęcia, które sprawiają wam przyjemność, ale które nie wiążą się z uprawianiem hazardu.

15.7. OMÓW Z OSOBĄ BLISKĄ STRATEGIE DBANIA O SIEBIE

Omów z osobą bliską znaczenie i zalety dbania o siebie. Człowiek, który jest w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej:

- częściej ma siłę pomagać i wspierać innych (np. wspierać hazardzistę w procesie zdrowienia),
- częściej myśli w sposób klarowny, a co za tym idzie, wykazuje większą skuteczność w rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu rozsądnych decyzji.
- rzadziej czuje się przytłoczony przez swoje emocje,
- nie zaniedbuje pozostałych obszarów swojego życia (np. związków, pracy, rodzicielstwa),
- rzadziej zaczyna brać odpowiedzialność za hazardzistę i tym samym wyznacza jasno określone granice,
- jest bardziej skłonny do bycia autorytetem i pokazywania zdrowych sposobów radzenia sobie z różnymi emocjami.

Omów z osobą bliską działania, które może podjąć w celu zadbania o siebie. Poniżej przedstawionych jest kilka strategii.

- Zadbaj o swoje zdrowie fizyczne, odżywiając się prawidłowo i wysypiając się, jak również regularnie uprawiając ćwiczenia.
- Utrzymuj pozytywne nastawienie (np. poprzez przypominanie sobie o pozytywnych zdarzeniach w życiu, czytanie inspirujących cytatów i literatury oraz wymawianie pozytywnych afirmacji).
- Weź sobie wolne od pracy.
- Przeznaczaj czas na budowanie relacji, jako że interakcje społeczne dostarczają poczucia celu i znaczenia w życiu.
- Podziel się obowiązkami i odpowiedzialnością.
- Angażuj się w przyjemne zajęcia.
- Uzyskaj wsparcie (np. poprzez grupy wsparcia dla osób bliskich hazardzistów).

- Korzystaj z pomocy specjalistycznej lub psychologicznej (np. poradnictwa rodzinnego, w zakresie zarządzania stresem itp.).
- Wykonuj ćwiczenia relaksacyjne. Terapeuta może omówić lub przećwiczyć z niektórymi osobami bliskimi techniki relaksacyjne (zob. dodatek Q).

**Materiały informacyjne klienta:
Stadia zmiany w hamowaniu problemowych zachowań
i strategię skutecznych zmian zachowania**

Prochaska i DiClemente (1982, 1986) opisali różne stadia procesu hamowania problemowych zachowań. Stadia te opierają się na różnych stopniach motywacji, jak i różnych schematach postaw, intencji oraz zachowań. Zastosowane strategie wspierające zmianę zachowania powinny być zatem dopasowane do stadium zmiany, w którym obecnie znajduje się hazardzista.

PREKONTEMPLACJA

Problemowi hazardziści w stadium prekontemplacji nie uwzględniają zmiany zachowań hazardowych. Osoby te mogą być nieświadome ryzyka bądź negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu lub nie uważają, by takie ryzyko czy konsekwencje mogły się do nich odnosić. Niektórzy hazardziści w stadium prekontemplacji nie wierzą, że mogą zmienić własne zachowania hazardowe. U osób takich korzyści płynące z nieprzerwanego uprawiania hazardu przewyższają cenę lub konsekwencje z tym związane.

Co możesz zrobić, by pomóc hazardziście w stadium prekontemplacji?

- Nie pouczaj hazardzistę o hazardzie, ponieważ jest zadowolony z jego uprawiania i brak mu skłonności do zmiany tego stanu rzeczy.
- Nie sprzeczasz się, nie groź, nie krzycz na hazardzistę, ponieważ to nie pomoże.
- Pozostaw otwartą furtkę do rozmów, pracując nad budowaniem relacji, i zaproponuj swoją pomoc, kiedy hazardzista będzie już gotowy do zmiany swoich zachowań. Hazardzista zmienia swoje zachowania tylko wtedy, gdy będzie na to gotowy.
- Wyjaśnij hazardziście powody Twojego zaniepokojenia, wskazując przy tym konkretne zachowania.
- Poinformuj hazardzistę o jego problemie z hazardem i dostępnych możliwościach leczenia. Ważne, żeby nie być natrętnym, ponieważ zmniejszy to tylko zainteresowanie hazardzisty. Możesz po prostu pozostawić informacje hazardziście do przeczytania w wolnym czasie.
- Wyznacz realne granice i bądź gotów wyciągnąć konsekwencje w momencie, gdy zostaną przekroczone.

- Odseparuj w swoim podejściu zachowanie od osoby. Zapewnij hazardzistę, że wciąż go kochasz, szanujesz, ale jesteś przekonany, że jego zachowania hazardowe są nie do zaakceptowania oraz nie popierasz ich.
- Unikaj „przywalających” i „ratujących” zachowań.

KONTEMPLACJA

Problemowi hazardziści będący w stadium kontemplacji wykazują ambiwalentną postawę w stosunku do uprawiania hazardu. Chcieliby przestać grać, ale wciąż dostrzegają korzyści płynące z gry. Zaczynają się przyglądać zaletom oraz wadom wynikającym ze zmiany ich zachowania, jak również następstw zaniechania jej podjęcia. Korzyści i konsekwencje ciągłego grania są dla nich prawie równoważne.

Co możesz zrobić, by pomóc hazardzistcie w stadium kontemplacji?

- Stosuj strategie podobne do tych ze stadium prekontemplacji.
- Pomóż hazardzistcie w ocenie korzyści oraz wad wynikających z grania.
- Zasugeruj hazardzistcie, żeby skorzystał ze specjalistycznej pomocy (np. terapeutę uzależnień, lekarza psychiatry, psychologa).
- Kontynuuj zapewnianie wsparcia.

PRZYGOTOWANIE

Problemowi gracze w stadium przygotowania są gotowi do podjęcia decyzji i zaplanowania zmiany w swoim zachowaniu. Wady ciągłego grania przeważają nad korzyściami. Podczas tego stadium klienci mogą pracować nad swoją motywacją do zmiany zachowań hazardowych (np. rozmawiając ze swoimi osobami bliskimi na temat swoich intencji i planu zmiany). Mimo że nie musi dojść do żadnej zmiany w ich zachowaniu, na tym etapie istotne jest już samo to, że hazardziści zaczęli tworzyć plan oraz przygotowywać się do zmiany.

DZIAŁANIE

Problemowi hazardziści w stadium działania dokonują pozytywnych zmian w zachowaniu oraz podejmują wysiłek wobec zaplanowanego działania. Prawdopodobnie na tym etapie hazardziści ograniczyli dostęp do swojej gotówki i zaczęli unikać określonych ludzi, miejsc lub wydarzeń, które wyzwalały w nich chęć do gry. Angażują się ponadto w zajęcia alternatywne wobec hazardu (np. zwiększone zaangażowanie się w przyjemne zajęcia, takie jak ćwiczenia fizyczne lub nowe hobby). Dla osób będących w stadium działania negatywne konsekwencje

wynikające z ciągłej gry wyraźnie przeważają nad korzyściami płynącymi z kontynuowania uprawiania hazardu.

Co możesz zrobić, by pomóc hazardziście w stadium działania?

- Kontynuuj zapewnianie wsparcia.
- Chwal pozytywne zmiany w zachowaniach hazardowych.
- Nie wypominaj hazardziście zdarzeń z przeszłości.
- Nie kontroluj natarczywie każdego ruchu hazardzisty.
- Nie zachęcaj świadomie bądź nieświadomie do hazardu (np. poprzez chodzenie do miejsc, w których uprawia się hazard, wliczając w to lokale z maszynami i tym podobne).
- Organizuj zajęcia niezwiązane z hazardem (np. chodzenie do kina, zapisanie się do klubu sportowego).
- Obserwuj, co wyzwala zachowania hazardowe, i razem z hazardzistą pracuj nad utrzymaniem abstynencji (np. pozbycie się z domu wszelkich rzeczy, które mogą przypominać o hazardzie).
- Stosuj pozytywne wzmocnienia w stosunku do hazardzisty za każdym razem, gdy powstrzyma się od hazardu.

PODTRZYMYWANIE

Problemowi hazardziści w stadium podtrzymywania podejmują nieprzerwany wysiłek w celu utrzymania pozytywnych zmian swoich zachowań poprzez wykorzystywanie wielu strategii zapobiegania uprawianiu hazardu (np. unikanie ludzi, miejsc lub sytuacji, które wywołują chęć do gry, podważanie negatywnych myśli, które mogą ją wywołać, itd.). Silna jest u nich chęć oraz umiejętność powstrzymywania się od grania. Niemniej jednak osoby będące w stadium podtrzymania są wciąż narażone na ryzyko nawrotu.

Co możesz zrobić, by pomóc hazardziście w stadium podtrzymywania?

- Użyj podobnych strategii, jak w przypadku stadium działania i przygotowania.
- Zwracaj uwagę na wczesne sygnały ostrzegawcze mogące świadczyć o nawrocie oraz, odnosząc się do tej wiedzy, udziel hazardziście informacji zwrotnej w sposób konstruktywny, aby zapobiec nawrotowi.
- Wspólnie z hazardzistą sformułuj „plan działania” w sytuacji, gdy hazardzista jest „na skraju” wpadki, aby zapobiec pojawieniu się nawrotu.

NAWRÓT

Do nawrotu może dojść w każdym momencie, podczas każdego stadium zmiany. Zmiany wymagają czasu, dlatego też wielu hazardzistów może powrócić do wzmożonego uprawiania hazardu. Problemowi hazardziści mogą ponadto cofnąć się do każdego z wcześniejszych

stadiów zmiany. Zwykle hazardziści wielokrotnie znajdują się w różnych stadiach zmiany, zanim ostatecznie zrezygnują z hazardu lub zaczną kontrolować jego uprawianie.

Co możesz zrobić aby pomóc hazardziście, który doświadczył wpadki bądź nawrotu?

- Jeżeli hazardzista doświadczył wpadki, przypomnij mu o różnicy pomiędzy wpadką a nawrotem. Przypomnij też o znaczeniu radzenia sobie z wpadką, aby zapobiec przekształceniu się jej w pełny nawrót.
- Przypomnij hazardziście o wszystkich korzyściach, jakie do tej pory odniósł poprzez kontrolowanie zachowań związanych z hazardem lub powstrzymywanie się przed takimi zachowaniami.
- Zrealizuj „plan działania”, aby zapobiec nawrotowi lub ograniczyć jego konsekwencje.

Program terapii
poznawczo-behawioralnej
w leczeniu hazardu
problemowego

DODATEK

DODATEK A Wskazówki dotyczące zadań domowych

Wymagania programu obejmują wypełnianie wielu arkuszy lub wykonanie zadań domowych, dzięki czemu klient ma szansę zastosować umiejętności i strategie wyuczone podczas sesji we własnym środowisku, poza sesjami. Zadania domowe są bardzo ważną częścią terapii, ponieważ dostarczają klientowi możliwości (1) uczenia się poprzez czytanie, (2) zwiększenia świadomości własnego funkcjonowania (np. monitorowanie uczuć, myśli i zachowań), (3) zwiększenia świadomości postępów w procesie zdrowienia oraz (4) ćwiczenia umiejętności i strategii wyuczonych podczas sesji. Ćwiczenia domowe również służą doskonaleniu wyuczonych strategii i pomagają we wzmacnianiu poczucia własnej skuteczności (Beck, 1995).

Niektórzy klienci mogą nie wywiązywać się z zadań domowych lub wykonywać je w sposób niepoprawny. W takim przypadku terapeuta powinien niezwłocznie zbadać powody niewywiązania się z wykonywania zadań domowych lub błędnego ich wykonania. Poniżej przedstawione są niektóre typowe problemy, jakie terapeuta może napotkać przy zadaniach domowych, oraz strategie rozwiązywania tych problemów i zachęcania klientów do wywiązywania się z zadań domowych. Na potrzeby opracowania tego podrozdziału wykorzystano prace następujących autorów: Beck, 1995, Kazantzis i Daniel, 2009, Kazantzis, Deane, Ronan i L'Abate, 2005, Najavits, 2005, Simmons i Griffiths, 2009.

- *Problem:* Klient nagminnie zapomina o wykonywaniu zadań domowych lub nie realizuje ich ze względu na ograniczenia czasowe.

Strategie rozwiązania problemu: Poinformuj klienta, że może wyznaczyć określone przedziały czasowe, które mogą być przeznaczone wyłącznie na zadania domowe. Porozmawiaj z klientem o tym, gdzie mógłby trzymać arkusze zadań domowych lub materiały informacyjne, żeby mieć do nich łatwy dostęp, kiedy nadejdzie czas na wykonanie zadania domowego. Równie ważne jest, aby przed końcem sesji omówić z klientem potencjalne przeszkody, które (wg Ciebie lub klienta) mogą wpłynąć na pomyślne zrealizowanie zadań domowych. Wówczas należy omówić strategie radzenia sobie z tymi przeszkodami.

- *Problem:* Klient nieustannie zamartwia się negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z problemów związanych z uprawianiem hazardu (np. finansowymi, z zakwaterowaniem, z zatrudnieniem lub w związku uczuciowym).

Strategie rozwiązywania problemu: Istotne jest, aby pomagać klientowi w radzeniu sobie z określonymi czynnikami (oraz czynnikami powodującymi stres) w początkowych etapach programu, ze względu na to, że mogą one wymagać pilnej uwagi. Wyjaśnienie tych (stresujących) czynników umożliwi klientowi większe skupienie się na leczeniu. Zajrzyj do podrozdziału 3.3, aby uzyskać więcej informacji na temat sporządzania planu leczenia.

- *Problem:* Klient ma niską motywację do wykonywania zadań domowych.

Strategie rozwiązywania problemu: Zachęcaj klienta do wyznaczenia określonego czasu, podczas którego odczuwa wysoką motywację (np. zaraz po zakończeniu sesji) oraz przeznaczania go na pracę nad zadaniem. Zachęcaj klienta do rozpoczęcia od przeznaczania mniejszej ilości czasu na wykonywanie zadań domowych na początku programu terapii. Czas ten powinien być stopniowo zwiększany w miarę dalszego przebiegu leczenia oraz gdy klient osiąga postępy w leczeniu, przez co wzrasta poziom jego motywacji i poczucia własnej skuteczności. Terapeuci mogą również stosować technikę dialogu motywującego (zob. dodatek E), aby zwiększyć motywację klienta do leczenia oraz wykonywania zadań domowych.

- *Problem:* Klient ma negatywne skojarzenia z „pracą domową” (np. w szkole nie osiągał dobrych wyników w nauce).

Strategie rozwiązywania problemu: W tym wypadku unikaj używania słów „praca domowa”, ponieważ może się to kojarzyć z pracą domową w szkole (Kadden i in., 1995). Zamiast tego wykorzystaj takie określenia jak: „ćwiczenia”, „ćwiczenia domowe”, „zadania”.

- *Problem:* Klient może przypuszczać, że zadania domowe są niepotrzebne, aby pomyślnie ukończyć terapię.

Strategie rozwiązywania problemu: Zbadaj przyczyny, które zrodziły w kliencie przekonanie, że zadania domowe nie są potrzebne do pomyślnego ukończenia terapii. Możliwe, że klient nie uprawia już hazardu, a zatem uważa, że zadania domowe są mu zbędne. Kolejnym powodem może być brak postrzegania aktywnego uczestnictwa jako czynnika potrzebnego do pomyślnego ukończenia terapii. Klient może nie dostrzegać wyraźnego związku pomiędzy wykonywaniem zadań domowych a pomyślnym ukończeniem leczenia. Takie błędne przekonania powinny zostać omówione i podważone podczas sesji. Terapeuci powinni mieć pewność, że zawsze podają staranne uzasadnienie każdego zadania. Niezbędne jest również omówienie, w jaki sposób zadania domowe pomogą wprowadzić w życie i utrwalić umiejętności nabyte podczas ich wykonywania. Zadania domowe mogą być również modyfikowane w celu lepszego dopasowania ich do indywidualnej sytuacji każdego klienta.

- *Problem:* Zadania domowe mogą być dla klienta zbyt trudne.

Strategie rozwiązywania problemu: Zadania domowe nie powinny być zbyt trudne i powinny nawiązywać do problemów klienta. Przed zakończeniem sesji upewnij się, że

klient nie tylko rozumie zadania domowe, ale też wie, jak je wykonywać. Upewnij się też, że klient otrzymał wszystkie materiały informacyjne niezbędne do wykonania zadań domowych.

- *Problem:* Klient może się czuć zawstydzony tym, że inni widzą, że wykonuje zadania.

Strategie rozwiązania problemu: Ustal z klientem określone miejsce, w którym może umieszczać arkusze zadań domowych, a które będzie niedostępne dla innych. Wspólnie z klientem wyznaczcie również miejsce, w którym będzie można wykonywać ćwiczenia z zachowaniem prywatności. Jeżeli ćwiczenie domowe wymaga wykonania w miejscach publicznych (np. przeprowadzenie eksperymentu behawioralnego, takiego jak przewidywanie wyników gry w ruletkę), klient może nagrywać wyniki eksperymentu na dyktafonie zamiast zapisywać je na kartce.

- *Problem:* Klient unika wykonywania zadań domowych z powodu lęku.

Strategie rozwiązania problemu: Klient może unikać wykonywania zadań, ponieważ wywołuje to w nim wiele obaw. Obawy te obejmują strach przed porażką, lęk przed negatywnymi emocjami, które mogą zostać wywołane przez zadanie, oraz lęk wiążący się z obawą przed nieporadzeniem sobie z tymi emocjami. Pozostałe obawy dotyczą lęku przed niemożnością wykonania zadania oraz strachu przed zmianą. Terapeuci powinni zbadać te obawy oraz podważyć je podczas sesji wraz z innymi błędnymi przekonaniem.

DODATEK B Wskazówki do odgrywania scenek z podziałem na role

Odgrywane scenki z podziałem na role są stosowane w celu wykształcenia nowych umiejętności poprzez interakcję klienta z terapeutą w symulowanych sytuacjach (Kadden i in., 1995). Rodzaje ćwiczeń obejmują reakcje jawne (ćwiczenia polegające na rzeczywistym odgrywaniu scenek) oraz ukryte (ćwiczenia wizualizacyjne). Środowisko terapeutyczne jest dla klienta bezpiecznym miejscem do ćwiczenia umiejętności i strategii przed wypróbowaniem ich w prawdziwym świecie (Masters i in., 1987).

Goldfried i Davidson (1994) nakreślili cztery ogólne strategie odgrywania scenek.

- Przygotowanie klienta – omów z klientem znaczenie i skuteczność odgrywania scenek w odniesieniu do nauki nowych umiejętności. Zapewnij klienta, że poczucie dyskomfortu podczas próbowania nowych umiejętności i strategii jest zjawiskiem normalnym. Odgrywanie scenek stanie się tym łatwiejsze, im częściej klient będzie w nich uczestniczył. Zwróć uwagę, że jeżeli dany przypadek będzie tego wymagał, zademonstrujesz umiejętności jako pierwszy.
- Wybierz odpowiednie sytuacje – terapeuci mogą zasugerować dobór sytuacji w oparciu o posiadaną wiedzę na temat okoliczności, w jakich klient ostatnio się znalazł. Ewentualnie zachęć klienta do rozważenia i opisania adekwatnych sytuacji osobistych, podczas których mogą zostać przećwiczone nowe umiejętności i strategie. Aby pomóc klientowi przypomnieć sobie takie okoliczności, możesz go zachęcić do zastanowienia się nad niedawną sytuacją, w której dane umiejętności i strategie mogły mieć zastosowanie (np. odmawianie w przypadku zaproponowania przez inną osobę gry). Możesz ponadto poprosić klienta, aby pomyślał o potencjalnie trudnej sytuacji, która mogłaby się pojawić w niedalekiej przyszłości, a w której dane strategie mogą się okazać przydatne (np. spotkanie znajomego, z którym klient uprawiał hazard).
- Scenki z podziałem na role – zastosuj techniki modelowania, wzmacniania i konstruktywnej krytyki, aby wesprzeć klienta w nabywaniu nowych umiejętności. Często zachęcanie klienta do praktykowania strategii i umiejętności podczas sesji zwiększy prawdopodobieństwo zastosowania ich w prawdziwym życiu.
- Transfer wyuczonych umiejętności i strategii z warunków symulowanych do prawdziwego życia – zachęć klienta do kontynuowania ćwiczenia umiejętności i strategii w prawdziwym życiu (np. ćwiczenie nowych umiejętności i strategii poznanych podczas sesji w formie zadania domowego).

DODATEK C Ocena i opieka w przypadku klientów suicydalnych

Głównym celem w kierowaniu kryzysem suicydalnym jest utrzymanie klienta przy życiu. Poniżej przedstawiono stosowne kroki, które terapeuta może podjąć, aby mógł dokonać oceny i pokierować klientem suicydalnym.

Krok pierwszy

Pierwszy krok to określenie motywacji klienta oraz ryzyka popełnienia samobójstwa. Niektóre z przydatnych pytań mających na celu ocenę ryzyka obejmują:

- O czym pan myśli?
- Jak długo (jak często) miewa pan takie myśli?
- Kiedy ostatnio pojawiły się u pana takie myśli?
- Co by pan zrobił w takiej sytuacji?
- Czego by pan wtedy użył?
- Czy ma pan dostęp do tego, czego planuje pan użyć (np. pistoletu, tabletek)?
- Czy podjął pan jakieś kroki, a jeśli tak, to jakie (np. zaplanował, co się stanie z pana majątkiem, zostawił informację dla innych lub sporządził testament)?
- Czy ma to związek z innymi osobami?
- Czy te myśli pojawiają się w określonej sytuacji lub czasie?
- Czy wie pan, z jakiego powodu się pan tak czuje?
- Czy wcześniej próbował pan popełnić samobójstwo? Jeśli tak, to kiedy i w jaki sposób?
- Jakie ma pan myśli związane z utrzymaniem się przy życiu?
- Co pana powstrzymuje przed zamianą tych myśli w działanie?
- Jaki rodzaj pomocy ułatwiłby panu poradzenie sobie z obecnymi problemami?
- Jak pan sądzi, jak myśli związane z samobójstwem mogą wpływać na pana rodzinę, osoby bliskie, znajomych...?

Terapeuci powinni również ustalić, czy klient jest w stanie mówić o przyszłości.

Potencjalne czynniki ryzyka suicydalności pośród hazardzistów mogą być powiązane z negatywnymi wydarzeniami w ich życiu (np. stratami finansowymi, trudnymi relacjami z osobami bliskimi lub ich zerwaniem, konsekwencjami prawnymi), brakiem społecznego wsparcia, depresją, predyspozycjami genetycznymi lub rodzinnymi do popełniania samobójstwa, izolacją, nadużywaniem substancji psychoaktywnych itd.

Krok drugi

Jeżeli klient przejawia wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa, terapeuta powinien ukierunkować swoje działania na redukcję tego ryzyka. Freeman i in. (1990) przedstawili kilka sposobów ograniczenia ryzyka wystąpienia zachowań suicydalnych, które obejmują:

- Motywowanie klienta do przedstawienia argumentów za nieodbieraniem sobie życia oraz celów, jakie przewiduje osiągnąć poprzez popełnienie samobójstwa (tj. jakie są korzyści i straty wynikające z popełnienia samobójstwa oraz z dalszego życia). Można to osiągnąć, pokazując klientowi, że straty wynikające z popełnienia samobójstwa przeważają nad korzyściami i że istnieją lepsze alternatywy pozwalające na osiągnięcie wyznaczonych celów.
- Wzmacnianie czynników, które do tej pory powstrzymały klienta przed wprowadzeniem zamiarów suicydalnych w czyn.
- Przypominanie klientowi, jak skutki popełnienia przez niego samobójstwa wpłyną na jego rodzinę lub przyjaciół.
- Pomaganie klientowi w przeprowadzeniu burzy mózgów w celu odkrycia możliwości, które sprawią, że będzie mu łatwiej radzić sobie z obecnymi problemami.
- Podważanie zniekształceń poznawczych wyrażanych przez klienta (np. „Życie jest beznadziejne”), które doprowadziły go do chęci popełnienia samobójstwa. Mogą to być na przykład następujące pytania: „Jaki masz dowód na to, że sytuacja jest beznadziejna?”, „Czy ta beznadziejna sytuacja będzie trwać wiecznie?”, „Jaki jest dowód na to, że to się nigdy nie zmieni?” lub „Czy są jakieś inne możliwości?”. Kiedy klient dostrzega swoje błędy w myśleniu, zaczyna zdawać sobie sprawę, że sytuacja może być trudna, ale nie beznadziejna.
- Radzenie sobie z negatywnymi emocjami (po poradzeniu sobie z nagłym kryzysem) w przypadku, gdy impulsy suicydalne są wynikiem negatywnych emocji (np. złość skierowana na siebie lub na innych).

Krok trzeci

W zależności od tego, jak bardzo intensywnie klient myśli o popełnieniu samobójstwa, należy wziąć pod uwagę różne podejścia. Jeżeli klient nie jest w stanie zobowiązać się do powstrzymania się od popełnienia samobójstwa, wówczas należy rozważyć hospitalizację. W momencie gdy klient w sposób wiarygodny zobowiąże się do powstrzymania się od popełnienia samobójstwa, należy podjąć kroki mające na celu ograniczenie do minimum ryzyka próby samobójczej. Protokół leczenia Treatment Protocol Project (1997) zawiera plan radzenia sobie z kryzysem, przeznaczony dla osób, które mogą myśleć o popełnieniu samobójstwa. Plan ten wspiera zagrożone osoby w przejściu przez trudny okres w bezpieczny

dla nich sposób. Sugestie dotyczące planu radzenia sobie z kryzysem obejmują:

- Opracowanie kontraktu suicydalnego w celu opóźnienia impulsywnych reakcji klienta suicydalnego. Kontrakt suicydalny to umowa (sporządzona na piśmie) pomiędzy klientem a terapeutą, w której klient zgadza się na określony plan działania inny niż popełnienie samobójstwa w przypadku pojawienia się myśli suicydalnych (Callahan, 1996). Niezbędne jest, aby dobra relacja terapeutyczna pomiędzy klientem a terapeutą została nawiązana już przed zastosowaniem takich kontraktów (Jacobs, Brewer i Klein-Benheim, 1999). Taki kontrakt ustanawia:
 - obietnicę klienta dotyczącą zaniechania prób popełnienia samobójstwa podczas uzgodnionego okresu;
 - alternatywne działania, których klient może się podjąć w momencie, gdy nadojdą go myśli suicydalne;
 - częstotliwość i czas wizyt terapeutycznych, poruszane problemy, uczestnictwo w sesjach osoby trzeciej oraz działania, które należy podjąć w nagłych przypadkach;
 - numery telefonu, pod które klient może dzwonić, kiedy poczuje się zagrożony. Jeżeli aktualnie klient nie jest zagrożony, upewnij się, że ma całodobowy dostęp do odpowiedniej opieki klinicznej (np. numery stosownych infolinii, interwencji kryzysowej, lekarza rodzinnego, rodziny i przyjaciół). Przedstaw również plany awaryjne na wypadek, gdy któryś z kontaktów będzie w danym momencie niedostępny.
- Upewnienie się, że klient nie posiada żadnych narzędzi, które mogą posłużyć do odebrania sobie życia (np. pistoletów, tabletek, szkodliwych substancji chemicznych, kluczyków do samochodu, noży, linek oraz innych podobnych przedmiotów).
- Uspokajanie klienta, że większość problemów może zostać rozwiązana i że może nabyć umiejętności pozwalające na osiągnięcie zamierzonych celów. Podkreśl, że klient uczynił już pierwszy krok ku poprawie swojej sytuacji poprzez doszukiwanie się pomocy w związku z uprawianiem hazardu.
- Uwzględnienie osób bliskich w programie leczenia.
- Omówienie sytuacji wysokiego ryzyka, podczas których może wystąpić kryzys i które mogą prowadzić do myśli samobójczych. Przedyskutowanie sposobów radzenia sobie z tymi sytuacjami wysokiego ryzyka.
- Podważanie zniekształceń poznawczych, które mogą podtrzymywać myśli samobójcze (np. „Nic się nigdy nie zmieni”).
- Utrzymywanie regularnego kontaktu z członkami terapeutycznego zespołu interdyscyplinarnego, jeśli klient do takiego należy.

Długoterminowe monitorowanie myśli samobójczych jest bardzo ważne szczególnie dla klientów o podwyższonym ryzyku.

DODATEK D Informacje na temat stadiów zmiany

Prochaska i DiClemente (1982, 1986) opisali różne etapy zmiany obejmujące hamowanie zachowań problemowych. Ważne jest, aby sobie uświadomić, że zmiana nie jest procesem linearnym, a raczej cyrkularnym, w którym klient może się cofać lub przechodzić do każdego ze stadiów (Korn i Shaffer, 2004). Stadia te charakteryzują się różnymi stopniami motywacji oraz różnymi schematami postaw, intencji i zachowań (Prochaska i DiClemente, 1982, 1986; Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992). Terapeuci powinni reagować na różne sposoby, w zależności od stadium, w którym klient się obecnie znajduje. Dokładny opis stadium wraz z odpowiednimi reakcjami terapeuty znajduje się poniżej. Do opracowania poniższych informacji wykorzystano prace badawcze Bella i Rollnicka (1996). Bardziej szczegółowe informacje na temat technik dialogu motywującego znajdują się w dodatku E.

Stadium prekontemplacji

Osoby na tym etapie nie są wierzące, że mają problem, ponieważ nie są świadome związku pomiędzy ich zachowaniami hazardowymi a problemami w ich życiu (Korn i Shaffer, 2004). Klientów będących na tym etapie zmiany raczej nie można spotkać w placówkach leczniczych zajmujących się terapią uzależnień. Niektórzy problemowi gracze są jednak przymuszani przez osoby bliskie lub system prawny do szukania pomocy. Tak więc jeśli te osoby zgłaszają się na leczenie, mogą nie być świadome swoich zachowań hazardowych czy negatywnych konsekwencji z nimi związanych. Hazardziści problemowi, którzy są w stadium prekontemplacji, często bagatelizują swoje problemy („Mogę przestać, gdy tylko zechcę. Teraz nie chcę”), zaprzeczają skutkom uprawiania przez nich hazardu („Moja żona przesadza”), przejawiają postawę obronną („Przecież ja nie jestem uzależniony”) lub bronią uprawianego przez nich hazardu („Wygrywam więcej, niż przegrywam”).

Działania terapeuty: Prawdopodobnie klient nie jest gotowy na zmianę, jest nieświadomy swojego problemu, ma niskie poczucie własnej wartości lub nie chce się przyznać do tego, że ma problem. Dlatego też najlepiej jest powstrzymać się od udzielania bezpośredniej porady. Nawiąż dobry kontakt terapeutyczny (*rapport*) poprzez poznanie źródeł obaw klienta. Zapoznaj klienta z pojęciem ambiwalencji, omawiając z nim negatywne i pozytywne strony hazardu. Udziel informacji związanych z uprawia-

niem hazardu. Należy się skoncentrować na wzbudzaniu wątpliwości w kliencie (w ten sposób zwiększając jego świadomość) i na wzmacnianiu postrzegania ryzyka związanego z kontynuowaniem uprawiania hazardu poprzez edukowanie klienta za pomocą udzielanych mu informacji zwrotnych oraz pozostałych istotnych wiadomości (Bell i Rollnick, 1996). Zachęć klienta do zweryfikowania jego zachowań hazardowych i wynikłych negatywnych konsekwencji poprzez samoobserwację. Poinformuj klienta, w jaki sposób może zrezygnować z uprawiania hazardu, jeżeli podejmie taką decyzję.

Stadium kontemplacji

Osoby uzależnione zaczynają myśleć o tym, że problem hazardowy może ich dotyczyć, ale prezentują ambiwalentną postawę w stosunku do tego, czy powinni kontynuować uprawianie hazardu, czy całkowicie go zaprzestać (lub ograniczyć). Co więcej, nie podejmują żadnych działań, aby zmienić swoją sytuację.

Działanie terapeuty: Zbadaj obawy prezentowane przez klienta. Jeżeli napotykaś na opór, powrót do poprzedniego stadium. Przeanalizuj wady i zalety ciągłego grania, jak również wady i zalety zaprzestania uprawiania hazardu (lub zredukowania go). Uwydatnij negatywne konsekwencje, zestawiając je z pozytywnymi. Nakreśl powody dokonania zmiany i ryzyko wiążące się z jej niepodjęciem. Następnie wzmocnij poczucie własnej skuteczności klienta (*self-efficacy*). W tym momencie najlepiej jest powstrzymać się od podważania przekonań klienta, ponieważ może to doprowadzić do przyjęcia przezeń postawy obronnej skupionej na uwydatnianiu korzyści płynących z kontynuowania uprawiania hazardu (Rollnick, Kinnarsley i Stott, 1993).

Stadium przygotowania

Na tym etapie osoby uzależnione są przekonane, że mają problem, który wymaga rozwiązania, i zaczynają brać pod uwagę możliwości dokonania zmiany (tj. przygotowują się do zmiany).

Działanie terapeuty: Pomóż klientowi zbadać możliwości terapeutyczne, by móc określić najlepszy kierunek działania i wzmocnić zaangażowanie klienta w zmianę (Miller i Rollnick, 1991). Jest to bardzo ważny etap, ponieważ powody podejmowania próby zmiany oraz moc sprawcza pierwszych udanych prób rozwiązania problemu wpływają na zmniejszenie

prawdopodobieństwa wystąpienia nawrotu (Allsop, Saunders, 1991). Wzmocnij przekonanie (wiarę) klienta, że jest w stanie dokonać zmiany.

Stadium działania

Na tym etapie osoby uzależnione zaczynają dokonywać określonych zmian behawioralnych.

Klienci nabywają nowe umiejętności radzenia sobie z problemami, zamiast kontynuować dawne, dysfunkcjonalne praktyki (np. zachowania związane z uprawianiem hazardu).

Działanie terapeuty: Pomóż klientowi poczynić kroki zmierzające ku zmianie, asystując mu w przejściu przez program leczenia. Ważne jest, aby klient mógł wybrać własny plan działania i by postrzegał zmianę jako pożądaną (Bell i Rollnick, 1996). Uświadom klienta, że pojawiające się czasami uczucie ambiwalencji jest czymś normalnym. Niezwykle istotne jest stosowanie nagród, gdyż wzmacnia to poczucie zadowolenia z osiągniętego sukcesu.

Stadium podtrzymywania

Osoby uzależnione dokonały pewnych zmian i teraz starają się je utrzymać. Jest to bardzo ważny etap, ponieważ decyduje o tym, czy rezultaty ze stadium działania zostaną utrzymane przez dłuższy czas oraz czy nie wystąpią wypadki lub nawroty (Marlatt, 1998).

Działanie terapeuty: Należy uczyć klienta umiejętności i strategii utrzymywania dokonanych przez niego zmian. Zachęć go do ćwiczenia nowych umiejętności i zachowań. Praktyka nowych zachowań jest niezbędna do przyswojenia danych umiejętności (Korn i Shaffer, 2004).

Nawrót

Osoby uzależnione powracają do uprawiania hazardu.

Działanie terapeuty: Pomóż klientowi wyjść na prostą po doświadczeniu wypadki poprzez skupienie się na wyciągnięciu odpowiednich wniosków związanych z tym wydarzeniem.

DODATEK E Informacje na temat dialogu motywującego

Dialog motywujący jest techniką terapeutyczną, która może być stosowana, aby pomóc problemowym hazardzistom, którzy prezentują ambiwalentną postawę wobec własnych zachowań hazardowych. Na przykład gdy występuje konflikt pomiędzy ich zachowaniami hazardowymi („To jedyna rzecz w życiu, która sprawia mi radość”, „Muszę odegrać pieniądze, które straciłem, wtedy przestanę grać”) a potrzebą zaprzestania gry („Nie mogę już więcej grać” lub „Stracę swoją pracę, jeśli będę wciąż grał”). Dialog motywujący ma na celu zbadanie i wzmacnianie tego konfliktu poprzez wywoływanie obaw u hazardzistów i przedstawienie powodów do zmiany ich dysfunkcyjnych zachowań przy zastosowaniu niedyrektywnych umiejętności doradczych, takich jak pytania otwarte, afirmacje, parafrazowanie i refleksje. Co więcej, sprzyja to motywowaniu hazardzistów do zmiany ich obecnych dysfunkcyjnych zachowań poprzez stworzenie dysonansu poznawczego pomiędzy obecnymi zachowaniami a celami osobistymi oraz zachęca do przedstawienia argumentów za dokonaniem zmiany (Rollnick, Heather i Bell, 1992).

Miller i Rollnick (1991) nakreślili główne założenia dialogu motywującego:

- Empatia – odzwierciedlaj zaniepokojenie klienta jego zachowaniami oraz ustabilizuj ambiwalencję. Niekoniecznie oznacza to identyfikowanie się z klientem; raczej zrozumienie i zaakceptowanie jego problemów i obaw.
- Rozwijaj rozbieżność pomiędzy konsekwencjami uprawiania hazardu a osobistymi celami klienta poprzez podkreślanie negatywnych skutków uprawiania hazardu.
- Unikaj kłótni, aby ograniczyć postawę obronną ze strony klienta.
- Zmniejszaj opór u klienta raczej poprzez refleksję, przewartościowanie (*reframing*), poszerzanie horyzontów i eksplorację, niż przez bezpośrednią konfrontację.
- Wspieraj u klienta poczucie zdolności i gotowości do zmiany, ponieważ postrzeganie przez niego zdolności do realizacji planu i osiągnięcia określonych celów wpłynie na prawdopodobieństwo podjęcia przez niego próby zmiany (Bell i Rollnick, 1996).

Prowokowanie stwierdzeń motywujących

W DM ważne jest, aby nie przedstawiać klientowi argumentów przemawiających za dokonaniem zmiany, ponieważ może to wciągnąć klienta oraz terapeutę w spiralę konfrontacji i zaprzeczania (Miller i Rollnick, 1991). Dlatego też niezwykle istotne jest ułatwianie klientowi wyrażania poniższych stwierdzeń motywujących poprzez zastosowanie niedyrektywnych umiejętności doradczych (Miller i Rollnick, 1991). Wyróżnia się

trzy kategorie stwierdzeń motywujących. Poniżej opisano pytania, którymi terapeuta może się posłużyć w celu sprowokowania motywujących stwierdzeń u klienta.

Rozpoznanie problemu (poznawcze) – pogodzenie się z faktem istnienia problemu (np. wywoływanie takich stwierdzeń, jak: „To jest poważne, nie zdawałem sobie sprawy z tego, jak bardzo hazard mnie wciągnął”). W tym celu można zastosować poniższe pytania:

- „Jakich trudności doświadczał pan w związku z uprawianiem hazardu?”
- „W jaki sposób hazard wyrządził krzywdę panu lub innym osobom?”
- „Co sprawia, że pańskim zdaniem hazard stanowi dla pana problem?”

Wyrażanie zaniepokojenia odnośnie do postrzeganego problemu (emocjonalne) – okazywane jest to często poprzez sygnały niewerbalne (np. „Jestem tym zaniepokojony” lub „Nie widzę już nadziei”). W tym celu można zastosować poniższe pytania:

- „Co takiego jest w hazardzie, co pan lub inni postrzegają za powód do obaw?”
- „Co pana niepokoi w uprawianiu hazardu?”
- „Jak pan myśli, co może się wydarzyć w dłuższej perspektywie, jeśli nie dojdzie do zmiany?”
- „Jak pan postrzega swoje uprawianie hazardu?”
- „Dlaczego wywołuje to u pana zaniepokojenie?”

Wyrażanie zamiaru, zobowiązania lub decyzji do zmiany (behawioralne) – okazanie tego może nastąpić poprzez sprowokowanie deklaracji (np. „Myślę, że już czas, bym przestał grać” lub „Muszę coś zrobić, żeby to zmienić”). W tym celu można zastosować poniższe pytania:

- „Jakie dostrzega pan powody do zmiany?”
- „Co sprawia, że rozważa pan dokonanie zmiany?”
- „Jakie są korzyści wynikające z dokonania zmiany?”

Gdy klient okaże pewien optymizm wobec dokonania zmiany (tj. uwierzy, że może się zmienić), wówczas należy zadać następujące pytania: „Co sprawia, że myśli pan, że może się pan zmienić?”, „Co pana zachęci do dokonania zmiany, gdyby naprawdę zechciał pan to zrobić?”.

Techniki dialogu motywującego, które mogą zostać zastosowane u problemowych hazardzistów

Poniższe strategie mogą zostać zastosowane w celu zwiększenia motywacji hazardzisty do zmiany zachowań hazardowych. Do opracowania poniższej listy wykorzystano wyniki prac badawczych Millera i Rollnicka (1991) oraz Rollnicka i in. (1992).

- Udzielaj jasnych porad (np. przedstaw negatywne konsekwencje uprawiania hazardu i pozytywne konsekwencje jego nieuprawiania), aby zmienić atrakcyjność grania i postawę w stosunku do uprawiania hazardu oraz aby wspierać klienta w zaprzestaniu grania. Udziel praktycznych wskazówek pomocnych w osiągnięciu celu.
- Dostarcz klientowi wielu opcji do wyboru.
- Usuń rzeczywiste bariery powstrzymujące przed zaprzestaniem uprawiania hazardu (np. podkreślając, w jaki sposób program ten pomógł wyleczyć innych hazardzistów problemowych).
- Udziel klientowi obiektywnej informacji zwrotnej na temat jego zachowań hazardowych oraz współwystępujących problemów (np. kłopoty finansowe, problemy w relacji z osobą bliską).
- Pomóż klientowi wyznaczyć realistyczne, osiągalne i konkretne cele do zmiany.
- Aktywnie wspieraj klienta (np. kierując go na terapię małżeńską, gdy występują problemy w relacjach uczuciowych gracza).
- Buduj kontakt terapeutyczny (*rapport*) i staraj się zrozumieć niechęć klienta do zmiany pomimo istnienia negatywnych konsekwencji. Realizuj ten cel poprzez empatyczny dialog (obiektywnie badaj, w jaki sposób klient postrzega hazard w swoim życiu) i pokaż, że dostrzegasz, jak ważny jest hazard dla klienta. Można to również osiągnąć poprzez przeanalizowanie typowego dnia lub sesji związanej z hazardem.
- Rozbudzaj wątpliwości i rozwijaj percepcję ryzyka i problemów. Można to osiągnąć, przedstawiając negatywne konsekwencje poprzez:
 - pytanie „W jaki sposób zadowolenie z hazardu wpłynęło na pana zdrowie, relacje z osobami bliskimi itd.?”;
 - omówienie korzyści i strat wynikających z uprawiania hazardu;
 - pytanie „Gdzie pan się widzi za pięć lat?”, „Co musi się stać, żeby osiągnął pan swoje cele w ciągu najbliższych pięciu lat?”;
 - pytanie „Jak by to wszystko wyglądało, gdyby pan nie grał?”.
- Poinformuj o negatywnych konsekwencjach we właściwym czasie. Gdy klient wydaje się zaniepokojony, zapytaj na przykład, czy chciałby uzyskać więcej informacji. Innym dobrym momentem na udzielenie takiej informacji jest zadanie pytania, co klient myśli o swojej obecnej sytuacji życiowej i jaki jest potencjalny związek pomiędzy tą sytuacją a jego graniem. Zachowuj przy tym postawę nieformalną i w rozmowie posługuj się ogólnymi stwierdzeniami. Spróbuj również odnieść problem do faktów lub opinii profesjonalistów (np. „Eksperci uważają, że...”).
- Badaj obawy – umożliw klientowi zastanowienie się nad swoim stanowiskiem, jednocześnie wspierając go w procesie podejmowania decyzji (Bell i Rollnick, 1996). Niemniej jednak należy pamiętać, że takie podejście zakłada występowanie u klienta

świadomości istnienia problemu. Jeżeli klient znajduje się w stadium prekontemplacji, prawdopodobnie będzie stawiać opór lub może odczuwać zakłopotanie.

- Zachęć klienta do obliczenia, ile pieniędzy i czasu poświęca na uprawianie hazardu. Możesz na przykład wspólnie z klientem obliczyć, ile czasu przeznacza każdego roku na hazard, mnożąc ilość czasu spędzanego w wymiarze tygodniowym przez 52 (52 tygodnie w roku).

DODATEK F Informacje na temat kontrolowanego uprawiania hazardu

Klienci, którzy za swój cel terapeutyczny obrali „hazard kontrolowany”, nie zaś „abstynencję”, powinni zdecydować, ile czasu tygodniowo maksymalnie spędzają na uprawianiu hazardu. Klient musi podjąć decyzję odnośnie do ilości pieniędzy przeznaczonych tygodniowo na uprawianie hazardu. Jeżeli wydatki klienta przewyższają jego dochody, klient powinien wziąć pod uwagę zmianę swojego celu terapeutycznego na „abstynencję”. Ważne jest, aby ustalić z klientem, że jeżeli pewna część lub całość założonej sumy pieniędzy nie zostanie wydana w określonym tygodniu, kwoty te nie powinny być przenoszone na następny tydzień. Gdy klient zdecyduje już, ile pieniędzy jest w stanie wydać lub przegrać każdego tygodnia, wówczas powinien ustalić:

- Dni tygodnia, w których planuje uprawiać hazard – jeżeli klient opuści jeden dzień, nie może sobie tego powetować innego dnia.
- Całkowitą kwotę przeznaczoną na dzień uprawiania hazardu – suma kwot wydanych na każdy dzień uprawiania hazardu nie może przekroczyć całkowitej kwoty przeznaczonej na uprawianie hazardu w danym tygodniu.

Na przykład:

- maksymalna ilość pieniędzy przeznaczonych na hazard na cały tydzień: 100 zł;
- zaplanowane dni tygodnia na hazard: sobota i niedziela;
- całkowita kwota do wydania na każdy dzień uprawiania hazardu: sobota 50 zł, niedziela 50 zł.

Przedstaw klientowi poniższe zasady kontrolowanego uprawiania hazardu:

- Ustalone limity (np. ilość pieniędzy i czas przeznaczony na hazard) powinny być regularnie weryfikowane (np. co dwa tygodnie, co miesiąc).
- Niedopuszczalne jest uwzględnianie ewentualnych wygranych. Klient powinien dysponować planem zarządzania ewentualnymi wygranymi (np. odkładanie na konto oszczędnościowe z ograniczoną możliwością wypłacania środków). Na to konto może być również wpłacana dowolna suma pieniędzy, której klient nie stracił podczas uprawiania hazardu.
- Klient powinien zabierać ze sobą odliczoną sumę pieniędzy, które planuje przeznaczyć na hazard.
- Jeżeli klient nie zagra w planowanym dniu, nie może sobie tego powetować uprawianiem hazardu w innym, nieplanowanym dniu. Nie może też wykorzystać tych pie-

niędzy w następnym dniu gry. Zaoszczędzone w ten sposób pieniądze natychmiast trafiają na konto oszczędnościowe.

Zachęć klienta do spisania powyższych ograniczeń i zasad na karteczce i umieszczenia jej w łatwo dostępnym miejscu (np. na lodówce lub w portfelu).

DODATEK G Opracowanie indywidualnego przypadku i planu leczenia

Imię i nazwisko klienta: Data:

Data urodzenia: Płeć: M/K

Występujące problemy:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czynniki utrwalające:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czynniki wytrącające:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czynniki predysponujące:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czynniki prognostyczne:

.....

.....

.....

.....

.....

Zaprojektuj diagram wzajemnego powiązania ze sobą czynników:

Cele terapii:

.....

.....

.....

.....

.....

Plan leczenia

a) Sesje do zrealizowania:

.....

.....

.....

.....

.....

b) Określone skierowanie lub interwencja wobec problemów związanych z suicydalnością, zakwaterowaniem, relacjami z osobami bliskimi, relacjami zawodowymi, problemami natury prawnej, psychicznej i fizycznej oraz dotyczących wsparcia społecznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DODATEK H Kontrakt terapeutyczny

Ja, (imię i nazwisko klienta),
 obiecuję sobie, że ukończę ten 12-tygodniowy program (od
 do), aby zaprzestać uprawiania przeze mnie hazardu lub za-
 częć je kontrolować (wybierz jedno), i w tym czasie nie będę uprawiał
 hazardu lub będę kontrolował jego uprawianie (wybierz jedno).

Nagroda dnia za zrealizowanie celu.....

Nagroda tygodnia

Straty wynikające z niezrealizowania celu

Klient:.....
 Data:

Terapeuta:.....
 Data:

Świadek:
 Data:

DODATEK I Arkusz monitorowania hazardu

Myśli i uczucia po sytuacji hazardowej	
Rezultat: (a) kwota wygrana, (b) kwota przeigrana lub wydana	
Myśli i emocje podczas sytuacji hazardowej	
Sytuacja hazardowa: (a) gdzie, (b) z kim, (c) dostępna gotówka	
Myśli i emocje przed sytuacją hazardową	
Wydarzenia poprzedzające sytuację hazardową	
Data, godzina	

DODATEK J Czynniki motywujące do uprawiania hazardu

CZĘŚĆ A: Dlaczego zacząłem uprawiać hazard?

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

CZĘŚĆ B: Co sprawia, że będę kontynuować uprawianie hazardu?

[illegible]

DODATEK K Rozpoznawanie wyzwalaczy
i stosowanie kół ratunkowych

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

Wyzwalacz:

.....

.....

.....

.....

Możliwe koła ratunkowe:

.....

.....

.....

.....

DODATEK L Plan Dnia

Godzina	Zajęcie

Data:

Zagadnienia do uwzględnienia przy wypełnianiu dziennika: opisuję zarówno przyjemne zajęcia, jak i obowiązki; wypełniam luki; opisuję, jak wynagrodzę siebie za zrealizowanie planu.

DODATEK M Tabela zajęć alternatywnych

Zaznacz rodzaje aktywności, których chciałbyś spróbować. Zastanów się nad zajęciami, które w przeszłości sprawiały Ci radość, ale których już nie wykonujesz. Pomyśl o rzeczach, które zawsze chciałeś robić. Nie czekaj, aż poczujesz ochotę na podjęcie tych działań. Zdecyduj się na podjęcie działania bez względu na to, czy odczuwasz ochotę na jego wykonanie, czy nie. Najpierw działanie, potem motywacja – nie na odwrót. Szansa na to, że coś zrobisz, jest większa, jeśli z góry to zaplanujesz.

AKTYWNOŚĆ	
Ćwiczenia	
Ćwiczenia fizyczne w domu (np. pompki, przysiady, rozciąganie itp.)	
Pływanie	
Jazda na rowerze	
Spacer (także z psem)	
Bieganie	
Zapisanie się do klubu sportowego, uprawianie sportu (piłka nożna, tenis, squash, jazda na nartach, rolkach, gra w kręgle, siatkówka itd.)	
Nauka sztuk walki, lekcje samoobrony, karate itp.	
Joga, pilates itp.	
Zapisanie się na siłownię	
Obowiązki domowe	
Praca w ogrodzie	
Prace domowe	
Ukończenie od dawna planowanego zadania	
Sprzątanie garażu, balkonu, piwnicy	
Przemeblowanie swojego pokoju, mieszkania, domu	
Uporządkowanie swoich dokumentów, plików na komputerze	
Przyjemne zajęcia	
Wypożyczenie filmu lub wybranie się do kina	
Uczestnictwo w wydarzeniu rozgrywającym się na żywo (koncercie, kabarecie, pokazie, wydarzeniu sportowym)	
Czytanie magazynu, książki, gazety	
Ugotowanie ulubionego dania, wypróbowanie nowego przepisu	

Relaksująca kąpiel	
Przejażdżka samochodem	
Przejażdżka pociągiem	
Zakupy, spacer po galeriach handlowych	
Wycieczka do zoo	
Napisanie listu do przyjaciela lub osoby bliskiej	
Telefon do przyjaciela lub osoby bliskiej	
Wyjście na „wyprzedaż garażową”	
Jednodniowy wypad na miasto	
Wyjście na plażę, nad jezioro itp.	
Wyjście do kawiarni bądź restauracji	
Ćwiczenia relaksacyjne	
Gra na komputerze lub konsoli do gier	
Przeglądanie stron internetowych	
Robienie zdjęć	
Wyprawa na ryby	
Piknik	
Zorganizowanie grilla	
Nauka tańca lub wyjście na tańce	
Pisanie pamiętnika	
Naprawa samochodu, motocykla, roweru	
Weekendowy wypad	
Zapisanie się na wolontariat	
Spędzanie czasu z dziećmi	
Zabawa ze swoim pupilem	
Nauka śpiewu lub śpiewanie	
Gra w bilard	
Odwiedziny u przyjaciół lub krewnych	
Spacer po parku	
Napisanie jakiejś opowieści	
Nauka gry na instrumencie muzycznym	
Wycieczka do muzeum	

Odwiedziny w galerii sztuki	
Gra w grę planszową	
Wyjście na targ	
Wizyta w bibliotece	
Słuchanie muzyki	
Wyjazd na kemping	
Napisanie wiersza lub piosenki	
Kolekcjonowanie (np. monet, znaczków)	
Układanie puzzli lub rozwiązywanie krzyżówek	
Zainteresowanie się modelarstwem	
Przyjemności	
Masaż głowy	
Wizyta u fryzjera, nowa fryzura	
Masaż ciała	
Zapisanie się na krótki kurs	
Zajęcia na uczelni, w szkole (np. nauka nowej umiejętności, języka, poprawa biegłości w obsłudze komputera, szkolenie zawodowe itp.)	
Sztuka i rzemiosło	
Garncarstwo	
Malowanie, rysowanie, szkicowanie	
Przygotowanie prezentów dla rodziny i przyjaciół	
Dziewiarstwo, szydełkowanie, szycie, pikowanie	
Tworzenie biżuterii	
Ręczne dekorowanie albumów ze zdjęciami i pamiątkami rodzinnymi (scrapbooking)	
Wyrób świec	
Wykonywanie wyrobów z drewna	
Zapisanie się do klubu lub grupy (np. kościelnej, młodzieżowej)	

DODATEK N Kontrakt dotyczący metody „START”

Ja, (imię i nazwisko), zobowiązuję się zastosować metodę START w momencie, gdy w czasie trwania tego programu leczenia zdarzy mi się wpadka lub ogarnie mnie silna chęć zagrania.

S (Stop) – natychmiast zakończę to, co w danym momencie robię.

T (Think) – pomyślę o możliwych negatywnych konsekwencjach uprawiania hazardu i o wszystkich pozytywnych płynących z zaprzestania grania, których do tej pory doświadczyłem.

A (Act) – zadziałam, usuwając się z tej sytuacji.

R (Ring) – natychmiast zadzwonię do kogoś, z kim mógłbym porozmawiać (infolinia, przyjaciele).

T (Try) – wypróbuję techniki wyuczone w tym rozdziale, by kontrolować popęd do gry.

Zawsze, gdy z powodzeniem zastosuję tę technikę:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zawsze, gdy odniosę porażkę w zastosowaniu tej techniki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis Klienta i data:

Podpis Terapeuty i data:

Podpis osoby bliskiej i data:

DODATEK O Tabela irracjonalnych myśli A
(na podstawie: Beck i in., 1979)

Wydarzenie aktywujące – zdarzenia, myśli, wspomnienia i uczucia, które wywołały negatywny nastrój lub zachowania (np. hazard)	Przekonania – interpretacja lub przemyślenia dotyczące tego doświadczenia: – O czym myślałeś? – Jaki błąd w myśleniu popełniłeś?	Konsekwencje – wyniki działania i uczucia

DODATEK P Tabela irracjonalnych myśli B
(na podstawie: Beck i in., 1979)

Wydarzenie aktywujące – zdarzenia, myśli, wspomnienia i uczucia, które wywołały negatywny nastrój lub zachowania (np. hazard)	Przekonania – interpretacja lub przemyslenia dotyczące tego doświadczenia: – O czym myślałeś? – Jaki błąd w myśleniu popęniłeś?	Konsekwencje – wynikłe działania i uczucia	Podważanie irracjonalnych myśli	Konsekwencje – wynikłe działania i uczucia po podważeniu irracjonalnych myśli
---	---	--	------------------------------------	--

Podważanie: Jaki błąd w myśleniu popełniam? Jakie dowody zaprzeczają tej myśli? Jakie są wady podobnego myślenia? Jaki jest alternatywny punkt widzenia? Przeprowadź eksperymenty behawioralne, żeby zbadać swoje przypuszczenia. W przypadku błędów w myśleniu specyficznych dla hazardu przypominaj sobie o prawie przypadku (np. „Nie ma związku między niezależnymi wydarzeniami losowymi, tak więc w większości gier hazardowych prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich możliwych wyników jest takie samo”), poziomie losowości lub umiejętności związanym z każdym rodzajem gry hazardowej (np. „Wyniki gier hazardowych znacznie częściej są determinowane przez przypadek niż przez umiejętność gracza”) i budowie maszyn hazardowych oraz rozplanowaniu miejsc, w których uprawia się hazard, zachęcających do dalszej gry pomimo przegranych.

DODATEK Q Techniki relaksacyjne

Ćwiczenie oddychania przeponą

Oddychanie bezpośrednio odzwierciedla poziom napięcia w organizmie. W stanach napięcia oddech staje się płytszy i przyśpieszony, a proces oddychania przebiega wysoko w klatce piersiowej. W stanie relaksu oddech jest pełniejszy, głębszy i pochodzi z brzucha. Trudno jest utrzymać ciało w napięciu, oddychając przeponą.

- Umieszczając jedną rękę na klatce piersiowej, a drugą na brzuchu, możemy sprawdzić, w jaki sposób oddychamy. Jeśli podczas oddychania klatka piersiowa podnosi się i opada, oznacza to, że oddychamy klatką piersiową.
- Należy ćwiczyć oddychanie raczej przeponą aniżeli klatką piersiową. Wówczas brzuch powinien się podnosić i opadać przy wdechu i wydechu, a ruchy klatki piersiowej powinny być łagodne.
- Wdychaj powietrze powoli przez nos „do dna” płuc. Kieruj powietrze najniżej jak potrafisz. Oddychaj powoli, ale NIE za głęboko, ponieważ może to spowodować hiperwentylację. Nabieraj normalną ilość powietrza, nie próbując całkowicie „napęłnić” nim płuc.
- Spróbuj ustabilizować rytm oddechu. Wdychaj taką samą ilość powietrza za każdym razem (nie „połykaj” powietrza jednym haustem i nie wypuszczaj go w ten sam sposób). Upewnij się, że wydychasz całe powietrze. Podczas wydychania dobrze jest pozwolić, by całe ciało się rozluźniło (pomocne przy tym jest wyobrażanie sobie, jak ramiona i nogi się rozluźniają).
- Wykonaj 10 pełnych oddechów przeponą. Zrób krótką przerwę po każdym wdechu i przed wydechem. Jeśli poczujesz zawroty głowy, przerwij wykonywanie ćwiczenia na 30 sekund i spróbuj jeszcze raz. Występujące zawroty głowy nie są czymś nadzwyczajnym, zwłaszcza na początku, kiedy nie jesteś przyzwyczajony do oddychania w ten sposób. Początkowo możesz mieć wrażenie, że nie wdychasz wystarczająco dużo powietrza, ale wykonując regularnie ćwiczenia oddechowe przyzwyczaisz się do wolniejszego tempa.
- Podczas ćwiczeń wykonaj przynajmniej 30 oddechów (trzy serie po 10 wdechów, pauz, wydechów).

Progresywna relaksacja mięśni (Jacobsen, 1968)

Progresywna relaksacja mięśni (PRM) jest ćwiczeniem rozluźniającym mięśnie, polegającym na codziennym napinaniu i rozluźnianiu każdej grupy mięśni, aż do momentu pozbycia się napięcia z ciała. Celem PRM jest zredukowanie stanu napięcia w organizmie, dlatego też niezwykle ważne jest, aby nauczyć się rozpoznawać i odczuwać nadmierne napięcie poprzez celowe napinanie i rozluźnianie mięśni. Technika koncentruje się na 16 grupach mięśni ciała. Na początku wykonanie tego ćwiczenia może zajmować 30 minut, ale w miarę nabywania wprawy czas ten będzie się skracał.

Upewnij się, że masz na sobie luźne, wygodne ubranie. Usiądź wygodnie na krześle. Postaraj się nie myśleć o zmartwieniach i innych problemach. Jeżeli w czasie relaksu zmartwienie lub myśli powracają, pozwól, aby przemieły bez jakiejkolwiek reakcji z Twojej strony. Staraj się zachować spokój umysłu. Każdą grupę mięśni napinaj bez zbędnej pauzy (nie powinienesz robić tego wolno i stopniowo). Postaraj się, aby pozostałe mięśnie pozostały rozluźnione. Dąż do tego, by wykonywać to ćwiczenie raz dziennie. Napinaj każdą grupę mięśni przez 7–10 sekund, a potem rozluźnij je na 10–15 sekund. Technika PRM obejmuje następujące kroki:

- napnij mięśnie prawej ręki i dolnego ramienia, zaciskając pięść, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie prawego bicepsa, naciskając prawym łokciem na podłokietnik krzesła, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie lewej ręki i dolnego ramienia, zaciskając pięść, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie lewego bicepsa, naciskając lewym łokciem na podłokietnik krzesła, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie czoła poprzez uniesienie brwi jak najwyżej potrafisz, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie górnej części twarzy, policzków i nosa mrugając oczami oraz marszcząc nos, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie dolnej części twarzy i szczęki, zaciskając zęby oraz naciągając kąciki ust, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie szyi, opuszczając maksymalnie podbródek w dół w kierunku klatki piersiowej, lecz jej nie dotykając, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie klatki piersiowej, ramion i górnej części pleców, robiąc głęboki oddech, wstrzymaj oddech, jednocześnie ściągając łopatki do siebie, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie brzucha, usztywniając je maksymalnie, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie prawego uda, uciskając górną partię mięśni, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie prawej łydki, kierując palce stóp maksymalnie do góry, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie prawej stopy, skręcając ją do wewnątrz i jednocześnie poruszając palcami, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie lewego uda, naciskając górną partię mięśni, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie lewej łydki, kierując palce stóp maksymalnie do góry, a następnie je rozluźnij;
- napnij mięśnie lewej stopy, skręcając ją do wewnątrz i jednocześnie poruszając palcami, a następnie je rozluźnij.

Relaksacja poprzez wizualizację

Zacznij od skupienia się na oddychaniu. Przeznacz kilka minut na powolne i łagodne oddychanie.

- Podczas oddychania powoli policz od pięciu wstecz, zagłębiając się coraz bardziej w stan zrelaksowania. Powtarzaj sobie: „Czuję się całkowicie zrelaksowany”.
- Następnie wyobraź sobie jakieś miłe miejsce, do którego możesz powrócić, kiedy poczujesz potrzebę relaksu i ukojenia nerwów. Na przykład ciepłą, cichą plażę. Zamknij oczy – pomoże Ci to w koncentracji.
- Doświadczaj tego miejsca wszystkimi zmysłami – wzrokiem, dotykiem, węchem, słuchem i smakiem. Pozostań tam przez 5 minut lub dłużej, w zależności od tego, ile czasu potrzebujesz do pełnego poczucia odprężenia.
- Puść wodze fantazji.
- Pozwól, aby obraz zaczął się powoli zacierać w Twojej wyobraźni, i skup się na oddychaniu. Utrzymaj stan odprężenia, policz powoli do pięciu i otwórz oczy.

Trening autogeny

Trening autogeny uczy ciało i umysł szybkiego oraz skutecznego reagowania na polecenia werbalne w celu zrelaksowania się i powrotu do stanu równowagi (Davis, Echelman i McKasy, 1982). Jest to niezwykle ważne, ponieważ pobudzenie wydaje się odgrywać istotną rolę w utrzymywaniu się problemów hazardowych. Koncepcja ta została po raz pierwszy przedstawiona przez Johanna Schultza (1932), który uwzględnił prace nad hipnozą XIX-wiecznego psychologa Oskara Vogta oraz techniki jogi. Ćwiczenia te ukierunkowane są na odwrócenie reakcji walki lub ucieczki (*fight or flight response*), które pojawiają się w sytuacjach stresowych (Davis i in., 1982).

Najpierw usiądź wygodnie i zamknij oczy. Następnie powoli, będąc w pełni skoncentrowanym, powtarzaj sobie poniższe zdania.

- Moje stopy są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje kostki są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje kolana są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje biodra są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje stopy, kostki i biodra są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane.
- Mój brzuch i środek mojego ciała są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane.
- Moje ręce są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje ramiona są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje barki są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje ręce, ramiona i barki są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane.
- Moja szyja jest ciepła, ciężka i zrelaksowana. Moja szczęka jest ciepła, ciężka i zrelaksowana. Moja twarz jest ciepła, ciężka i zrelaksowana. Moje czoło jest ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moja szyja, szczęka, twarz i czoło są ciepłe, ciężkie i zrelaksowane.
- Moje całe ciało jest ciepłe, ciężkie i zrelaksowane. Moje całe ciało jest ciepłe, ciężkie i zrelaksowane (powtarzaj ostatnie dwa zdania kilka razy).
- Pozostań w stanie odprężenia przez 2–5 minut. Kiedy poczujesz gotowość, powoli otwórz oczy i pozostań w zrelaksowanym stanie przez kolejne 2–5 minut, zanim zajmiesz się czymś innym. Jeśli temperatura otoczenia jest wysoka, używaj słów „chłodny” i „lekki” zamiast „ciepły” i „ciężki”.

DODATEK R

Tabela ćwiczeń wizualizacyjnych

[illegible]

DODATEK S Arkusz rozwiązywania problemów

Krok 1: Zidentyfikuj problem

[illegible]

Krok 2: Zdefiniuj problem (bądź konkretny, używaj języka korzyści)

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 3: Wypisz wszystkie możliwe rozwiązania (burza mózgów)

[illegible]

Krok 4: Oceń wady i zalety każdego rozwiązania

[illegible]

Krok 5: Sporządź listę wszystkich rozwiązań w preferowanej kolejności i wybierz rozwiązanie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 6: Oceń, czy problem został rozwiązany pomyślnie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatek T Arkusz wyznaczania celów

Krok 1: Określ cel (pozytywny, konkretny, behawioralny).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 2: Nagroda za zrealizowanie celu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 3: Zaplanuj drogę do osiągnięcia celu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 4: Wyznacz termin realizacji celu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 5: Czas przeznaczony na pracę nad realizacją celu (kiedy, jak długo i jak często zamierzasz pracować nad celem? Określ datę weryfikacji celu).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 6: Potencjalne bariery uniemożliwiające realizację celu oraz sposoby radzenia sobie z nimi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krok 7: Oceń rezultat celu. (Czy udało się osiągnąć cel? Jeśli nie, to dlaczego? Jakie masz inne możliwości? Poprawiaj i modyfikuj swój plan, a w razie potrzeby nakreśl go od nowa. Jak najszybciej podejmij kolejną próbę).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pamiętaj: Nie wyolbrzymiaj i nie twórz w myślach czarnych scenariuszy, gdy coś pójdzie nie tak. Przypomnij sobie o innych sukcesach w swoim życiu i pomyśl, że skoro udało Ci się je osiągnąć, to również i ten cel zdołasz zrealizować. Określ tę próbę jako częściowy sukces, a nie całkowitą porażkę. Pamiętaj, że człowiek uczy się metodą prób i błędów oraz że sama próba realizacji swojego celu jest już oznaką sukcesu.

DODATEK U Arkusz negatywnych emocji

Opisz negatywne emocje (co czujesz?).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opisz sytuację, która doprowadziła do negatywnych emocji.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Co myślałeś przed doświadczeniem tych negatywnych emocji?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Co myślałeś po doświadczeniu tych negatywnej emocji?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Co zrobiłeś po doświadczeniu tych negatywnej emocji?

[illegible]

Co było pomocne, korzystne w odniesieniu do Twojego myślenia i czynów po doświadczeniu negatywnych emocji, a co nie?

[illegible]

Co zrobiłbyś inaczej następnym razem?

[illegible]

DODATEK V Arkusz zdrowego stylu życia

Zaznacz krzyżykiem, czy poniższe obszary Twojego stylu życia są zrównoważone, czy też wymagają zmiany.

Obszary stylu życia	Zrównoważony	Wymaga zmiany
Relacje osobiste i wsparcie społeczne		
Samopoczucie emocjonalne i psychiczne		
Zajęcia intelektualne		
Status finansowy		
Zajęcia rekreacyjne		
Sfera duchowa		
Zdrowie fizyczne		
Sytuacja w pracy lub szkole		

Obszary stylu życia wymagające poprawy

Obszar 1:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Plan poprawy tego obszaru:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obszar 2:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Plan poprawy tego obszaru:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obszar 3:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Plan poprawy tego obszaru:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obszar 4:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Plan poprawy tego obszaru:.....
.....
.....
.....
.....
.....

DODATEK W Arkusz budżetowania

Wypełnij poniższe pola kwotami, które otrzymujesz każdego tygodnia.

Wynagrodzenie netto	, zł
Zasiłek dla bezrobotnych i inne zasiłki	, zł
Zapomoga od rodziny	, zł
Dodatkowe wpływy	, zł
Wpływy z tytułu wynajmu mieszkania	, zł
Alimenty	, zł
Inne	, zł
CAŁKOWITY DOCHÓD	, zł

Wypełnij poniższe pola kwotami, które wydajesz każdego tygodnia.

Czynsz lub rata kredytu mieszkaniowego	, zł
Podatek od nieruchomości	, zł
Ubezpieczenie (samochodu)	, zł
Ubezpieczenie (zdrowotne) – ZUS	, zł
Ubezpieczenie (mieszkania)	, zł
Ubezpieczenie (inne)	, zł
Elektryczność	, zł
Gaz	, zł
Abonament telefoniczny	, zł
Koszty transportu lub benzyny	, zł
Żywność	, zł
Odzież	, zł
Oplaty za samochód (np. koszty obowiązkowego przeglądu)	, zł
Czesne za szkołę	, zł
Opieka nad dziećmi	, zł
Papierosy	, zł
Rozrywka	, zł
Raty	, zł
Inne regularne opłaty	, zł
Bieżące rachunki (np. karta kredytowa)	, zł
Inne wydatki	, zł
ŁĄCZNIŁE WYDATKI	, zł

ŁĄCZNE OSZCZĘDNOŚCI (CAŁKOWITY DOCHÓD

MINUS CAŁKOWITE WYDATKI), zł

Program terapii
poznawczo-behawioralnej
w leczeniu hazardu
problemowego

BIBLIOGRAFIA

- Adkins, B. J. (1988). Discharge planning with pathological gamblers: An ongoing process. *Journal of Gambling Behavior*, 4, str. 208- 218.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1989). *Your perfect right: A guide to assertive living*. California: Impact Publishers.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2001). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (8th ed.). California: Impact Publishers.
- Allcock, C. C. (1986). Pathological gambling. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, str. 259- 265.
- Allsop, S., & Saunders, B. (1991). Reinforcing robust resolutions: Motivation in relapse prevention with severely dependent problem drinkers. In W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guildford Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amor, P. J., & Echeburua, E. (2002). Psychological treatment in pathological gambling: A case study. *Analisis y Modificacion de Conducta*, 28, str. 71-107.
- Anderson, G., & Brown, R. I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal: Towards a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. *British Journal of Psychology*, 75, str. 401- 411.
- Anjou, F., Milton, S. & Roberts, R. (2000). An Empirical Investigation of DSM-IV Criteria for Pathological Gambling. Paper presented at the International Conference on Gaming and Risk Taking, Las Vegas, USA.
- Arribas, M. P., & Martinez, J. J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: Descripción de casos. *Analisis y Modificacion de Conducta*, 17, str. 255 -269.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., & Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22, str. 191-207.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E. L., Toneatto, T., Quilty, L. C., & Costa, P. T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality & Individual Differences*, 43, str. 873-880.

- Bain, J. A. (1928). *Thought control in everyday life*. New York: Funk & Wagnalls.
- Bannister, G. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy & Research*, 1, str. 223-227.
- Barker, J. C., & Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 146, str. 285-302.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (1991). *Mastering stress: A lifestyle approach*. Dallas, Texas: American Health Publishing Co.
- Baron, E., & Dickerson, M. (1999). Alcohol consumption and self-control of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 15, str. 3-15.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, str. 324-333.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Bell, A., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing in practice: A structured approach. In F. Rotgers, D. S. Keller, & J. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique*. New York: Guildford Press.
- Bergh, C., Eklund, T., Soedersten, P., & Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27, str. 473-475.
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press.
- Black, D. (2004). An open-label trial of Bupropion in the treatment of pathologic gambling. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, str. 108-110.
- Black, D. W., Monahan, P. O., Temkit, M., & Shaw, M. (2006). A family study of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 141, str. 295-303.

- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, str. 1434-1439.
- Black, D. W., Moyer, T., & Schlosser, S. (2003). Quality of life and family history in pathological gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191, str. 124-126.
- Black, D. W., Shaw, M. C., & Allen, J. (2008). Extended release Carbamazepine in the treatment of pathological gambling: An open-label study. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, str. 1191-1194.
- Black, D. W., Shaw, M., Forbush, K. T., & Allen, J. (2007). An open-label trial of Escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clinical Neuropharmacology*, 30, str. 206-212.
- Blanco, C., Ibanez, A., Saiz Ruiz, J., Blanco-Jerez, C., & Nunes, E. V. (2000). Epidemiology, pathophysiology and treatment of pathological gambling. *CNS Drugs*, 13, str. 397-407.
- Blanco, C., Orensanz-Munoz, L., Blanco-Jerez, C., & Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: A psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153, str. 119-121.
- Blanco, C., Petkova, E., Ibanez, A., & Saiz-Ruiz, J. (2002). A pilot placebo-controlled study of Fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, str. 9-15.
- Blaszczynski, A., Drobny, J., & Steel, Z. (2005). Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: Short-term outcomes. *Behaviour Change*, 22, str. 13-21.
- Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A case series of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies*, 14, str. 93-109.
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R., & Nower, L. (2007). Self-exclusion: A proposed gateway to treatment model. *International Gambling Studies*, 7, str. 59-71.
- Blaszczynski, A., & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24, str. 337-350.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, str. 487-499.
- Blaszczynski, A., & Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, str. 195-220.

- Blaszczynski, A. P., & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, str. 51-71.
- Bolen, D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the gambler: A review and preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 18, str. 617-630.
- Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, str. 323-334.
- Brewer, J. A., Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2008). The treatment of pathologic gambling. *Addictive Disorders & their Treatment*, 7, str. 1-13.
- Brown, R. I. F. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *International Journal of the Addictions*, 21, str. 1001-1016.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J. M. (1994). Treatment of pathological gambling: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, str. 275-282.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: William Morrow & Co.
- Callahan, J. (1996). Documentation of client dangerousness in a managed care environment. *Health Social Work*, 21, str. 202-207.
- Campbell, F., & Lester, D. (1999). The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Social Psychology*, 139, str. 126-127.
- Carlton, P. L., & Manowitz, P. (1994). Factors determining the severity of pathological gambling in males. *Journal of Gambling Studies*, 10, str. 147-157.
- Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annuncci, A., & Bellodi, L. (2002). Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biological Psychiatry*, 51, str. 334-341.
- Clarke, D. (2004). Impulsiveness, locus of control, motivation and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, str. 319-345.
- Clarke, D. (2006). Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality & Individual Differences*, 40, str. 5-15.
- Collins, J., Skinner, W., & Toneatto, T. (2005). Beyond assessment: The impact of comorbidity of pathological gambling, psychiatric disorders and substance use disorders on treatment course and outcome.
- Coman, G. J., Burrows, G. D., & Evans, B. J. (1997). Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: Implications for treatment. *Stress Medicine*, 13, str. 235-244.

- Comings, D. E., Rosenthal, R., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Muhleman, D., Chiu, C., Dietz, G., & Gade, R. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6, str. 223-234.
- Cotler, S. B. (1971). The use of different behavioural techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, str. 579-584.
- Coventry, K. R., & Brown, R. I. F. (1993). Sensation-seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88, str. 541-554.
- Coventry, K. R., & Constable, B. (1999). Physiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94, str. 425-430.
- Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., Ho, W., & Holt, T. A. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, 10, str. 229-242.
- Custer, R. L. (1982). An overview of compulsive gambling. In P. A. Carone, S. F. Yoles, S. N. Kiefer, & L. Krinsky (Eds.), *Addictive disorders update: Alcoholism, drug abuse, gambling*. New York: Human Sciences Press.
- da Silva Lobo, D. S., Vallada, H. P., Knight, J., Martins, S. S., Tavares, H., Gentil, V., & Kennedy, J. L. (2007). Dopamine genes and pathological gambling in discordant sibpairs. *Journal of Gambling Studies*, 23, str. 421-433.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E., & Kotler, M. (2005a). Topiramate versus Fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: A randomized, blindrater comparison study. *Clinical Neuropharmacology*, 28, str. 6-10.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolski, Y., & Kotler, M. (2005b). Sustained-release Bupropion versus Naltrexone in the treatment of pathological gambling: A preliminary blind-rater study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, str. 593-596.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Shalgi, B., Sasson, M., Tuson, L., Saphir, Y., & Moshe, K. (2006). Dual psychiatric diagnosis and substance abuse in pathological gamblers: A preliminary gender comparison study. *Journal of Addictive Diseases*, 25, str. 49-54.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1982). *The relaxation & stress reduction workbook* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- DeCaria, C., Hollander, E., Nora, R., Stein, D., Simeon, D., & Cohen, I. (1997). Gambling: biological/genetic, treatment, government, and gambling concerns: neurobiology of pathological gambling. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, San Diego, CA.

- Dell'Osso, B., Allen, A., & Hollander, E. (2005). Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: A critical review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, str. 1-21.
- Dickerson, M. G. (1984). *Compulsive Gamblers*. London: Longman.
- Dickerson, M. G. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9, str. 225-245.
- Dickerson, M. G., & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 10, str. 139-141.
- Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: Examining risk and protective factors. *International Gambling Studies*, 8, str. 25-47.
- Dickson-Gillespie, L., Rugle, L., Rosenthal, R., & Fong, T. (2008). Preventing the incidence and harm of gambling problems. *Journal of Primary Prevention*, 29, str. 37-55.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, str. 71-75.
- Doiron, J. P., & Nicki, R. M. (2007). Prevention of pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, str. 74-84.
- Donald W., B., Stephan, A., Coryell, W. H., Argo, T., Forbush, K. T., Shaw, M. C., Perry, P., & Allen, J. (2007). Bupropion in the treatment of pathological gambling: A randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, str. 143-150.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research & Therapy*, 45, str. 2192-2202.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, str. 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Echebura, E. (2005). Challenges in the treatment for pathological gambling. *Adicciones*, 17, str. 11-16.
- Echebura, E., Baez, C., & Fernandez-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome, *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 24, str. 51-72.

- Echeburua, E., & Fernandez-Montalvo, J. (2002). Psychological treatment of slot machine pathological gambling: A case study. *Clinical Case Studies*, 1, sr. 240-253.
- Echebura, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (1999). Relapse prevention in the treatment of pathological gambling: Comparative effectiveness of therapeutic modalities. *Analisis Modificacion De Conducta*, 25, str. 375-403.
- Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29, str. 379-383.
- Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, str. 351-364.
- Eisen, S. A., Lin, N., Lyons, M. J., Scherrer, J., Griffith, K., True, W. R., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (1998). Familial influences on gambling behavior: An analysis of 3, 359 twin pairs. *Addiction*, 93, str. 1375-1384.
- Eisen, S. A., Slutske, W. S., Lyons M. J., Lassman, J., Xian, H., Toomey, R., Chantarujikapong, S., & Tsuang, M. T. (2001). The genetics of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, str. 195-204.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, str. 275-287.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (1989). Cognitive-behavioral marital therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. Beutler, & H. Arkovitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- Epstein, N., & Schlesinger, S. E. (1991). Marital and family problems. In W. Dryden, & R. Rentoul. *Adult clinical problems: A cognitive-behavioural approach*. New York: Routledge.
- Fanning, P., & McKay, M. (2000). *Family guide to emotional wellness: Proven self-help techniques and exercises for dealing with common problems and building crucial life skills*. Oakland, CA: New Harbinger Publishings Inc.
- Fernandez-Montalvo, J., & Echebura, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, str. 500-505.

- Fong, T., Kalechstein, A., Bernhard, B., Rosenthal, R., & Rugle, L. (2008). A double-blind, placebo-controlled trial of Olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 89, str. 298-303.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Friedland, N., Keinan, G., & Regev, Y. (1992). Controlling the uncontrollable: Effects of stress on illusory perceptions of controllability. *Journal of Personality & Social Psychology*, 63, str. 923-931.
- Frisch, M. B. (1994). *Quality of life inventory: manual and treatment guide*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior & Personality*, 4, str. 411-420.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1990). Correction of irrational thinking during American roulette. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 22, str. 417-423.
- Galdston, I. (1960). The gambler and his love. *American Journal of Psychiatry*, 117, str. 553-555.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Goldstein, L., Manowitz, P., Nora, R., Swartzburg, M., & Carlton, P. L. (1985). Differential EEG activation and pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 20, str. 1232-1234.
- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research & Therapy*, 47, str. 592-607.
- Gorney, A. B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, str. 329-333.
- Gottman, J. (1976). *A couples guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Grant, J. E., & Kim, S. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, str. 957-962.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 45, str. 83-87.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Potenza, M. N. (2008). Psychopharmacological management of pathological gambling. In M. Zangeneh, A. Blaszczyński, & N. E. Turner (Eds.), *In the pursuit of winning: Problem*

- gambling theory, research and treatment (str. 199-210). New York: Springer Science and Business Media.
- Grant, J. E., Kim, S. W., Potenza, M. N., Blanco, C., Ibanez, A., Stevens, L., Hektner, J. M., & Zaninelli, R. (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: A multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18, str. 243-249.
- Grant J. E., & Potenza, M. N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, str. 203-209.
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2007). Treatments for pathological gambling and other impulse control disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd ed., str. 561-577). New York: Oxford University Press.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, R., Nurminen, T., Smits, G., & Kallio, A. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist Nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 163, str. 303-312.
- Grant, J. E., Schreiber, L., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (in press). Pathologic gambling and bankruptcy. *Comprehensive Psychiatry*.
- Greenberg, H. R. (1980). Psychology of gambling. In H. Kaplan, A. Freedman, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry* (str. 3274-3283). Baltimore, MA: Williams and Wilkins.
- Greenson, R. (1948). On gambling. *Yearbook of Psychoanalysis*, 4, str. 110-123.
- Griffiths, M. D. (1991). Psychobiology of the near miss in fruit machine gambling. *The Journal of Psychology*, 125, str. 347-357.
- Griffiths, M. D. (1993). Fruit machine gambling: The importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 9, str. 101-120.
- Hanna, S. B. (1995). *Person to person: Positive relationships don't just happen*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hardoon, K. K., Gupta, R., & Derevensky, J. L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, str. 170-179.
- Harris, H. (1964). Gambling addiction in an adolescent male. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, str. 513-525
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.

- Henry, S. L. (1996). Pathological gambling: Etiologic considerations and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing. *Journal of Gambling Studies*, 12, str. 395-405.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & El-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and selfhelp treatments for problem gambling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, str. 50-57.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., El-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, str. 293-296.
- Hodgins, D. C., & El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, str. 777-789.
- Hodgins, D. C., & El-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, str. 72-80.
- Hodgins, D. C., Makarchuk, K., El-Guebaly, N., & Peden, N. (2002). Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research & Theory*, 10, str. 203-218.
- Hodgins, D. C., Mansley, C., & Thygesen, K. (2006). Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 15, str. 303-310.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, str. 65-71.
- Hollander, E., Buchalter, A. J., & DeCaria, C. M. (2000). Pathological gambling. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, str. 629-642.
- Hollander, E., DeCaria, C. M., Finkell, J. N., Begaz, T., Wong, C. M., & Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind Fluvoxamine placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry*, 47, str. 813-817.
- Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E., & Rossi, N. B. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *American Journal of Psychiatry*, 162, str. 137-145.
- Hudak, C. J., Varghese, R., & Politzer, R. M. (1989). Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5, str. 201-210.

- Iancu, I., Lowengrub, K., Dembinsky, Y., Kotler, M., & Dannon, P. N. (2008). Pathological gambling: An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 22, str. 123-138.
- Ibáñez, A., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C., & Saiz-Ruiz, J. (2000). Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular Psychiatry*, 5, str. 105-109.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G., & Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24, str. 381-392.
- Jackson, P., & Oei, T. P. (1978). Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics. *Drug & Alcohol Dependence*, 3, str. 369-374.
- Jacques, C., Ladouceur, R., & Ferland, F. (2000). Impact of availability on gambling. A longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, str. 810-815.
- Jacobs, D. G., Brewer, M., & Klein-Benheim, M. (1999). Suicide assessment: An overview and recommended protocol. In D. G. Douglas (Ed.), *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Jacobsen, E. (1968). *Progressive relaxation*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jakubowski, P., & Lange, A. J. (1978). *The assertive option: Your rights and responsibilities*. Champaign, IL: Research Press Co.
- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions: The role of anger, hostility, and aggression in health and emotional well-being*. New York: Praeger.
- Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymamó, M. N., Gomez-Pena, M., Jaurrieta, N., Sans, B., Rodriguez-Marti, J., & Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17, str. 544-552.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N. Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (1995). *Cognitive behavioral coping skills therapy manual: A Clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Project Match.
- Kalechstein, A. D., Fong, T., Rosenthal, R. J., Davis, A., Vanyo, H., & Newton, T. F. (2007). Pathological gamblers demonstrate frontal lobe impairment

- consistent with that of methamphetamine-dependent individuals. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 19, str. 298-303.
- Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6, str. 31-60.
- Kanfer, F. H. (1977). Self-regulation and self-control. In H. Zeier (Ed.), *The psychology of the 20th century* (Vol. 4). Zurich: Kindler Verlag.
- Kausch, O., Rugle, L., & Rowland, D. Y. (2006). Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 15, str. 35-43.
- Kazantzis, N., & Daniel, J. (2009). Homework assignments in cognitive behavior therapy. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician*, vol 2. (str. 165-186). New York: Routledge.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & L'Abate, L. (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. New York: Routledge.
- Kim, S. W., & Grant, J. E. (2001). An open Naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, str. 285-289.
- Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., & Shin, Y. C. (2001). Double-blind Naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 49, str. 914-921.
- Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., Shin, Y. C., & Zaninelli, R. (2002). A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of Paroxetine in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, str. 501-507.
- Kim, S. W., Grant, J. E., Eckert, E. D., Faris, P. L., & Hartman, B. K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, str. 109-116.
- Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. Clark. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N., & Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, str. 13-23.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). *Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians*. Toronto: Massachusetts Council on Compulsive Gambling.

- Kraft, T. (1970). A short note on forty patients treated by systematic desensitization. *Behavior Research & Therapy*, 8, str. 219-220.
- Kyngdon, A., & Dickerson, M. (1999). An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. *Addiction*, 94, str. 697-707.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, str. 732-734.
- Ladouceur, R. (2001). Diagnostic and treatment of pathological gamblers: A cognitive approach. Workshop presentation at National Association for Gambling Studies Conference. Sydney, Australia.
- Ladouceur, R., Boisvert, J. M., Pepin, M., Loranger, M., & Sylvain, C. (1994). Social costs of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10, str. 399-409.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, str. 802-804.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Giroux, I., Ferland, F., & Leblond, J. (2000). Analysis of a casino's self-exclusion program. *Journal of Gambling Studies*, 16, str. 453-460.
- Ladouceur, R., Sévigny, S., Blaszczyński, A., O'Connor, K., & Lavoie, M. E. (2003). Video lottery: Winning expectancies and arousal. *Addiction*, 98, str. 733-738.
- Ladouceur, R., & Sylvain, C. (1999). Treatment of pathological gambling: A controlled study. *Anuario de Psicologica*, 30, str. 127-135.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boutin, C. (2000) Pathological gambling. In M. Hersen, & M. Biaggio (Eds.), *Effective Brief Therapies: A Clinician's Guide* (str. 303-318). New York: Academic Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research & Therapy*, 41, str. 587-596.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, str. 774-780.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Duval, C., & Gaboury, A. (1989). Correction of irrational verbalizations among video poker players. *International Journal of Psychology*, 24, str. 43-56.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., & Gosselin, P. (2007). Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study. *Journal of Gambling Studies*, 23, str. 85-94.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research & Therapy*, 36, str. 1111-1119.
- Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers. Champaign, IL: Research Press Co.
- Langer, E. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 32, str. 311-328.
- Leary, K., & Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high- and low-frequency gamblers. *Behaviour Research & Therapy*, 23, str. 635-640.
- Leblond, J., Ladouceur, R., & Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, 42, str. 205-209.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research*, 144, str. 17-27.
- Ledgerwood, D. M., Steinberg, M. A., Wu, R., & Potenza, M. N. (2005). Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, str. 175-183.
- 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, str. 1184-1188.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, 86, str. 1017-1028.
- Lindner, R. (1950). The psychodynamics of gambling. *Annals of American Academy of Political & Social Sciences*, 269, 93±107.
- Loo, J. M. Y., Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2008). Gambling among the Chinese: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 28, str. 1152-1166.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, str. 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, str. 13-26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, str. 113-126.

- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, str. 67-76.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour, Research & Therapy*, 33, str. 335-343.
- Loxton, N. J., Nguyen, D., Casey, L., & Dawe, S. (2008). Reward drive, rash impulsivity and punishment sensitivity in problem gamblers. *Personality & Individual Differences*, 45, str.167-173.
- Maccallum, F., & Blaszczyński, A. (2002). Pathological gambling and comorbid substance use. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, str. 411-415.
- Maccallum, F., & Blaszczyński, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33, str. 88-98.
- Maccallum, F., Blaszczyński, A., Ladouceur, R., & Nower, L. (2007). Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality & Individual Differences*, 43, str. 1829-1838.
- Makarchuk, K., Hodgins, D. C., & Peden, N. (2002). Development of a brief intervention for concerned significant others of problem gamblers. *Addictive Disorders & their Treatment*, 1, str. 126-134.
- Manowitz, P., Amorosa, L. F., Goldstein, H. S., & Carlton, P. L. (1993). Uric acid level increases in humans engaged in gambling: A preliminary report. *Biological Psychology*, 36, str. 223-229.
- Marazziti, D., Dell'Osso, M. C., Conversano, C., Consoli, G., Vivarelli, L., Mungai, F., Nasso, E. D., & Golia, F. (2008a). Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 4, 7.
- Marazziti, D., Golia, F., Picchetti, M., Pioli, E., Mannari, P., Lenzi, F., Conversano, C., Carmassi, C., Dell'Osso, M. C., Consoli, G., Baroni, S., Giannaccini, G., Zanda, G., & Dell'Osso, L. (2008b). Decreased density of the platelet serotonin transporter in pathological gamblers. *Neuropsychobiology*, 57, str. 38-43.
- Marlatt, G. A. (1988). Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change. In D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, str. 366-372.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling: Implications for behavioural assessment. *Behavior Modification*, 12, str. 371-384.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A., & Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling: A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, str. 390-393.
- Meichebaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meyers, R. J., Smith, J. E., & Miller, E. J. (1998). Working through the concerned significant other. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., str. 149-161). New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. (1989). Matching individuals with interventions. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (str. 261-271). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviours*. New York: Guilford.
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18, str. 207-229.
- Miu, A. C., Heilman, R. M., & Houser, D. (2008). Anxiety impairs decision-making: Psychophysiological evidence from an Iowa gambling task. *Biological Psychology*, 77, str. 353-358.

- Molde, H., Ingjaldsson, J., Kvale, G., Pallesen, S., Stoylen, I. J., Prescott, P., & Johnsen, B. H. (2004). Pathological gambling ± assessment, prevalence, aetiology and treatment. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, str. 703-722.
- Moodie, C., & Finnigan, F. (2006). Association of pathological gambling with depression in Scotland. *Psychological Reports*, 99, str. 407-417.
- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, str. 593-597.
- Moskowitz, J. A. (1980). Lithium and lady luck: Use of lithium carbonate in compulsive gambling. *New York State Journal of Medicine*, 80, str. 785-788.
- Muelleman, R. L., DenOtter, T., Wadman, M. C., Tran, T. P., & Anderson, J. (2002). Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence. *Journal of Emergency Medicine*, 23, str. 307-312.
- Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., & Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality & Individual Differences*, 47, str. 933-937.
- Najavits, L. M. (2005). Substance abuse. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan & L. L'Abate. *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (str. 263-282). New York: Routledge.
- Newman, S. C., & Thompson, A. H. (2007). The association between pathological gambling and attempted suicide: Findings from a national survey in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, str. 605-612.
- NSW Young Lawyers (2004). *The Debt Handbook*. Retrieved May 23, 2009 from <http://www.lawsociety.com.au/idc/groups/public/documents/internetyounglawyers/027209.pdf>.
- Oei, T. P. S., & Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of gamblers anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24, str. 91-105.
- Oei, T. P., & Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, str. 129-136.
- Oei, T. P., & Jackson, P. R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, str. 532-547.
- Oei, T. P., & Jackson, P. R. (1984). Some effective therapeutic factors in group cognitivebehavioral therapy with problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, str. 119-123.

- Oei, T. P. S., Lin, C. D., & Raylu, N. (2007a). Validation of the Chinese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-C), *Journal of Gambling Studies*, 23, str. 309-322.
- Oei, T. P. S., Lin, C. D., & Raylu, N. (2007b). Validation of the Chinese version of the Gambling Urges Scale (GUS-C). *International Gambling Studies*, 7, str. 101-111.
- Oei, T. P. S., Lin, C. D., & Raylu, N. (2008). The relationship between gambling cognitions, psychological states, and gambling: A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, str. 147-161.
- Oei, T. P. S. & Raylu, N. (2003). Parental influences on offspring gambling cognitions and behaviour: Preliminary findings. *Journal of the National Association for Gambling Studies*, 15, str. 8-15.
- Oei, T. P. S., & Raylu, N. (2004). Familial influence on offspring gambling: A possible mechanism for transmission of gambling behaviour in families. *Psychological Medicine*, 34, str. 1279-1288.
- Oei, T. P. S., & Raylu, N. (2007). Gambling and problem gambling among the Chinese. Brisbane: Behaviour Research and Therapy Centre.
- Oei, T. P. S., & Raylu, N. (2009). Factors associated with the severity of gambling problems in a community gambling treatment agency. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7, str. 124-137.
- Oei, T. P. S., & Raylu, N. (in press). Gambling behaviors and motivations: A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Oei, T. P. S., Raylu, N., & Casey (2009). Group versus individual cognitive behavioral treatment for problem gambling: A randomized controlled trial. (Manuscript submitted for publication).
- Oei, T. P. S., Raylu, N., & Grace, R. (2008). Self help program for problem gamblers. Brisbane: Behaviour Research and Therapy Centre.
- O'Neil, M., Whetton, S., Dolman, B., Herbert, M., Giannopolous, V., O'Neil, D., & Wordley, J. (2003). Part Evaluation of self-exclusion programs in Victoria and Part Summary of self-exclusion programs in Australian States and Territories. Melbourne: Gambling Research Panel.
- Pallanti, S., Quercioli, L., Sood, E., & Hollander, E. (2002). Lithium and Valproate treatment of pathological gambling: A randomized single-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, str. 559-564.
- Pallanti, S., Rossi, N. B., Sood, E., & Hollander, E. (2002). Nefazodone treatment of pathological gambling: A prospective open-label controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, str. 1034-1039.

- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, str. 1412-1422.
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Iversen, E., Stoylen, I. J., Kvale, G., & Holsten, F. (2007). Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, str. 357-364.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., & Fernandez-Piqueras, J. (1999). Genetic contribution to pathological gambling: Association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected males. *Pharmacogenetics*, 9, str. 397-400.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Torres, P., Saiz-Ruiz, J., & Fernandez-Piqueras, J. (1997). Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor. *Pharmacogenetics*, 7, str. 345-348.
- Petry, N. M. (2002). Psychosocial treatments for pathological gambling: Current status and future directions. *Psychiatric Annals*, 32, str. 192-196.
- Petry, N. M. (2003). Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behaviors*, 28, str. 1049-1062.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., & Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, str. 555-567.
- Petry, N. M., Stinson F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, str. 564-574.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, str. 1500-1505.
- Powell, J., Hardoon, K., Derevensky, J., & Gupta, R. (1999). Gambling and risk-taking behavior among university students. *Substance Use & Misuse*, 34, str. 1167-1184.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical, therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 19, str. 276-288.

- 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*. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, str. 1102-1114.
- Productivity Commission Report (1999). *Australia's Gambling Industries: Final Report*. Canberra: Government Press.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behaviour Research & Therapy*, 20, str. 185-187.
- Ravindran, A.V., Telner, J., Bhatla, R., Cameron, C., Horn, E., Horner, D., Cebulski, L., & Davis, S. (2006). Pathological gambling: treatment correlates. *European Neuropsychopharmacology*, 16, str. 506.
- Rawson, R. A., & Obert, J. L. (2002). Relapse prevention groups in outpatient substance abuse treatment. In D. W. Brook, & H. I. Spitz (Eds.), *The group therapy of substance abuse* (str. 121-138). New York: Haworth Press.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, str. 1009-1061.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004a). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23, str. 1087-1114.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2004b). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99, str. 757-769.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2004c). The Gambling Urge Scale (GUS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, str. 100-105.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2007). Factors that predict treatment outcomes in a community treatment agency for problem gamblers. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 5, str. 165-176.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2009). Testing the validity of a cognitive behavioral model for gambling behavior. (Manuscript submitted for publication).
- Raylu, N., Oei, T. P. S., & Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28, str. 1372-1385.
- Redd, W. H., Porterfield, A. L., & Andersen, B. L. (1979). *Behavior Modification: Behavioral approaches to human problems*. New York: Random House.

- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J., & Buchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8, str. 147-148.
- Roca, M., Torralva, T., Lopez, P., Cetkovich, M., Clark, L., & Manes, F. (2008). Executive functions in pathologic gamblers selected in an ecologic setting. *Cognitive & Behavioral Neurology*, 21, str. 1-4.
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, str. 25-37.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Stott, N. (1993). Methods of helping patients with behavior change. *British Medical Journal*, 307, str. 188-190.
- Rosecrance, J. (1988). *Gambling without guilt: The legitimisation of an American pastime*. California: Brooks/Cole.
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., Lorenz, V., Barbaccia, M., Guidotti, A., Costa, E., & Linnoila, M. (1988). Pathological gambling: A psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45, str. 369-373.
- Rugle, L., & Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 181, str. 107-112.
- Rush, B. R., Bassani, D. G., Urbanoski, K. A., & Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103, str. 1847-1856.
- Russo, A. M., Taber, J. I., McCormick, R. A., & Ramirez, L. F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital & Community Psychiatry*, 35, str. 823-827.
- Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibanez, A., Masramon, X., Gomez, M. M., Madrigal, M., & Diez, T. (2005). Sertraline treatment of pathological gambling: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, str. 28-33.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Puente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, str. 791-804.
- Scherrer, J. F., Xian, H., Shah, K. R., Volberg, R., Slutske, W., & Eisen, S. A. (2005). Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Archives of General Psychiatry*, 62, str. 677-683.
- Schultz, J. H. (1932). Superior degree of autogenic training and raya-yoga. *Zeitschrift Fur Die Gesamte Neurologie Und Psychiatrie*, 139, str. 1-34.

- Schwarz, J., & Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8, str. 93-109.
- Seager, C. P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, str. 545-553.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1997). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis. Boston: Harvard University.
- Shah, K. R., Eisen, S. A., Xian, H., & Potenza, M. N. (2005). Genetic studies of pathological gambling: A review of methodology and analyses of data from the Vietnam era twin registry. *Journal of Gambling Studies*, 21, str. 179-203.
- Sharpe, L. (1998). Cognitive behavioural treatment of problem gambling. In V. E. Caballo (Ed.). *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorder* (pp. 393-416). Oxford: Pergamon.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, str. 1-25.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1993). Towards a Cognitive-Behavioural Theory of Problem Gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, str. 407-412.
- Siever, L. J. (1987). Role of noradrenagic mechanisms in the etiology of the affective disorders. In H. Y. Meltzer (Ed.), *Psychopharmacology: Third generation of progress* (str. 493-504). New York: Raven Press.
- Simmons, J. & Griffiths, R. (2009). *CBT for Beginners*. New York: Sage Publications.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, str. 769-775.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York: Guilford Press.
- Smith, M. (1985). *When I say no, I feel guilty*. Toronto: Bantam.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & Marcotte, P. E. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, str. 67-81.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1996). The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, str. 3-20.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, str. 895-905.

- Ste-Marie, C., Gupta, R., & Derevensky, J. L. (2006). Anxiety and social stress related to adolescent gambling behavior and substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15, str. 55-74.
- Stewart, R. M., & Brown, R. I. (1988). An outcome study of gamblers anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, str. 284-288.
- Stinchfield, R., & Winters, K. (1996). Effectiveness of Six State-Supported Compulsive Gambling Treatment Programs in Minnesota. Saint Paul, MN: Compulsive Gambling Program, Minnesota Department of Human Services.
- Stinchfield, R., & Winters, K. C. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies*, 17, str. 217-245.
- Stucki, S., & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, str. 245-257.
- Sunderwirth, S. G., & Milkman, H. (1991). Behavioral and neurochemical commonalities in addiction. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13, str. 421-433.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioural treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, str. 727-732.
- Symes, B. A., & Nicki, R. M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, responseprevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies*, 13, str. 145-157.
- Taber, J. I., McCormick, R. A., Russo, A. M., Adkins, B. J., & Ramirez, L. F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, str. 757-761.
- Tannen, D. (1986). *That's not what I meant! How conversational style makes or breaks your relations with others*. New York: William Morrow & Co.
- Tavares, H., Zilberman, M. L., & El-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, str. 22-27.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use & Misuse*, 34, str. 1593-1604.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, str. 253-266.

- Toneatto, T., & Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American Journal on Addictions*, 17, str. 298-303.
- Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, str. 284-292.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, str. 517-525.
- Toneatto, T., & Sobell, L. C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviors*, 15, str. 497-501.
- Treatment Protocol Project (1997). *Management of mental disorders* (2nd ed.). Sydney: World Health Organization collaborating centre for mental health and substance Abuse.
- Tremblay, N., Boutin, C., & Ladouceur, R. (2008). Improved self-exclusion program: Preliminary results. *Journal of Gambling Studies*, 24, str. 505-518.
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent gambling: Relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, str. 398-401.
- Victor, R., & Krug, C. (1967). 'Paradoxical intention' in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, 21, str. 808-814.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R., & Tremblay, R. E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, 17, str. 171-190.
- Wallisch, L. S. (1998). Determinants of gambling and problem gambling: Three theories. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*, 58, 4094. Abstract retrieved April 5, 2008 from PsychInfo database.
- Walker, M. B. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8, str. 245-261.
- Walker, M., Milton, S., & Anjou, F. (1999). The assessment of pathological gambling: SOGS, DSM-IV, SCIP and SCID. Paper presented at the State of Play Conference, Perth, Western Australia.

- Walker, M., Milton, S., Anjou, F., Scheffs, M., Allcock, C., Amey, O., & Grant, E. (1999). Reliability issues in the use of DSM-IV criteria to diagnose pathological gambling. Paper presented at the Developing Strategic Alliances Conference, Adelaide, South Australia.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S. – Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, str. 13-337.
- Welte, J. W., Wieczorek, W. F., Barnes, G. M., & Tidwell, M. O. (2006). Multiple risk factors for frequent and problem gambling: Individual, social, and ecological. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, str. 1548-1568.
- Westphal, J. R., & Johnson, L. J. (2007). Multiple co-occurring behaviours among gamblers in treatment: Implications and assessment. *International Gambling Studies*, 7, str. 73-99.
- Williams, J. M. G., & Pollack, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton, & K. Heeringen (Eds.), *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Williams, W. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of impulse control disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, str. 524-530.
- Winters, K. C., & Rich, T. (1998). A twin study of adult gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 14, str. 213-225.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2009). *Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Oxford: Stanford University Press.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30, str. 315-340.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., & Martell, R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive & Behavioral Practice*, 10, str. 61-72.
- Xian, H., Scherrer, J. F., Slutske, W. S., Shah, K. R., Volberg, R., & Eisen, S. A. (2007). Genetic and environmental contributions to pathological gambling symptoms in a 10year follow-up. *Twin Research & Human Genetics*, 10, str. 174-179.
- Yip, P. S. F., Yang, K. C. T., Ip, B. Y. T., Law, Y. W., & Watson, R. (2007). Financial debt and suicide in Hong Kong SAR. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, str. 2788-2799.

- Zangeneh, M., Grunfeld, A., & Koenig, S. (2008). Individual factors in the development and maintenance of problem gambling. In M. Zangeneh, A. Blaszczynski, & N. E. Turner (Eds.), *In the pursuit of winning: Problem gambling theory, research and treatment* (str. 83-94). New York: Springer Science and Business Media.
- Zimmerman, M., Breen, R. B., & Posternak, M. A. (2002). An open-label study of Citalopram in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, str. 44-48.
- Zion, M. M., Tracy, E., & Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anon and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, str. 117-131.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.