

Profilaxie și intervenție în jocul patologic de noroc

Izabela Ramona, Todiriță¹ și Viorel, Lupu²

Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca 1, ramonatodirita@yahoo.com

Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, 2, violupu@yahoo.com

Prezenta lucrare își propune trecerea în revistă a tipurilor de intervenție aplicate în cazul jocului patologic de noroc.

Jocul patologic de noroc este o tulburare a controlului impulsului cu o permanentă creșterea prevalenței în rândul populației tinerilor din Europa, dar mai cu seamă în Europa Centrală și de Est. Vârsta copilăriei și a adolescenței este cu atât mai problematică cu cât aceștia au mecanisme de coping deficitare și au, în același timp, acces la internet. Dezadaptarea în viața personală, familială, școlară și/sau profesională, face prevenția și intervenția specifică acesteia tulburării o prioritate politică deosebită a statelor.

Lucrarea prezintă caracteristicile și eficiența intervențiilor în grupurile Jucătorilor Anonimi (Gamblers Anonymous) comparată cu intervențiile de cuplu, dar și terapia psihodinamică, cea comportamentală, psihoterapia cognitiv-comportamentală și terapiile scurte cunoscute sub denumirea de terapie motivațională.

Programul propus de Petry, 2005 și cel propus de Ladouceur, 2007 cunoscute mai larg sunt utilizate și raportează rezultate favorabile.

Cuvinte cheie: joc patologic de noroc, tipuri de intervenție, profilaxie, psihoterapie, farmacoterapie.

I. Introducere – definirea conceptului

Jocul patologic de noroc face parte din categoria „Tulburărilor controlului impulsului nespecificat în altă parte” conform DSM-IV TR (APA, 2000). Principala caracteristică a acestei categorii este incapacitatea de a rezista unui impuls sau tentației de a efectua un act care este dăunător persoanei respective sau altora. Individul simte o senzație crescândă de tensiune sau de excitație înainte de a comite actul, și apoi experiența plăcerii, gratificației sau ușurării în timpul comiterii actului. După act poate exista sau nu regret, auto-reproș sau culpă.

Jocul patologic de noroc este conceptualizat ca fiind o preocupare față de joc, cuprinderea controlului adecvat asupra oricărui comportament de joc. Se acompaniază de sentimente de vinovăție și izolare atunci când jucătorul încearcă să reducă sau să înceteze această activitate, precum și de dificultățile în relaționarea socială, ca o consecință a jocului excesiv (Derevensky & Gupta, 2000)

Jucătorii patologici suferă de uneori de o formă cronică și progresivă de rezistență la impulsul de a juca. Ei prezintă consecințe personale semnificative datorită continuării jocului. După Lupu, 2008 consecințele asociate cu jocul patologic de noroc evoluează de la intensificări și atenționări, dar tind să fie cronice, ducând la dezadaptare școlară, profesională, familială și socială. Acestea

poate complica u șor cu abuzul și dependența de substanțe psihoactive, asocierea cu grupuri antisociale cu săvârșirea unor fapte ilegale, precum și cu frecvent tentative de suicid.

II. Prevenție primară și secundară

În cazul jucătorilor patologici de noroc există o serie de cogniții iraționale care mențin manifestarea comportamentului de joc. Astfel, în următoarea determinare a cognițiilor legate de joc ale unei persoane, putem prezice măsura în care acesta prezintă risc de dezvoltare a jocului problemă (aflat la risc) sau a jocului patologic de noroc. Astfel, dacă manifestarea comportamentului de joc de noroc este determinată de cognițiile se impune adoptarea unor măsuri de profilaxie primară și secundară a jocului patologic de noroc.

Pentru profilaxia primară ar fi indicate prelegerile informative însoțite de materiale video pe tema jocului de noroc, prin care să se furnizeze informații despre joc, despre problemele create de acesta și despre piața jocurilor. Totodată, pot fi expuse strategiile care trebuie urmate pentru deprinderea controlului asupra jocului și informațiile asupra riscurilor la care se supune o care devine dependent de jocul de noroc (Lupu, 2008).

Pentru ca metodele de profilaxie primară să fie eficiente, se poate încerca reducerea accesului la joc al copiilor prin informarea adulților în acest sens și influențarea atitudinilor sociale. Prevenția trebuie aplicată cât mai precoce, înainte de intrarea în contact cu jocul, începând cu vârsta de 10 ani. (Dickson et al., 2002). Cu cât debutul practicării jocurilor este mai precoce, cu atât există un risc mai mare de a dezvolta jocul problemă (Gupta & Derevensky, 1998). De fapt, cei care dezvoltă jocul problemă menționează adesea faptul că au avut primele experiențe de joc atunci când aveau vârsta de 9 sau 10 ani (Lesieur & Klein, 1987; Arcuri și colab, 1985). Prin urmare, se consideră că prin amânarea vârstei de debut a jocului, se poate scădea apariția viitoarelor probleme legate de acesta la tineri.

Prevenția secundară se referă la cei care au început deja să joace și care fac parte din grupurile de risc, îndeplinind unul sau mai multe criterii pentru jocul patologic de noroc. Trebuie prezentate riscurile și consecințele negative pe termen lung precum și metodele de deprindere a autocontrolului în timpul jocului. Acest segment de jucători este format din jucători-problemă. Metodele trebuie aplicate de către profesioniști: asistenți sociali, psihologi școlari, pedopsihiatri și psihiatri, la nivel individual, la nivelul familiei, prietenilor, școlii, serviciilor sociale, legislativului (Lupu, 2008).

Jucătorii dezvoltă o percepție a controlului iluzoriu în privința jocului de noroc și pe bani, supraestimând posibilitățile de câștig. Frecvența jocului, gradul de competiție și implicarea jucătorului, complexitatea jocului facilitează acest control iluzoriu. În cursul unor studii efectuate pe diferite categorii de jucători (ocazionali, regulați și patologici) și de jocuri (loterie, poker, ruletă), s-a arătat că peste 75% dintre ideile jucătorului sunt eronate, ignorând importanța hazardului ca factor determinant în rezultatul jocului (Gaboury, 1989).

În urma unui studiu efectuat în Marea Britanie (Fischer, 1994) pe 467 de copii de gimnaziu - a ajuns la concluzia că este faptul că obișnuința unor școlari de a juca frecvent jocuri pe video se poate transforma ușor într-un comportament asemănător cu al celui din jocul patologic de noroc.

Jocul patologic de noroc evoluează cu intensificări și atenuări, dar tinde să fie cronic, ducând la dezadaptare școlară, profesională, familială și socială. Se poate complica ușor cu abuzul și dependența de substanțe psihoactive, asocierea la grupuri antisociale cu săvârșirea unor fapte ilegale, precum și cu frecvente tentative de suicid (Lupu, 2008). În raportul din 2010, realizat în urma studiului efectuat de Lupu și Todiri țapeune șantion de 1032 de copii cu vârstă cuprinsă între 11 și 19 ani, s-a remarcat faptul că dintre cei care au jucat patologic de noroc, 66.66% consumă alcool, 13.88% consumă droguri ilegale și 19.44% consumă droguri legale, în timp ce doar 16.66% fumează. Dintre cei 1032 de subiecți 3.48% au jucat patologic de noroc și 23.54% întrunesc criteriile pentru jocul-problemă de noroc (Lupu & Todiri ță, 2010).

III. Intervenție

Dintre modalitățile de tratament disponibile în România pentru jocul patologic de noroc (după Lupu, 2008) enumerăm: utilizarea SSRI (Fluvoxamina, Clomipramina, Prozac), a stabilizatorilor dispoziției (Carbamazepine), terapiile cognitiv-comportamentale, incluzând terapia rațional-emoțională și comportamentală, individuale și de grup, consilierea familiei jucătorului, consilierea maritală, consiliere psihologică, fără ca, mai ales psihoterapia, să fie specifică doar jucătorilor patologici de noroc. Specialiștii în adictologie și psihoterapeuții cognitiv-comportamentali se ocupă de această tulburare, fără a exista o formare exclusivă pentru intervenția în cazul jucătorilor patologici de noroc. În alte state ale lumii (Elveția, Germania, Canada) există departamente specializate pe jocul de noroc (patologic și/sau problemă) în cadrul instituțiilor de sănătate mintală, a spitalelor sau a cabinetelor de psihologie.

Dintre intervențiile specifice jocului patologic de noroc descriem în continuare pe cele regăsite în literatura de specialitate. În unele studii apare menționat fenomenul „recuperării naturale”, ce merită să fie analizat, Slutske (2005) raportând un procent de 36-39% de jucători care și-au revenit fără a urma sau a se gândi la vreun tratament.

Jucătorii anonimi - Gamblers Anonymous (GA) – realizat pe modelul Alcoolicilor Anonimi. Rapoartele retrospective spun că între 70 și 90% dintre membrii renunță la grup și doar 10% devin activi. Totuși se obține 1 an de abținere. GA are efecte benefice doar pentru o mică parte dintre membri. Există și o variantă a GA în care sunt incluși partenerii jucătorilor numiți Gam-Anon.

1. Intervenții psihodinamice

În 1928 Freud a catalogat jocul de noroc ca fiind o stare compulsivă neurotică conceptualizată ca adică fiind asemănătoare alcoolismului și consumului de substanțe (Nower, 2008). Tot Freud considera jocul patologic de noroc ca modalitate de auto-pedepsire pentru a-și rezolva complexul oedipal, astfel că pacienții încercau să piardă în mod deliberat (Tolchard, 2010). Aceeași sursă prezintă concepția lui Berglar potrivit căreia „jucătorul nu este o persoană care vrea să câștige șorbanii... ci un neurotic cu o dorință înconștientă de a pierde”. În 1957 Berglar raportează rezultatele tratamentului a 60 de jucători. El susține că tratamentul are o rată a succesului de 75%, dar rezultatele se referă doar la 30% dintre pacienții din lotul inițial – cei care au rămas în tratament. La începutul secolului al XX-lea jocul de noroc era considerat un păcat condamnat de societate. Terapia psihodinamică

raportează mai mult studii de caz, acestea fiind realizate și înainte de stabilirea criteriilor de diagnostic pentru jocul patologic de noroc, acesta apărând doar în DSM III.

2. Consilierea de cuplu și familială

Clinicienii au observat că familiile jucătorilor patologici de noroc sunt haotice (Petry, 1999). Heineman (1992) a sugerat abordarea problemelor financiare deoarece datoriile acumulate de acestea sunt foarte mari. Steinberg (1993) descrie efectul negativ al delegării responsabilității financiare la soțul non-jucător. Boyd și Bolen (1970) focalizează terapia pe identificarea emoțiilor partenerului și înțelegerea jocului în contextul relației. Dintre cei 9 jucători care au participat la acest tip de intervenție 3 au devenit abstinenți, iar ceilalți au redus frecvența ședințelor de joc. Și GA are o componentă pentru parteneri (Gam-Anon), iar participarea activă a acestora la ședințe crește complianța la tratament, respectiv scade rata renunțării la tratament (Johnson & Nora, 1992; Zion et al., 1991). Tepperman (1985) a comparat participarea cuplurilor membre GA la 12 ședințe de terapie de grup și a membrilor care aleg să participe fără partener. Doar jumătate dintre jucătorii din ambele categorii au rămas în tratament, deși s-a observat reducerea trăirilor depresive și a conflictelor maritale. Totuși nu s-a observat diferențe între grupuri în manifestarea jocului patologic de noroc sau în problemele psihosociale. Participarea la studiu a fost voluntară ceea ce duce la rezerve cu privire la interpretarea și generalizarea rezultatelor.

3. Terapie comportamentală

Modelele comportamentale presupun că problematica jocului de noroc este un comportament de adaptativ în vârstă pe bază de principii condiționării operante al lui Skinner și a condiționării clasice a lui Pavlov în care ratele crescute ale întăririlor mențin comportamentul repetitiv care rezistă extincției.

Astfel că stигurile de bani combinate cu starea de excitație și asociate cu cognițiile, stimulii din mediu și reducerea stărilor emoționale aversive sunt întăririi pozitive și de aceea întretin comportamentul de joc (Anderson și Brown, 1984; Dickerson, 1979; Jacobs, 1986). Prin condiționarea clasică stimulii legați de joc sunt asociați cu excitația prin apariția concomitentă a stimulilor condiționați (jocul) și a celor necondiționați (căștigul banilor, excitația) astfel încât, după un timp, stimulii condiționați sunt suficienți pentru activarea necondiționați. Astfel, orice expunere la elemente asociate cu jocul vor determina activarea stimulilor necondiționați. Orice întărire pozitivă (căștig) sau negativă (diminuarea nevoii de a juca, eliminarea trăirii negative) va consolida procesul de condiționare operantă și clasică care va forma un paten de comportament (McConaghy, 1980).

Acest model de învățare a dus la aplicarea unei varietăți de tehnici aversive bazate pe condiționarea clasică și operantă pentru a contracara excitația asociată jocului de noroc. Cele mai frecvente modalități sunt cele cu șocurile electrice sau cu agenți farmacologici care reproduc greață (Barker and Miller, 1968; Koller, 1972; McConaghy et al., 1983; Salzman, 1982; Seager, 1970), senzații difuze (Bannister, 1977; Cotler, 1971), și controlul stimulilor și expunerea (Greenberg and Rankin, 1982).

De exemplu McConaghy et al. (1983) au împărțit randomizat 20 de jucători patologici de noroc în două grupe: terapeuice alternă aversiunea cu relaxarea și desensibilizarea in vitro și apoi a urmat cele două grupuri pentru un an și a evaluat rezultatele prin declarațiile participanților referitoare la nevoia de a juca și la comportamentul efectiv. S-a observat reducerea comportamentului de joc, a nevoii de a juca și a anxietății în grupul de desensibilizare.

În studiile de amploare (120 de subiecți) au fost împărțiți în 5 grupe: desensibilizare in vitro, terapie aversivă, relaxare imaginativă, expuneri in vivo scurte și expuneri in vivo lungi (Blaszczynski et. al. 1991b). Rezultatele au fost clasificate în funcție de încetarea de a mai juca (abstinență) sau control (limitarea numărului de ședințe de joc), iar desensibilizarea a avut efect mult mai bun decât celelalte tehnici folosite în intervenție (Blaszczynski et. al. 1991a; Blaszczynski et. al. 1991b).

Deși terapia comportamentală poate fi eficientă prin reducerea sau eliminarea nevoii de a juca, majoritatea studiilor au avut limite semnificative din punct de vedere metodologic – fie eșantioanele prea mici, fie instrumentele utilizate de genul celor care se bazează pe declarațiile participanților. Modelul comportamental nu explică de ce doar un număr redus de indivizi cedează la programul de întăriri în mediul de joc astfel că dezvoltă un fel de rezistență la extincție. De asemenea, nu explică efectul limitat al pedepsei care se materializează în pierderi enorme, stres emoțional, consecințe financiare, sociale și legale negative spre deosebire de cel al întăririi pozitive date de experiența de joc. Sigur că încetarea jocului și limitarea comportamentului de joc sunt importante, dar datele statistice nu se poate rezuma doar la declarațiile celor din studiu. Trebuie analizată și alți factori implicați ca și adicțiile comorbide și alte strategii de coping dezadaptative.

4. Terapii cognitive-comportamentale

Rolul cognițiilor în cadrul tulburării a fost neglijat în modelul comportamental. Această susținere a structurii credințelor iraționale, înțelegerea greșită a probabilităților și conceptele legate de hazard și de iluzia controlului, relațiile cauzale eronate, explică persistența jocului patologic de noroc independent de consecințe (pierderi) (Ladouceur și Walker, 1996; Toneatto et. al., 1997). Experiențe de învățare socială ca acelea de învățare vicariantă prin expunere la jocul părintelui, participarea la activități familiale sau cu colegii care presupun jocul, atitudinile pozitive legate de jocale părinților duc la considerarea jocului de către copii și adolescenți ca formă plăcută de petrecere a timpului liber. Când știgul timpuriu este instrumentul care dă naștere credinței că acesta este posibil și că jocul este o sursă convenabilă și simplă de a face rost de banii sau de finanțarea suplimentară. Creșterea frecvenței și a intensității ședințelor de joc duc la creșterea în spirală a pierderilor (Lesieur, 1984) care produc disonanță cognitivă fiindcă jucătorul justifică propriul comportament de joc prin nevoia de a „recupera” și supraestimează probabilitatea de câștig. Cognițiile iraționale se referă la abilități și judecată, iluzia controlului (Langer, 1975); abilitatea de a influența rezultatul la joc, ritualuri ancorate în superstiții (Joukhador, 2003); memorie selectivă și evaluarea biasată a rezultatelor (Gilovich, 1983; Gilovich & Douglas, 1986); „near misses” („pierderi apropiate de câștig”) (Griffiths, 1991); și percepții eronate legate de hazard și de independența evenimentelor (Coulombe, 1992; Gaboury, 1989). Toneatto et. al. (1997) și Ladouceur et. al. (1989, 1988) au găsit în mod frecvent că 80% din jucătorii patologici de noroc care caută tratament au o serie de verbalizări sau distorsiuni cognitive cu o medie de 3,5 distorsiuni cognitive pe fiecare participant. Studiile cu tineri jucători au demonstrat o relație pozitivă între severitatea jocului și cognițiile iraționale (vezi pentru exemplificare, Felsher et. al., 2004).

Tratamentul constă în restructurarea cognitivă împreună cu trainingul abilităților sociale, rezolvarea de probleme și prevenirea recăderilor. Recuperarea se definește în termeni de reducere a cognițiilor eronate și, secundar, corectarea comportamentului de joc (pe ntru review al studiilor pe terapia cognitiv comportamentală și alte terapii vezi Blaszczynski, 1995; Petry, 2005a; Toneatto, 2003). Rezultatele acestor terapii sunt influențate de fidelitatea raportărilor legate de scăderea simptomatologiei și de utilizarea unei populații

nerepresentative pentru problematica jocului patologic de noroc. Adesea acesta are comorbidități, iar eliminarea din studii a celor cu tulburări asociate nu face decât să reducă în sine pentru că sunt prea puțini acei care au un diagnostic pur de joc patologic de noroc. Terapia cognitivă are o rată a succesului de 85% după cum reiese din rapoartele de reducere a comportamentului de joc patologic de noroc și/sau din scorurile la probele de screening sau la instrumentele de măsurare. Totuși eficacitatea terapiei cognitive simple este disputată (Tolchard, 2010).

Nu există un singur model cognitiv-comportamental care să fie aplicabil tuturor pacienților, astfel că au fost descrise mai multe modele de terapie cognitiv-comportamentală (CBT) de către Petry, 2005; Sylvain, et al., 1997; Toneatto, 2003.

Sharpe și Tarrier (1993) au realizat un model de intervenție în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale care include relaxarea, expunerea și restructurarea cognitivă. Sharpe este foarte adesea citată, dar trebuie să avem rezerve pentru că lipsesc date empirice, iar generalizarea la întreaga paletă a jocului patologic de noroc este greu de realizat.

Blaszczynsky și Nower (2005) au găsit trei tipuri de jucători: cei cu condiții comportamentale (care par să urmăresc să piardă), cei vulnerabili emoțional (o relație dintre primul tip și markeri de vulnerabilitate) și cei antisociali, impulsivi (o combinație a primelor două tipuri incluzând probleme de personalitate impulsivă și comportamente antisociale). Modelul biopsihosocial include mediul (factorii de mediu de terminanți legați de disponibilitate și accesul la jocuri), condiționarea clasică și operantă (excitația, disocierea, creșterea parametrilor fizici creează nevoie acută de a juca ceea ce duce la un obicei comportamental de joc) și schemele cognitive (credințele iraționale cuprivire la joc și surse de venituri).

Tolchard și Battersby (2000 & 2010) au realizat studii care susțin că prin expunere se asigură un succes de 70%. Studiul nu a avut un grup de control și rezultatele nu au fost comparate cu cele din alte abordări. Au fost urmăriți protocoale comune pentru toți participanții. Rezultate similare s-au găsit și în alte rapoarte: Kunsher et al., 2007; Oaks et al., 2008; Tolchard et al., 2006.

Ladouceur et al. (din 1996 până în prezent) susțin că există câteva incongruențe legate de elementele cele mai importante din jocuri care duc la o supraestimare a câștigurilor, la credința că abilitățile influențează rezultatul jocului, credințele eronate că evenimentele independente au legături între ele și că hazardul nu are nimic de a face cu jocul.

Abordarea terapeutică presupune:

1. educație cuprivire la șanse și hazard
2. provocarea credințelor iraționale ale clientului în timpul ședințelor
3. încurajarea controlului stimulilor și evitarea lucrurilor care activează nevoi de a juca (anti-expunere)
4. trainingul cuprivire la soluționarea jocului problemă
5. trainingul competențelor sociale și prevenirea recidivelor.

Mai mult de 50% dintre pacienți prezintă un bun răspuns în evoluție. Anti-expunerea poate fi un element care determină rezultatele și nu schimbarea în sine. Introducerea expunerii ca experiment comportamental poate fi mai eficientă.

Ladouceur(2007) prezintă cele patru elemente pe care trebuie să se lucreze pentru rezultate bune: motivația, intervenția comportamentală, intervenția cognitivă și prevenirea recăderilor. Pașii programului propus de Ladouceur sunt:

1. Evaluare pre-tratament
2. Tratamentul (aproximativ 12 ședințe)

Ședința 1 – Creșterea motivației

Ședințele 2 și 3 – Intervenții comportamentale (Lanțul comportamentelor legate de jocul patologic denotat de excesiv, Situații de marerisc, Strategii comportamentale de aplicat)

Ședințele 4–10 – Intervenții cognitive (Analiza ședințelor de joc, Definiția șansei/norocului, Importanța dialogului intern, Prezentarea capcanelor jocului, Conștientizarea cognițiilor eronate, Recunoașterea și modificarea cognițiilor eronate)

Ședințele 11 și 12 Prevenirea recăderilor

3. Evaluare post-tratament
4. Follow-up

Petry (2005) propune mai multe elemente care se constituie într-un protocol care durează 8 ședințe cu o frecvență de una pe săptămână, ședințele fiind de grup.

1. informații generale, prezentarea sistemului de recompensare pentru abținerea de la joc, identificarea elementelor care determină nevoia de a juca
2. analiză funcțională a comportamentului de joc
3. creșterea frecvenței activităților plăcute
4. planul de auto-management
5. a face față nevoii de a juca
6. trainingul asertivității și abilității de a refuza jocul
7. schimbare gândirii iraționale
8. planificare pentru urgențe și prevenirea recăderilor

Ledgerwood și Petry (2005) au sugerat că pacienții impulsivi ar putea avea mai multe beneficii urmând o terapie CBT decât alt tip de terapie pentru că CBT oferă o abordare structurată cu țintă asupra gândirii distorsionate legate de joc și pune accent pe restructurarea mediului pentru a face jocul mult mai puțin accesibil.

Griffiths (1993) propune metoda audio-playback-ului prin care pacienții gândesc cu voce tare în timp ce joacă și se înregistrează. Apoi se ascultă înregistrarea și se analizează procesul gândirii specific momentului exact al jocului.

Pallesen et al. și Toneatto et al., 2003 consideră că CBT este cea mai bună intervenție și că metodele bazate pe expunerea deocamdată cele mai bune rezultate prin măsurarea efectului și măsurătorile la follow-up.

Nereușita tratamentului este explicată de lipsa de motivație a pacienților care sunt adesea aduși de rude sau de prieteni sau se datorează lipsei de pregătire a terapeutului în abordarea acestor probleme și de perturbarea de protocol. De asemenea, folosirea tratamentelor inadecvate și costul acestora, împreună cu slaba reprezentare a intervențiilor contribuie la eșecul recuperării acestor persoane.

Nereușita terapiei de până acum și considerând ca motiv al acesteia lipsa motivației pacienților și lipsa de timp alocate intervenției, noile proceduri s-au axat pe creșterea motivației pentru terapie și recuperare.

5. Terapiile scurte și de scurtă durată

Terapiile scurte sunt potrivite jucătorilor cu o severitate mai puțin accentuată sau pacienților care caută tratament pentru o altă tulburare, dar care au comorbide probleme legate de joc.

MET (Motivational Enhancement Therapy) este o formă de terapie scurtă care apare în literatura de specialitate pentru jucătorii patologici de noroc (Miller, 2002). Această terapie pornește de la ideea că modificările comportamentale se produc în anumite etape (precontemplare, contemplare, acțiune și menținere) și că motivația reprezintă faza în care individul este pregătit să se schimbe, iar această fază poate fi influențată prin intervenții specifice fiecărei etape (Prochaska & DiClemente, 1984). Terapeuții se bazează pe înțelegerea consecințelor utilizării substanțelor de către pacienți și încercarea de a schimba. MET este eficientă pentru reducerea consumului de alcool la alcoolicii severi, iar rapoartele susțin faptul că metoda poate fi utilizată și la jucători (Dickenson et al., 1990, Hodgins et al., 2001, Wulfert et al., 2003).

Hodgins et al., 2001 au randomizat 102 jucători patologici de noroc în lista de așteptare-control, un manual de lucru ce conținea exerciții CBT sau un singur telefon MET plus manualul de lucru CBT. Cei din grupul MET+manual CBT au jucat mai puțin decât cei de pe lista de așteptare pe termen scurt, dar cei de pe lista de așteptare au primit mai puțin tratament, deci eficacitatea pe termen lung nu a putut fi stabilită. Cei din MET+manual CBT au jucat mult mai puțin decât cei din grupul cu manualul CBT simplu pentru 6 luni și rezultatele s-au menținut și la 1 an la follow-up pentru cei cu severitate mai mică la început.

Petry et al. (2008) au randomizat 180 de jucători patologici de noroc care nu căutau intenționat tratament pentru joc în: grupul de control fără tratament, 10 minute de sfaturi legate de joc care includeau feedback personal și unele tehnici MET împreună cu pași concreți pentru a reduce jocul, o sesiune MET de 50 de minute sau o sesiune MET cu 3 sesiuni CBT. În cele 6 săptămâni de intervenție cei din grupul în care au primit sfaturi concrete au avut o reducere semnificativă a jocului în comparație cu grupul de control. În celelalte 9 luni rămase nu s-au mai văzut modificări, iar pacienții au continuat să joace mai puțin decât înainte de tratament. Pacienții cu MET simplu nu au avut diferențe semnificative față de grupul de control. Cei din MET+CBT nu au redus jocul mai mult decât grupul de control în primele 6 săptămâni, dar beneficiile intervenției s-au văzut după următoarele 9 luni, la follow-up. Din acest studiu se observă că MET cu CBT are o oarecare eficiență în reducerea jocului patologic de noroc (Petry, 2008). Datorită timpului scurt alocat terapiei aceste intervenții pot fi potrivite și pentru abuzul de substanțe sau pentru cei care caută ajutor pentru altă tulburare, dar la screening se observă problema cu jocul de noroc.

6. Farmacoterapia

După Lupu (2008) în România se utilizează SSRI (Fluvoxamina, Clomipramina, Prozac) și stabilizatori de dispoziției (Carbamazepina).

Haller și Hinterhuber (1994) studiază utilitatea Carbamazepinei în tratarea pacienților cu joc patologic de noroc. Kim a folosit opioizi antiagoniști Naltrexona care se presupune că reduce excitația asociată cu jocul. Alții recomandă SSRI. Clomipramina s-a dovedit a fi mai eficientă decât placebo la pacienții cu joc patologic de noroc și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă. Moskowitz a tratat trei pacienți cu Litiu și a observat că excitația asociată cu jocul patologic de noroc a dispărut. Fiindcă tulburarea comorbidă adesea are cauze de dispoziție se va folosi medicația specifică acestora – antidepresivele pentru care este nevoie de mai multe studii. Unele dovezi susțin că episoadele depresive chiar cresc frecvența sedințelor de joc.

Lupu (2008a) a utilizat terapia rațional emoțională și comportamentală asociată cu medicația de tip Oxcarbazepina (Trileptal) care s-a dovedit foarte eficientă aplicată la un caz.

În concluzie, unele studii sugerează că farmacoterapia poate fi utilă în tratarea jocului patologic de noroc. Toate studiile au eșec relativ mic și doar unele folosesc placebo și control. Nu s-a ajuns la un consens legat de o anumită clasă de medicamente care ar fi mai eficiente și nici privirea administrării concomitente.

În tabelul 1 sunt prezentate studiile care compară eficacitatea a două tratamente pentru jocul patologic de noroc.

Tabelul 1 Compararea eficacității a două tipuri de tratament în jocul patologic de noroc

Tratamentul și studiul	N	Designul studiului	Rezultate
Terapia de familie și cuplu Johnson și Nora, 1992	90	Compararea grupului de GA la care au participat și soțiile membrilor (Gam-Anon) cu grupul la care nu au participat.	49% dintre soțiile membrilor GA au participat în grupul Gam-Anon. Tendința a fost pentru o mai mare rată a abinenței între GA ai căror soții au participat la Gam-Anon.
Tepperman, 1985	40	Membrii ai GA care au participat cu soțiile la 12 ședințe de cuplu comparați cu cei căsătoriți la care nu au participat soțiile.	Reduceri nesemnificative la jucătorii ai căror soții au participat comparativ cu cei ai căror soții nu au participat.
Terapia cognitiv-comportamentală McConaghy et.al., 1983	20	Împărțirea randomizată la grupul de terapie aversivă și respective desensibilizare invitro.	Reduceri semnificative în comportamentul de joc, nevoia de a juca și anxietatea subiecților din grupul de desensibilizare invitro.
Bujold et.al., 1994	3	Comparare pre-tratament cu terapia cognitivă	Creșterea controlului perceput asupra jocului și scăderea în

		comportamentală	severitate a jocului în timpul fazelor de tratament.
Sylvian et al., 1997	29	Randomizarea în grup de terapie cognitiv-comportamentală și listă de așteptare pentru grupul de control.	Creșterea controlului perceput asupra jocului și auto-eficacitate în terapia de grup și scăderea în frecvența episoadelor de joc și a sumei de bani cheltuite pe joc.
Dickenson et al., 1990	20	Randomizare în utilizarea unui manual de self-help și a unui interviu plus manualul	Reducerea frecvenței episoadelor de gambling și a sumei de bani cheltuite pe joc în ambele grupuri.
Farmacoterapie Hollander et al., 1992	1	O perioadă de placebo dublu-orb urmată de clomipramină (10 săptămâni fiecare)	Clinicienii și auto-raportările legate de problemele de joc au indicat „mici îmbunătățiri” după perioada placebo și „îmbunătățiri mari” după clomipramină.
Hollander et al., 1998	16	Perioada de placebo simplu-orb urmată de fluvoxamină (fiecare timp de 8 săptămâni)	10 subiecți au terminat studiul și 7 au demonstrat îmbunătățiri la nivel clinic în reducerea jocului.

IV. Concluzii

Diferitele tipuri de terapie trebuie adaptate pacienților și așteptărilor sale. Nu se poate spune dacă o anumită abordare este mai bună decât alta decât dacă vorbim despre un anumit pacient și potrivit abordării respective la particularitățile acestuia.

Înainte de a face intervenția este cel mai bine să prevenim astfel de comportamente pentru că riscul pierderii clienților fie prin sinucidere, fie prin crime pentru recuperarea sumelor împrumutate este foarte mare, cu atât mai mare cu cât problema devine mai profundă și de mult timp durată.

Bibliografie

* American Psychiatric Association Manual de diagnostic și statistic al tulburărilor mentale, DSM-IV-TR, 2000, ediția a patra revizuită (2003) Editura Asociației Psihiatrilor liberi din România, București.

** ICD-10 (1998) Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic. OMS. Editura Alina Educațional, București.

Anderson, G., Brown, 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*, 75:401-411.

- Bannister, G. (1977). Cognitive behaviour therapy in a case of compulsive gambler. *Cognitive Therapy and Research*, 1:223–227.
- Barker, J. C., Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gamblers. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 146:285–302.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991 a). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioral treatment. *British Journal of Addiction*, 86:1485–1489.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991 b). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86:299–306.
- Blaszczynski, A., Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11:195–220.
- Boyd, W. & Bolen, D.W. (1970). The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 20, 77–90
- Coulombe, A., Ladouceur, R., Desharnais, R., Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies*, 8:235–244.
- Cotler, S. B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behaviour Therapy*, 2:579–584.
- Derevensky, J. & Gupta, R. (2000). Youth gambling: A clinical and research perspective. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling (EJGI)*, 2.
- Dickerson, M.G. (1979). FI schedules and persistent cheat gambling in the U.K. betting office. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 12:315–323.
- Felsher, J. R., Derevensky, J. L., Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies*, 20:127–153.
- Gaboury, A., Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4:411–420.
- Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 110–1126.
- Gilovich, T., Douglas, C. (1986). Biased evaluations of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 228–241.
- Grant, J.E. & Kim, S.W. (2005). Quality of life of kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 34–37.
- Greenberg, D., Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140:364–366.
- Griffiths, M.D. (1991). Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 125, 347–357.

- Griffiths, M.D. (1993). Pathological gambling: Possible treatment using an audio playback technique. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 295–297.
- Haller, R. & Hinterhuber, H. (1994). Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 27, 129.
- Heineman, M. (1992). *Recovery for Compulsive Gamblers and Their Families: Losing Your Shirt*. Minneapolis, CompCare Publishers.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addiction: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2:15–31.
- Johnson, E.E. & Nora, R.M. (1992). Does spousal participation in Gamblers Anonymous benefit compulsive gamblers? *Psychological Reports* 71:914.
- Joukador, J., Maccallum, F., Blaszczynski, A. (2003). Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. *Psychological Reports*, 92:1203–1214.
- Ladouceur, R., Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive-behavioural therapies* (pp. 89–120). New York: John Wiley.
- Ladouceur, R & Lachance, S. (2007) *Overcoming Pathological Gambling therapist guide*, Oxford University Press.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Ledgerwood, D.M., & Petry, N.M. (2005). Current trends and future directions in psychosocial treatments for pathological gambling. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 89-94.
- Lesieur, H.R. (1984). *The chase: Career of the compulsive gambler*. Rochester, Vermont: Schenkman.
- Lupu, V. (2008) *Jocul patologic denoroclaadolesecenți*. Editura Risoprint, Cluj-Napoca.
- Lupu, V. (2008a). Cognitive-behavioral therapy in pathological gambling: A case analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 269-277.
- Lupu, V. & Todiriță, I.R. (2010). *Problem Gambling in Romania: Updates*,
http://www.easg.org/media/file/vienna2010/presentations/Thursday/1600/P3/2_Viorel_Lupu_Izabela_Ramona_Todirita.pdf
- McConaghy, N. (1980). Behavioural completion mechanisms rather than primary drive maintain behavioural patterns. *Actas Nervosa Superior* [Praha, The Czech Republic], 22:138–151.
- McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczynski, A. P., & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversion therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142:366–372.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1992). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moskowitz, J. A. (1980). Lithium and lady luck: use of lithium carbonate in compulsive gambling. *New York State Journal of Medicine*, 80, 785–788.
- Nower, L. & Blaszczynsky, A. (2008). Recovery in Pathological Gambling: an Imprecise Concept. *Substance Use & Misuse*, 43, 1844-1864
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National problem gambling. *Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564–574.
- Petry, N. M. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol related conditions. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2293303/>
- Petry, N. (2005a). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Petry, N. M. (2009). *Disordered Gambling and Its Treatment*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 457-467.
- Petry, N. M. & Armentano, C. (1999). Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, vol 50, no. 8.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Salzmann, M. M. (1982). Treatment of compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 141:318–319.
- Seager, C. (1970). Treatment of compulsive gamblers using electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117:545–553.
- Sharpe, L. (1998). Cognitive-behavioural treatment for problem gambling. IN: V. Caballo (ed) *International Handbook of Cognitive and Behavioural Therapy for Psychological Disorders*. Pergamon: The Netherlands.
- Sharpe, L., & TARRIER, N. (1993). Towards a cognitive behavioural model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-203.
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling. *Archives of General Psychiatry*, 62, 769–775.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies* 9:153–167.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 727–732.

- Tepperman, J.H. (1985). The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. *Journal of Gambling Behavior* 1, 119–130.
- Tolchard, B. (2010). Cognitive-behaviour therapy for problem gamblers: characteristics of treatment completers' and non-completers', Accessed 07.01.2011
http://easg.org/media/file/vienna2010/presentations/Wednesday/1330/P3/3_Barry_Tolchard.pdf
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragoinetti, R., Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13:253–266.
- Toneatto, T., Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284–292.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., & Martell, R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 61–72.
- Zion, M.Z., 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, 117–131.