

# A kóros játékszenvedély terápiája

Szerzők:

Dr. Körmendi Attila

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség és Klinikai Pszichológia Tanszék

4032 Debrecen, Móricz Zsigmond körút 2. (levelezési cím)

[kormendi.ati@freemail.hu](mailto:kormendi.ati@freemail.hu)

Pataky Nóra

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Pedagógiai Pszichológia Tanszék

4032 Debrecen, Móricz Zsigmond körút 2.

[pataky.nora@freemail.hu](mailto:pataky.nora@freemail.hu)

Kulcsszavak: kóros játékszenvedély, terápiás megközelítések, kognitív-viselkedésterápia, pszichodinamikus terápia, Névtelen Szerencsejátékosok, spontán remisszió

## Absztrakt

Háttér:

A különböző típusú szerencsejátékok elérhetősége folyamatosan nő Magyarországon. A legtöbb ember életében kipróbál legalább egy alkalommal valamilyen szerencsejátékot, vannak, akik rendszeresen játszanak, néhányan pedig problémás játékosokká válnak és képtelenek abbahagyni a játékot. Számukra a kórkép progresszív jellegéből adódóan gyors és hatékony segítséget kell nyújtani. A kóros játékszenvedély terápiájával kapcsolatban kevés az elérhető szakirodalom, a szerencsejátékosok kezelése a legtöbb esetben a kémiai addikciók kezelésének irányelvei alapján történik. A gyógyításban részt vevő szakemberek homogén csoportként tekintenek a szerencsejátékosokra annak ellenére, hogy a vizsgálatok a szerencsejátékos populáció heterogenitását emelik ki. A szakembereknek a kezelés során számos nehézséggel kell szembenéznük: szakirodalmi hiány, az együttműködés hiánya, komorbid kórképek jelenléte és hosszantartó kezelés. Jelenleg nincs olyan átfogó terápiás módszer kidolgozva, mely hatékonyan bizonyulna a kórkép kezelésében.

Célkitűzés:

Jelen tanulmány célja a főbb kezelési modellek vázlatos ismertetése, a szerencsejátékosok terápiájával kapcsolatos szakirodalom kritikai összefoglalása, és a szerzők néhány szerencsejátékosokkal kapcsolatos terápiás tapasztalatának megfogalmazása.

Eredmények és következtetések:

A különböző terápiás megközelítések képesek pozitív eredményeket felmutatni a szerencsejátékkal kapcsolatos problémák kezelésében. Érdemes megjegyezni, hogy a terápiás hatékonyságvizsgálatok a legtöbb esetben módszertani problémákkal jellemezhetőek, ezért egyértelmű következtetéseket nem vonhatunk le eredményeikből. A pszichodinamikus terápiák hasznossága mellett kiemelhető a kognitív-viselkedésterápiák eredményessége, valamint az önsegítő csoportok jelentősége. A spontán remisszió folyamatával kapcsolatban kevés tanulmányra támaszkodhatunk, melyek a spontán remisszió gyakoriságára hívják fel a figyelmet szerencsejáték függőségénél. A terápiás hatékonyságvizsgálatok alapján a kognitív-viselkedéslélektani terápiák a legsikeresebbek annak ellenére, hogy a terápiás ülések száma korlátozott és a kliensek gyakran munkafüzetek vagy instrukciós anyagok alapján dolgoznak.

## **A kóros játékszenvedély**

Publikációnk elsősorban a kóros játékszenvedély terápiájára fókuszál, ezért magát a kórképet csak vázlatosan mutatjuk be. A leírtakon túl a kórképpel kapcsolatban magyar (KÖRMENDI, KURITÁRNÉ, 2007; KÖRMENDI 2009, 2010; DEMETROVICS, 2008a; DEMETROVICS, 2008b; BALÁZS, KUN és DEMETROVICS, 2009) és angol (RAYLU, OEI, 2002; SHARPE, 2002) nyelvű összefoglaló tanulmányok is elérhetőek.

A kóros játékszenvedélyt a DSM-IV és BNO-10 az impulzuskontroll-zavarok közé sorolja a következő jellegzetességek miatt: a beteg képtelen ellenállni a készítésnek, a játék kezdetéig megfigyelhető a fokozódó feszültség, melyet a cselekvés végrehajtása átmenetileg old, a cselekvés után büntudat keletkezik. A jelenleg érvényes diagnosztikai kritériumokat a DSM-IV tartalmazza (DSM-IV). Ugyanakkor néhány szakember viselkedési addikcióként tekint a kóros játékszenvedélyre (NÉMETH, GEREVICH, 2000; DEMETROVICS, KUN, 2007; DEMETROVICS, KUN, 2010), mivel a szerfüggőség minden jellegzetességével rendelkezik (sóvárgás, tolerancia, megvonási tünetek, impulzivitás és élménykeresés, addiktív ciklus, komplementaritás) - a kémiai szer használatának kivételével. Az addiktológiai szemléletet erősíti a kóros játékszenvedéllyel kapcsolatos várható DSM-V változás is; a kórkép az impulzuskontroll zavarok helyett az „Addiction and Related Disorders” nevű klasszifikációs csoportba kerül át az alkohol és egyéb szerhasználattal kapcsolatos kórképek közé. (HOLDEN, 2010). A szerencsejáték-függőség az obszesszív-kompulzív spektrumba is besorolható, a spektrum impulzív, kockázatkereső pólusán helyezkedik el (NÉMETH, GEREVICH, 2000; DEMETROVICS, KUN, 2007; HOLLANDER, 1993; HOLLANDER, BENZAQUEN, 1997).

A szerencsejátékos viselkedésnek jellegzetes fázisai a játék előtti fokozódó késztetés, a játék által okozott átmeneti feszültségcsökkenés (mely nem feltétlenül történik meg), és a játék után a veszteségek miatt negatív érzések megjelenése (NÉMETH, GEREVICH, 2000). A kóros játékszenvedéllyel diagnosztizálható személy észlelése beszűkül a szerencsejátékkal kapcsolatos ingerekre, kognitív folyamatait leterheli a játékkal való foglalkozás (elemzés, tervek és stratégiák készítése), elhanyagolja feladatait, kötelességeit. Jellemző a „szerencse üldözése”, addig játszanak, míg elfogy az összes pénzük és gyakran még aznap visszatérnek, hogy visszanyerjék az elveszített pénzt (BREEN, ZUCKERMAN, 1999).

A kóros játékszenvedély élettartam prevalenciája külföldi eredmények alapján 1-2 % (VOLBERG, 1994). Magyarországon diagnosztikus eszközök használatával még nem mérték a prevalenciát. Paksi 2007-es eredményei alapján a 3675 fős minta 19%-a játszott havonta legalább 1 alkalommal valamilyen szerencsejátékot, a napi játékgyakoriság 0.2% volt.

A betegség általában krónikus lefolyású, BLUME (1997) négy szakasz alapján jellemzi a lefolyását. A nyereség szakaszában kialakul a tolerancia és a kontrollvesztés, a játékos omnipotenciát él át. A veszteségek szakaszában a veszteségek nárcisztikus csapást jelentenek, elindul a szerencse üldözése. A kétségbeesés szakaszában a játékos anyagi forrásai kimerülnek, végül a reménytelenség szakaszában csökken a szerencse üldözése, a céltalan szerencsejáték jellemző.

A kóros játékszenvedély gyakran társul más pszichiátriai kórképekkel: depresszióval (CUNNINGHAM-WILLIAMS és munkatársai, 1998), kémiai addikciókkal (ARGO, BLACK, 2004) és különböző típusú (elsősorban a B és C klaszterbe tartozó) személyiségzavarokkal (BLASZCZYNSKI, STEEL, 1998; SPECKER, CARLSON és munkatársai, 1996). BLASZCZYNSKI és MCCONAUGHY (1994) kimutatta, hogy a kóros játékszenvedéllyel diagnosztizálhatóakra a normál populációtól valószínűbben jellemző kriminális, antiszociális és agresszív cselekedetek végrehajtása.

A kóros játékszenvedély kialakulásának és fennmaradásának magyarázatára különböző megközelítések léteznek, melyek egyike sem képes kielégítően magyarázni, hogy a kórkép miért marad fenn a számottevő negatív következmények ellenére (pénzügyi problémák, családi gondok, életvitel beszűkülése, kontrollvesztés érzése).

A biológiai megközelítés szerint a dopamin (sóvárgás, megvonási tünetek kialakulása, jutalomérzékenység), a szerotonin (viselkedéselindítás/gátlás, impulzivitás/kompulzivitás), a noradrenalin (újdonságkereső magatartás, izgalomkeresés és impulzivitás) és az ópiátrendszer kölcsönös egymásra hatása hozza létre a szerencsejátékosoknál megfigyelhető addiktív viselkedést (NÉMETH, GEREVICH, 2000; POTENZA, 2008). A pszichoanalitikus

elméletek szerint a szerencsejátékos nem ismeri fel tárgyakapcsolati igényét (GEREVICH, 1997), a szenvedélyek helyettesítik a szeretetet és az intimitást, ami hiányzik életéből. A pszichoanalízis szerint a kóros játékszenvedély nem alakul ki egészséges személyiség mellett, a háttérben borderline és narcisztikus személyiségvonásokat feltételeznek (ROSENTHAL, RUGLE, 1994). A szociális tanuláselméleti modell szerint a gyerek a családban és a barátoktól látott maladaptív szerencsejátékos viselkedéseket a modelltanulás útján sajátítja el (RAYLU, OEI, 2002). A szociokulturális elméletek szerint a kóros játékszenvedély azért alakul ki, mert az egyén nem tud megküzdeni a társadalom és saját maga által támasztott igényekkel, ezért olyan szubkultúrát keres, ahol az élet kevésbé összetett, valamint a jutalmak könnyebben elérhetőek (OCEAN, SMITH, 1993; RAYLU, OEI, 2004). A behaviorista megközelítés szerint a szerencsejáték és a szerencsejátékok környezetében tapasztalható ingerek és élmények a klasszikus és operáns kondicionálás mechanizmusain keresztül hozzák létre a maladaptív viselkedéseket (SKINNER, 1953; SHARPE, 2002). A kognitív megközelítés szerint a szerencsejátékosok hibás következtetéseket vonnak le a játékkal kapcsolatban, és ezek a következtetések szerepet játszanak a kóros viselkedés fennmaradásában a folyamatos pénzvesztések ellenére is (TONEATTO, 2002). Végül a kognitív-viselkedéslélektani modellek a behaviorista és a kognitív elméletek elemeit ötvözve heurisztikus modellekké és vulnerabilitási faktorok segítségével magyarázzák a kórkép kialakulását és fennmaradását (SHARPE, 2002).

### **Viselkedésterápiák**

A viselkedésterápiák célja a szerencsejátékkal és a jutalmazó szerencsejátékos környezettel kapcsolatos pozitív megerősítések megszüntetése. A szerencsejáték a strukturális jellemzőkön keresztül formálja a szerencsejátékos viselkedését, a klasszikus és operáns kondicionálás mechanizmusait használva segíti elő a függőség kialakulását (intermittáló megerősítési terv, kontiguitás, a nyerhető összeg és a nyereség valószínűségének kapcsolata, „majdnem nyertem” megerősítések) (KÖRMENDI, 2009). A szerencsejátékos viselkedését a játék jutalmazza vagy bünteti, a játékos elhagyja azokat a viselkedésmódokat, melyek büntetéshez vezetnek és preferálja azokat, melyek jutalomhoz (nyereményhez) vezetnek. A viselkedésterápia segítségével a játék és a játékkal kapcsolatos környezet által létrehozott klasszikus és operáns kondicionálások szüntethetőek meg.

A korai viselkedésterápiák averzív ingerekkel próbálták a pozitív megerősítéseket hatásait csökkenteni miközben a kliens játszott, vagy szerencsejátékkal kapcsolatos ingerek közelében

volt. BAKER és MILLER (1968) áram segítségével averzív kondicionálást végeztek, melynek hatására a kliensek felhagytak a szerencsejátékkal és a két hónapos utánkövetési időszak alatt is absztinensek maradtak. SEAGER (1970) is elektromos averzióval próbálkozott, mely pozitív változásokat eredményezett a kliensek felének (7 fő) viselkedésében. COTLER (1971) több viselkedésterápiás módszert (rejtett szenzitiváció, averzív terápiát, viselkedésmonitorozást és házastársi tanácsadást) használt egy szerencsejátékosnál, mely hatására a kliens 3-5 hónappal a kezelés után absztinenssé vált, de az elért eredményt nem tudta hosszú távon megtartani. ALLCOCK (1986) az averzív terápia és az imaginatív deszenzitiváció hatékonyságát mérte össze. Az imaginatív deszenzitiváció hatékonyabbnak bizonyult. Az averzív terápiát kapott csoport többet játszott és szorongásszintjük is magasabb volt. Nagyobb elemszámú vizsgálatokat MCCONAGHY, ARMSTRONG és munkatársai (1983, 1988) valamint MCCONAGHY, BLASZCZYNSKI és FRANKOVA (1991) végeztek az imaginatív deszenzitivációval kapcsolatban. Két esetben (1983, 1988) 20-20 fős mintával dolgozva az imaginatív deszenzitiváció hatékonyságát mérték össze más viselkedésterápiás eljárásokkal (imaginatív relaxáció és averzív terápia), mindkét esetben az imaginatív deszenzitiváció bizonyult hatékonyabbnak. MCCONAGHY, BLASZCZYNSKI és FRANKOVA (1991) százhusz szerencsejátékost osztott négy csoportba, melyek különböző viselkedésterápiás kezelést kaptak (averzív terápia, imaginális deszenzitiváció, imaginális relaxáció és in vivo expozíció). 63 klienst sikerült nyomon követni a 2-9 éves utánkövetési idő alatt. A kezeléseik közül a legsikeresebbnek az imaginatív deszenzitiváció bizonyult, a kliensek 30%-nál csökkentek vagy megszűntek a szerencsejátékkal kapcsolatos problémák.

Annak ellenére, hogy a különböző viselkedésterápiás technikák hasznosnak bizonyultak a maladaptív szerencsejátékos viselkedés csökkentésében manapság kevés terapeuta használ kizárólagosan viselkedésterápiás módszereket, sokkal jellemzőbb a kognitív-viselkedésterápiás megközelítés használata. A viselkedésterápiás technikák elsajátítása esetén a kliens képes lesz hatékonyan jutalmazni/büntetni magát a megfelelő viselkedésekért, elterelő viselkedéseket használni a késztetés csökkentésére vagy elkerülni a szerencsejátékhoz kapcsolódó helyzeteket. Ezek a módszerek azonban önmagukban kevésnek bizonyulnak főként a terápia kezdetén, amikor belső változások is szükségesek a terápiás folyamat megindulásához. A terápia befejeztével azonban az absztinencia fenntartásában rendkívül hatékonyak lehetnek a viselkedésterápiás eljárások.

## **Kognitív terápiák**

A kognitív megközelítés szerint a véletlennel, a szerencsével és a valószínűséggel kapcsolatos hibás kognitív folyamatok okozzák a szerencsejátékkal kapcsolatos problémákat. A kognitív torzítások irracionális gondolkodási folyamatok, melyek a játéktapasztalatok hatására alakulnak ki a szerencsejátékkal kapcsolatos események félreértelmezésével (TONEATTO, 2002). A szerencsejátékosok játék közben folyamatosan döntéseket hoznak és értékelik az egyes menetek kimeneteleit. A döntési és az értékelési folyamatok a kognitív hibák hatására eltorzulnak, a racionális döntések és értékelések egyre inkább a háttérbe szorulnak. Az új információk és a kimentelek értelmezése is az újonnan kialakult kognitív hibák mentén történik, tehát azok a tapasztalatok épülnek be, melyek megerősítik és támogatják a kognitív torzításokat, az ellentmondó tapasztalatok pedig átértelmeződve épülnek be a rendszerbe, vagy a játékos nem veszi őket figyelembe (SLUSHER, ANDERSON, 1989).

A kognitív kezelések a kognitív rendszer átstrukturálását célozzák, melyen keresztül csökkenthető a maladaptív viselkedés. A terapeuta segít a kliensnek felülvizsgálni hiedelmeit (BODROGI, 2006). A kezelés során kiemelt szerep jut az edukációnak, a terapeuta elmondja a kliensnek, hogy valószínűleg olyan stratégiái, gondolatai vannak az általa játszott szerencsejáték eredményeivel kapcsolatban, majd különböző technikákkal közösen megpróbálják átstrukturálni a hiedelmeket (KÖRMENDI, 2009).

A kóros játékszenvedély terápiájában a kognitív komponensek használata az 1990-es években kezdődött. TONEATTO és SOBEL (1990) imaginációs technikát használva képzelte el a szerencsejátékos, hogy lóversenyre fogad. Az imagináció közben a terapeuta demonstrálta, hogy a menetek eredményeit nem lehet bejósolni és kontrollálni. A kliens szerencsejátékkal kapcsolatos problémái csökkentek a négy hónapos kezelés és a hat hónapos utánkövetés alatt. SHARPE és TARRIER (1992) multimodális kognitív terápiája relaxációs komponenst, imaginációs és in vivo expozíciót valamint kognitív átstrukturálást tartalmazott, a terápiás módszerek között tehát nem kizárólagosan kognitív technikák szerepeltek. Mindkét esetben csökkentek a kliensek szerencsejátékkal kapcsolatos problémái, azonban a terápiákban csak 1-1 fő vett részt. SYLVAIN és LADOUCEUR (1992) három szerencsejátékosnál kognitív átstrukturálást, stimulus kontrollt és családi tanácsadást használtak. A terápiába edukációs elemeket építettek be, megtanították a betegeket, hogy felismerjék és elkerüljék azokat a helyzeteket, melyek szerencsejátékhoz vezethetnek. Fél évvel a kezelés után a játék felett

érzett kontroll illúziója csökkent a betegeknél, és megjelentek náluk a racionális hiedelmek. A betegek közül egy absztinens lett, egy másik pedig heti egyre csökkentette a játékkalkulációk számát. A harmadik kezeltnél a racionális hiedelmek megjelenésén túl nem tapasztaltak pozitív változásokat. A korai terápiás hatékonyságvizsgálatok kis elemszámmal dolgoztak, a résztvevők száma 10 fő alatt volt (TONEATTO, SOBEL, 1990; SHARPE, TARRIER, 1992; BUJOLD, LADOUCEUR és munkatársai, 1994). Azonban a korai hatékonyságvizsgálatok is kimutatták a játékszenvedély súlyosságának csökkenését a kognitív technikák hatására. A nagyobb elemszámmal (20-65) dolgozó kutatók (ECHEBURÚA, BAEZ és munkatársai, 1996; LADOUCEUR, SYLVAIN, BOUTIN, 2001; LADOUCEUR, SYLVAIN és munkatársai, 2003) szintén hatékonyak találták a kognitív technikákat a játékszenvedély súlyosságának csökkentésében. A kutatásokban használt kognitív terápiák főbb komponensei a kognitív átstrukturálás, a problémamegoldó tréning, explicit magyarázatok és relapszuspreventív ülések voltak. LADOUCEUR, SYLVAIN és BOUTIN (2001) 88 szerencsejátékost két csoportba soroltak: 59 fő kognitív terápiás kezelést kapott, mely elsősorban a kognitív torzítások azonosítására és átstrukturálására koncentrált, ez a csoport tehát kizárólag kognitív terápiás elemekkel találkozott a kezelés során. A többi szerencsejátékost (29 fő) kontrollcsoportként használták, akik nem részesültek kezelésben. A kezeléssorozat maximum 20 ülést tartalmazott. A terápia befejeztével szignifikáns különbséget mutattak ki a két csoport között a játékgyakoriság és az eljátszott pénz mennyiségének tekintetében. A kezelést kapott csoportban jelentősen nőtt a résztvevők énhatékonysága és csökkent a játék iránti sóvárgás. LADOUCEUR, SYLVAIN és munkatársai (2003) a kognitív terápia hatékonyságát mérte csoportfoglalkozásokon keresztül. A kognitív csoportterápia tíz hétig tartott, kezdetben 46 fővel, akik közül végül 24 fő teljesítette a kezeléssorozatot. A kontrollcsoport 25 szerencsejátékosból állt, akik nem kaptak semmilyen kezelést. A kezelés után a terápiás csoport 43%-a mutatott javulást több szerencsejátékkal összefüggő maladaptív viselkedés tekintetében szemben a kontrollcsoport 6%-val. ECHEBURÚA, BAEZ és munkatársai (1996) 64 szerencsejátékost soroltak véletlenszerűen négy csoportba. A kontrollcsoportot a várólistára kerültek képezték, akik nem kaptak semmilyen kezelést. A másik három csoport csoportos kognitív terápiában (kognitív átstrukturálás), viselkedésterápiás eljárásokban (stimulus kontroll, in vivo expozíció) vagy csoportos kognitív terápiában és viselkedésterápiában is részesült. A viselkedésterápiás eljárások bizonyultak a leghatékonyabbnak az absztinencia fenntartásának tekintetében, a kognitív terápiával és a kontrollcsoporttal szemben. Az egy éves utánkövetési időszak alatt a kognitív terápia hatása eltűnt. Meglepő eredmény, hogy a kombinált kezelés kevésbé volt

hatékony, mint az egyéni viselkedésterápiás módszerek. Az eredmények tehát a viselkedésterápiás eljárások hatékonysága mellett szólnak. A tanulmány kritikája lehet, hogy a csoportok csak 16 szerencsejátékost tartalmaztak, így az eredmények generalizálhatósága kétséges. BENSHAIN, TAILLEFER és LADOUCEUR (2004) vizsgálata szerint növelhető a kognitív terápia hatékonysága, ha a terápiában lévő játékost játék közben is emlékeztetik kognitív torzításaikra, illetve a terápia befejeztével is utánkövetéses ülések keretében foglalkoznak a kognitív torzításokkal. Így a kliens játék közben és a terápia befejeztével is képes racionálisan értékelni az eredményeket és a kontroll illúziója nem erősödik meg az újabb játéktapasztalatokkal az események hibás feldolgozása révén (LOPEZ-VIETS, MILLER, 1997).

Klienseink kognitív rendszerének átstrukturálása során sok esetben észleltük a terápiák folyamán, hogy a szerencsejátékkal kapcsolatos racionális gondolatok megjelenésével párhuzamosan az irracionális gondolatok továbbra is fennmaradtak. TONEATTO (2002) egyik esetismertetésében hasonló következtetésre jut. A szerencsejátékos kifejezte, hogy a kisorsolt számok mögött nincs törvényszerűség, csak a „szerencse” határozza meg, melyiket húzzák ki. Ez a kijelentése racionális attitűdöt tartalmazott a szerencsejátékokkal kapcsolatban. Később a szerencsejátékos korábbi kijelentésével logikailag ellentmondó kijelentést tett (a korábban kihúzott számokat érdemes figyelembe venni a jelenlegi számok megtételénél). A kijelentés a „játékos tévedése” nevű kognitív torzítást tartalmazza. Klienseink beszámolóí alapján feltételezzük, hogy a kognitív terápiával „csak” elérhetővé válnak a racionális értelmezések és gondolatok, azonban a hónapok, évek alatt „előrehuzalozott” gondolati körök továbbra is működnek. Ezt támasztják alá azok a megfigyelések is, melyek szerint a kognitív terápia végeztével időnként szükséges a klienst emlékeztetni a terápián tanultakra, mivel valószínűleg újra használni kezdi kognitív torzításait (LOPEZ-VIETS, MILLER, 1997). A kognitív torzítások rendszerét az általunk végzett terápiás beavatkozások során rendkívül kaotikusnak észleltük az egyes szerencsejátékosoknál. Egymásnak logikailag ellentmondó értelmezések, gondolatok lehetnek jelen, melyek átstrukturálása rendkívül nehézkes, a logika hiánya miatt a racionalitásra és logikára alapozott kognitív technikák nem minden esetben működtek. További megfigyelésünk, hogy az átstrukturálás folyamatát a narcisztikus vonások jelenléte aktívan gátolja. Az emberi gondolkodás nehezen tűri a random folyamatokat és megpróbál rendszert találni a szerencsejáték véletlenszerű, szerencsén alapuló kiemeneteleiben, majd később kontrollálni akarja azokat. A szerencsejátékosok narcisztikus vonásai facilitálják a folyamatot, ezért



nehezen tűrik a bizonytalanságot, a bejósolhatatlanságot, rendszert próbálnak kidolgozni, melyhez ragaszkodnak a terápia folyamán is. Ezen a ponton tehát kapcsolódhat a kognitív és a dinamikus terápia. A szerencsejátékosok leggyakoribb kognitív torzításai közé tartozik a kontroll illúziója (a szerencsejátékos úgy gondolja, hogy birtokolja a tudást és képességeket a játék kimenetelének pozitív irányba történő változtatására), a játékos tévedése (a jövőbeli szériák eredményei meghatározhatóak a korábbi szériák eredményeinek elemzésével), a flexibilis attribúciók használata (nyertes játszmákat saját képességeiknek tulajdonítják, a vesztes játszmákat külső tényezőknek, vagy nem veszik figyelembe esetleg tanulási folyamat részeként értelmezik őket) és a nyertes játszmák szelektív előhívása (TONEATTO, 2002; KÖRMENDI, 2009, STRICKLAND, TAYLOR és munkatársai, 2006).

### **A kognitív-viselkedésterápiás komponensek használata**

A kóros játékszenvedély kognitív terápiája a kognitív folyamatok átstrukturálásának fontosságát hangsúlyozza, a viselkedésterápiák pedig a szerencsejátékkal kapcsolatos maladaptív viselkedések megváltoztatására fókuszálnak. A kognitív viselkedésterápiák a kognitív terápiák és a viselkedésterápiák elemeit tartalmazzák, a terapeuta határozza meg, hogy melyik módszert hangsúlyozza a kezelés folyamán.

A kognitív viselkedésterápiák hatékonyságát ECHEBURÚA, BAEZ, és FERNANDEZ-MONTALVO vizsgálata (2000) demonstrálta a visszaesések megelőzésében. A vizsgálatban részt vevő szerencsejátékosok hat hetes egyéni terápián vettek részt, majd a kezelések végeztével három csoportba sorolták őket. Az első csoportnál nem történt további terápiás beavatkozás (kontrollcsoport), a második csoport egyéni, a harmadik pedig csoportos kognitív-viselkedésterápiát kapott. 12 hónapos utánkövetést befejeztével a visszaesési ráta az egyéni terápiát kapottaknál 14%, a csoportterápiában részesülőknél 22%, míg a kontrollcsoportnál 48% volt. A visszaesések megelőzésében tehát a kognitív viselkedésterápia hatékonynak bizonyult. LADOUCEUR, BOISVERT és DUMONT (1994) négy kóros játékszenvedéllyel diagnosztizált klienst kezelt. A kliensek a kezelés alatt kognitív átstrukturálásban és viselkedésterápiás alapokon nyugvó problémamegoldó és szociális képességeket fejlesztő tréningen vettek részt. Fél éves terápiát követően a kliensek absztinenssé váltak, és a kontroll illúziójában való hiedelmek is csökkentek náluk. PETRY (2004) kidolgozott egy 8 üléses kognitív viselkedésterápiát és megvizsgálta terápiás

hatékonyaságát. A mintát 231 Gamblers Anonymous (Névtelen Szerencsejátékosok, a továbbiakban GA) tag alkotta, melyből három csoportot hoztak létre. Az első csoport kizárólag GA üléseket látogatott, a második csoport a GA látogatásán túl a fent említett nyolc üléses egyéni kognitív viselkedésterápiában részesült, ahol a terápiákat különböző terapeuták végezték. A harmadik csoport a GA látogatása mellett a fent említett 8 üléses kognitív viselkedésterápiából készített munkafüzetet használva próbálták eredményeket elérni. Az egyes módszerek hatékonyságát a szerencsejátékkal töltött napok számát mérve vizsgálták egy hónapos időkereten belül. A játékkal töltött napok számát a kognitív viselkedésterápiás csoportokban sikerült a legjobban lecsökkenteni (3.5 a munkafüzetes csoport 4.5 és a GA csoport 5 napjával szemben. Mindhárom csoport jelentős javulást ért el, mivel a kezelések előtt az 1 hónap alatt átlagosan játékkal töltött napok száma 14 volt. Szintén csökkent az 1 hónap alatt átlagosan eljátszott pénz összege is, mely a kezelések előtt átlagosan 1200 dollár volt, a kezelések után a GA-t látogató és a munkafüzetrel dolgozó csoportnál 350 dollár, az egyéni kognitív viselkedésterápiában részesülő csoportnál pedig 80 dollár volt. Az eredmények az önszorgító csoport és a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát is alátámasztják. Összességében elmondható, hogy kognitív-viselkedéses elemeket tartalmazó terápiák sikeresnek bizonyultak, azonban nehéz a többféle terápiás eljárás között az egyes terápiás komponensek hatásfokát felbecsülni.

### **Pszichodinamikus terápiák**

A pszichoanalitikus kezelések alapját a szerencsejátékosoknál gyakran diagnosztizálható személyiségzavarral, az elhárító mechanizmusokkal és a szerencsejátékos karrier folyamán megjelenő érzésekkel való foglalkozás jelenti. A különböző pszichoanalitikus szerzők részletesen leírják a terápiákra jellemző folyamatokat.

A szerencsejátékosok gyakran depriváló környezetben nőnek fel, ahol gyakoriak az addikciós problémák a családon belül. A diszfunkcionális családban felnövő leendő játékos nem tanulja meg, hogy alakítson ki működő szeretetkapcsolatokat az életben (RUGLE, 1993), ezért felnőttkorában a játékot használja az intimitás pótlására. Így az egyik terápiás cél lehet (az önmedikalizációs modellelnek megfelelően) működő szeretetkapcsolat felépítése a szerencsejátékos és szociális környezete között, melyet egy kielégítő kliens-terapeuta kapcsolat alapozhat meg.

A nárcisztikus vonások a szerencsejátékosok jellemző vonásai közé tartoznak (ROSENTHAL, 1986; CUSTER, MILT, 1985), ezért a terápia során számítani kell jellegzetes nárcisztikus viselkedésekre. Nárcisztikus vonások esetén jellemző a külső megerősítésektől való erős függés és a megjelenő negatív érzések kezelésének nehézségei (acting out). Ezért a szerencsejátékos érzelmi stabilitása nagymértékben függ a terapeutától, akitől pozitív megerősítéseket vár. A pozitív megerősítések természetesen nem fognak a kliens kívánságainak megfelelően érkezni, a játékos mindenképpen csalódik a terapeutában. A szerencsejátékosban bármi csalódást kelthet: a terapeuta „nem megfelelő” reakciója, időpontváltoztatás, konfrontáció vagy egyszerűen csak a pozitív megerősítések hiánya. A kritikára és konfrontációra szorongással vagy agresszióval válaszolnak. A hasítás eredményeként szinte azonnal elfordulnak a konfrontáló vagy kritizáló terapeutától, ha csalódik benne gyakran egy másik környezetében lévő segítő szakembert kezd idealizálni (KAUFMAN, 1989).

A nárcisztikus vonások manifesztációjaként értelmezhető, amikor a szerencsejátékosok szeretnék kontrollálni a terápiás kapcsolatot, ezáltal csökkenteni a visszautasítástól és az elhagyástól való félelemüket. A kapcsolat kontrollálására az idealizációt használják, mely a pozitív áttétel egyik formája (ROSENTHAL, 1986). Az idealizáció megnyilvánulhat például a terapeuta szakértelmének elismerésében vagy külső tulajdonságainak dicséretében. A szerencsejátékos tulajdonképpen az ideális terapeutát keresi, aki maximális mértékben gondoskodik róla és kárpótolja az életben átélt negatív tapasztalatokért (PETRY, 2004). A pozitív áttétel azonban gyorsan negatív áttételbe csap át a terápia folyamán (TABER, CHAPLIN, 1988). A változás okai a fentebb már említett viselkedések lehetnek (negatív visszajelzés, konfrontáció, terápiás ülés lemondása). A kliens ezekre negatív érzésekkel és arrogáns, ellenséges, túlzottan magabiztos és szociábilis viselkedéssel válaszolhat. A terapeutának fel kell ismernie, hogy ez csak a felszín és a szerencsejátékos valójában fél a közelségtől és az intimitástól, és a klienssel is ezt kell megértetnie. A nárcisztikus vonások manifesztációjának tekinthető az a jelenség is, amikor csoportüléseken a szerencsejátékosok vulnerabilitásukat kivetítik a többiekre, és a védtelen csoporttagokat vagy a terapeutát védelmükbe veszik az esetleges támadókkal szemben (PETRY, 2004).

A terápia folyamán a szerencsejátékosok személyiségében megnyilvánuló másik kiemelkedő vonás a versengésre való hajlam. A versengés terápia folyamán megjelenhet az információk visszatartásában, a terapeutával való egyetértésben, passzivitásban, vagy a terapeuta szakmai tudásának megkérdőjelezésében. A terapeutának ki kell fejeznie elismerését a kliens versengő

hajlamának tekintetében (konfrontáció előkészítése), de tudatosítania kell benne, hogy a versengés mellett az összedolgozás is fontos, amelynek gyakorlására a terápia elsőrangú terepet nyújt (ROSENTHAL, RUGLE, 1994).

A szerencsejátékosok gyakran megpróbálják becsapni vagy kihasználni a terapeutát, ezért a viszontátvételek értelmezése szerencsejátékosok kezelésében kiemelt jelentőséggel bír. A viszontátvétel esetében a terapeutának fel kell ismernie és elfogadnia saját érzéseit, így kevésbé fog a kliens számára káros módon viselkedni a terápia folyamán (KAUFMAN, 1989). A viszontátvételek kezelésében a legfontosabb eszköz a szupervízió.

ROSENTHAL és RUGLE (1994) a kóros játékszenvedély pszichoanalitikus alapjairól írtak egy átfogó tanulmányt. Javaslatuk szerint elsődleges terápiás cél az absztinencia, melynek elérésében a kliens aktivitására kell építeni. A terapeuta támogató viselkedése mellett konfrontálja a szerencsejátékost maladaptív cselekedeteinek következményeivel, és hívja fel figyelmét a viselkedésében, gondolataiban és érzéseiben lévő ellentmondásokra. Jellemző az ambivalens érzések megjelenése a terápia és a terapeuta irányába, ezért a terapeutának változó előjelű terápiás kapcsolatra (és akár ellenségességre) is fel kell felkészülnie. A terapeutának segítenie kell kliensét, hogy megértse mit jelent számára a szerencsejáték és miért ragaszkodik hozzá. A szerencsejátékosokat csoportokba sorolják, azonban a kategóriák empirikusan nem megalapozottak és egy szerencsejátékos több kategóriába is tartozhat. Az egyes típusokra jellemző központi érzelmek képezhetik az analízis tárgyát. Az *izgalom elérése* fontos bizonyos szerencsejátékosok számára, akik a nyerést fantasztikus győzelemként éli meg. A játékos számára fontos személyeket (általában szüleit) akarja lenyűgözni, innen ered siker iránti vágya. Az *omnipotens-provokáló* típus kockázatos helyzeteket keres és a szerencsejátékban általában extrém mértékű tétet játszik meg. Erőteljes ingerekkel kompenzálja az üresség és depresszió érzését. A *versengő típus* megbecsülésre és elismerésre vágyik, amit nem kapott meg életében. A szerencsejáték lehetőség biztosít számára a kiemelkedésben. A *lázado típus* a társadalmi konvenciók megszegése és agresszív tendenciái kiélése miatt választja a szerencsejátékot. Sok szerencsejátékos számára a játék a *függetlenség* felé vezető út lehet, a nyeremények segítségével függetlenné válhat környezetétől. Egyes játékosoknak a *szociális elfogadás* fontos, számukra vonzó a szerencsejátékokat körülvevő elfogadó és támogató szociális környezet. Végül a *magányos és depressziós* emberek néha szerencsejátékkal próbálják meg csökkenteni negatív érzéseiket.

A szerencsejátékosra jellemző viselkedés a szerencse „üldözése”, amikor képtelenek kilépni a nyerőszériából, vesztes esetén pedig „üldözik” szerencséjüket, azt gondolván, hogy veszteségeik végül győzelmekkel lesznek kompenzálva. ROSENTHAL és RUGLE (1994) szerint a szerencse üldözésében az valódi motivációt a háttérben húzódnó nárcisztikus vonások jelentik a nyilvánvalóbb a finansiális aspektussal szemben. A tagadás a leggyakoribb elhárító mechanizmus szerencsejátékosoknál. A tagadás célja a nemkívánatos pszichológiai tartalmaktól való megszabadulás, ezért szerencsejátékosoknál a nemkívánatos tartalmak (bűntudat, szégyen, ambivalens érzelmek) felszínre hozása és a tagadás csökkentése a terápia legfőbb célja.

A pszichoanalitikus kezelések hatékonyságával csak néhány kis elemszámú tanulmány foglalkozott. BERGLER 1957-ben egy csoportos terápiát teljesítők között 75%-os hatékonyságot mért a tünetek csökkentése és kontrollált játék tekintetében. BOYD és BOLEN 1970-ben kilenc szerencsejátékost kezelt házastársaikkal együtt pszichodinamikus technikákkal csoportterápia keretében. A kezelések hatására három játékos teljesen felhagyott a játékkal, öt játékosnál pedig csökkent a játék gyakorisága. Négy kliens a csoportülésekkel párhuzamosan rendszeresen látogatta a Névtelen Szerencsejátékosok csoportját, náluk a relapszusok ritkábbak voltak, mint csoporttársaiknál. Az utánkövetés hiánya miatt nem tudhatjuk, hogy a terápiás hatás meddig tartott. A pszichoanalitikus hatékonyságvizsgálatok nehezen értelmezhetőek a kis mintanagyság és a kontrollcsoport hiánya miatt. Jelen publikáció szerzőinek tapasztalatai szerint a nárcisztikus vonások analízise nagymértékben segíti a szerencsejátékosok kezelését, mivel ezek a vonások a szerencsejátékosok viselkedésének több aspektusával is kapcsolatban állnak. A grandiózus self működése tetten érhető a szerencsejátékokkal kapcsolatos stratégiák felállításában, a szerencse üldözésében, a jutalmazó szerencsejátékos közegek keresésében vagy a játék kontrollálására tett erőfeszítésekben. A pszichoanalitikus álláspont szerint a szerencsejátékos a szeretet elől menekül a szerencse világába, tehát a játék az intimitást pótolja. Megfigyeléseink ezt megerősítik, több esetben is a szerencsejáték indulása előtti családi diszfunkcióról vagy intimitással kapcsolatos problémákról számoltak be a kliensek (ami az unalom és a magány megjelenését eredményezte a kapcsolaton belül). A dinamikus megközelítésben a családi és az intimitással kapcsolatos témák analízise is vezethet a játékszenvedély súlyosságának csökkenéséhez. A mazochisztikus vonások jelenléte kevésbé szembetűnő a szerencsejátékos karrier folyamán, inkább periódikusan jelennek meg nagyobb veszteségek után és a szuperegó működésére adott válaszként értelmezhetőek. A nagyobb veszteségek után érdemes a

bűntudat érzését tükrözni és analizálni, mivel a spontán remisszió vizsgálatai kiderült, hogy a szerencsejátékos viselkedés által keltett negatív érzések gátolhatják a szerencsejátékos karrier előrehaladását (HODGINS, WYNNE és MAKARCHUK, 1999). Ugyanakkor a nárcisztikus vonások jelenléte miatt a mazochisztikus késztetéseket érdemes gátolni, mivel a kliens ezeket használva csökkenti bűntudatát.

### **Gamblers Anonymous**

A GA (Gamblers Anonymous, Névtelen Szerencsejátékosok) az Anonim Alkoholisták mintájára szerveződő önsegítő csoport (FEKETE, 2005), mely a betegségmodell irányából értelmezi a kóros játékszenvedélyt. Eszerint a kórkép kialakulásáért biológiai elváltozások felelősek, a folyamat visszafordíthatatlan és progresszív. Az egyetlen megoldás az élethosszig tartó absztinencia, mivel a kóros játékszenvedélyből nem lehet felépülni. A GA csoportok a Névtelen Szerencsejátékosok Kérdőívét használják a játékszenvedély súlyosságának meghatározására, mely alapján az tekinthető kompulzív (problémás) szerencsejátékosnak, aki a Névtelen Szerencsejátékosok Tesztjének 20 kérdésből legalább hétre igennel felel (TONEATTO, 2008). A GA nem foglalkozik a kóros játékszenvedély diagnózisának felállításával, nem foglal állást orvosi kérdésekben, családi problémákat nem oldanak meg, de az üléseken lehetőség van a tagot foglalkoztató téma megbeszélésére. Az üléseken előhozható témák korlátozottak tartalmuk tekintetében: a tag csak önmagáról beszélhet, vagy olyan dolgokról, melyek összefüggnek a játékproblémájával, kapcsolódnak a gyűlés témájához. A leggyakoribb témák: tartozás, pénzhez való viszony, munka, szeretet, érzések. Az üléseken nincs párbeszéd. Az érkező új tag énfogalma megváltozik az ülések hatására, a „rossz vagyok”, „bűnös vagyok” vagy „ostoba vagyok” gondolatok eltűnnek és megjelenik a „beteg vagyok” gondolat. (Ugyanakkor a betegszerep megjelenésének hatására csökkenhet a játékos felelősségérzete a szerencsejátékkal kapcsolatos problémákat illetően, és a felelősségérzet segítheti a pszichoterápiás folyamatot). Az első ülések alatt a játékos rájön, hogy nincs egyedül problémájával, a többiek „ugyanazon az oldalon állnak” ezért megnyílik, és véleményüket referenciakeretként használja.

A GA eredményességével kapcsolatban inkonzisztensek az eredmények. LEISEURE és ROTHSCILD (1989) GA tagok gyerekeit vizsgálva kimutatta, hogy kevésbé valószínűbben játszottak, mint az egyéb kezelés alatt lévő játékosok gyerekei. A GA-t látogató játékosok között alacsonyabb volt a válási arány, mint a GA-t nem látogató játékosok között. LOPEZ-

VIETS és MILLER (1997) összefoglaló tanulmányukban felhívják arra a figyelmet, hogy különböző terápiákkal párhuzamosan a GA-t rendszeresen látogató kliensek tovább maradtak absztinensek, mint akik egyáltalán nem vagy kevesebbet jártak a GA ülésekre. A Névtelen Szerencsejátékosok önszorgató csoportja tehát sikeresnek bizonyult az absztinencia fenntartása, a kontrollált játék fenntartásában és a családi problémák rendezésében. Ugyanakkor a csoportokban magas a lemorzsolódás és a visszaesés aránya, mely azonban természetesnek vehető a játékfüggőség kezelésében. BROWN (1986) 232 GA tagot követett nyomon 2 évig, 1 évvel a csoport indulása után a tagok 7,53%-a maradt absztinens, 2 év után ez az arány lecsökkent 7,30%-ra. ROSECRANE (1988) eredményei szerint a GA tagok 70-90%-a lemorzsolódik az ülések folyamán.

Az alacsony absztinencia-ráta és a magas lemorzsolódási arány ellenére a GA látogatása ajánlott azoknak, akiknek szerencsejátékkal kapcsolatos problémáik vannak.

### **Pszichofarmakológiai kezelések**

A feltételezések szerint a központi idegrendszer alacsony szerotonin szintje kapcsolatban van a gátló válaszok deficitével, ezért az SSRI szerektől várható, hogy csökkenthetik a szerencsejátékkal kapcsolatos tüneteket. A fluvoxamine több tanulmány szerint is hatásos a késztetés visszaszorításában, az absztinencia elérésében és a szerencsejátékkal kapcsolatos viselkedések csökkentésében (HOLLANDER, DECARIA és munkatársai 1998, HOLLANDER és munkatársai, 2000).

A szintén SSRI paroxetine-el kapcsolatos eredmények inkonzisztensek. Egyfelől KIM, GRANT és munkatársai (2002) kettős vak próbával bizonyították, hogy a paroxetine hatékony a kóros játékszenvedély tüneteinek csökkentésében. Ugyanakkor egy évvel később GRANT, KIM és munkatársai (2003) nem tudtak szignifikáns különbséget kimutatni a placebót és a paroxetine-t használó csoportok között a kóros játékszenvedély tüneteinek csökkenésében. ZIMMERMANN, BREEN és POSTERNAK (2002) nyílt próbával bizonyították a citalopram eredményességét 15 szerencsejátékosnál a késztetés, a játékgyakorlás és az eljátszott pénz mennyiségének csökkentésében. Az SSRI szerekkel kapcsolatos túlnyomórészt pozitív eredmények az élménykeresés és az impulzivitás szerepére utalnak a kórképben.

Az atipikus antipszichotikumok a mániás tüneteket mutató, illetve impulzivitási problémákkal küzdő szerencsejátékosoknál lehetnek hatékonyak. MOSKOWITZ (1990) lítiummal kezelt

olyan bipoláris betegeket, akiknek szerencsejátékokkal kapcsolatos problémáik voltak. A lítium hatására a betegek felhagytak a játékkal és csökkent az impulzivitásuk. PALLANTI, QUERCIOI és munkatársai (2002) a lítiumot és a valproate-ot is egyformán hatékonynak találta a 42 szerencsejátékosnál a kóros játékszenvedély tüneteinek csökkentésében 14 hetes alkalmazást követően. HOLLANDER, PALLANTI és munkatársai (2005) bipoláris tünetekkel küzdő szerencsejátékosokat toboroztak, akik közül végül 29 teljesítette a 10 hetes kettős vak lítium carbonát-placebó próbát. A lítium carbonátot használó csoport szignifikáns javulást mutatott a kóros játékszenvedély tüneteit mérő PG-YBOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Pathological Gamblers) kérdőívben a kontrollcsoporttal szemben, továbbá a bipoláris tünetek is csökkentek.

Az opiát antagonistá naltrexone is hatásosnak bizonyult a késztetés és a maladaptív szerencsejátékkal kapcsolatos viselkedések csökkentésében (KIM, GRANT, 2001).

A kóros játékszenvedély terápiájának tekintetében bizonyos, hogy tartós eredmény pszichofarmakológiai és pszichoterápiás kezelés kombinálásával érhető el (RAYLU, OEI, 2002). A fejezetben említett szerek rövidtávon hatékonynak bizonyultak a tünetek csökkentésében.

### **Spontán remisszió**

Meglehetősen sokat tudunk arról, hogy miért alakulnak ki szerencsejátékkal kapcsolatos problémák, azonban a szerencsejátékos karrier pozitív irányú folyamatát kevesebben vizsgálják. Alig van információnk arról, hogy miért *nem* alakul ki függőség bizonyos személyeknél (kontrollált játék fenntartása), vagy bizonyos szerencsejátékosoknál miért csökkennek (vagy tűnnek el) a szerencsejáték-függőség tünetei terápiás intervenció nélkül. A téma vizsgálatához olyan szerencsejátékosokra van szükségünk, akik hosszabb ideje kontrollált szerencsejátékot játszanak, vagy tüneteik csökkentek professzionális beavatkozás nélkül.

HODGINS, WYNNE és MAKARCHUK (1999) 42 problémás szerencsejátékosból hatnál találta úgy, hogy 4 hónap elteltével tüneteik nem érik el a problémás szintet. A hat játékosból kettő vett igénybe professzionális segítséget, a többieknél spontán remisszió történt. A szerencsejáték abbahagyásának okaként a játékosok pénzügyi és családon belüli emocionális problémákat említettek. HODGINS és EL-GUEBALY (2000) 43 korábban problémás, de a vizsgálat időpontjában már átlag 14 hónapja absztinens szerencsejátékost hasonlított össze 63 aktívan játszó problémás játékosal. Nem találtak szignifikáns különbséget a csoportok között



a demográfiai változók és a komorbid kórképek tekintetében, azonban az absztinens játékosoknál sokkal tudatosabbak voltak a játékszenvedély leküzdésére irányuló próbálkozások. HODGINS, MAKARCHUK és munkatársai (2002) olyan szerencsejátékosokat vizsgáltak (n=101), akik átlagosan 19 napja absztinensek. A játék csökkentésének okai hasonlóak voltak a hosszabb ideje absztinens játékosok által említett okokhoz (HODGINS, WYNNE és MAKARCHUK 1999): pénzügyi problémák, negatív érzések átélése a családi problémák miatt. Kevesen említették a szociális támogatás szerepét (4%), helyettesítő addikció kialakítását (22%), az énképpel kapcsolatos problémákat (31%) és az életstílusváltást (43%). Az absztinens játékosok többsége itt is kiemelte, hogy tudatosan törekednek a szerencsejáték leküzdésére. A teljes minta megközelítőleg 50%-a látogatott önsegítő csoportot vagy vett részt terápiában, a levonható következtetések tehát nem generalizálhatóak egyértelműen a spontán remisszió folyamatára. A professzionális segítséget igénybe vevők és az önsegítő csoportba járók szignifikánsan több okot említettek, melyek az absztinencia irányába motiválják őket, mint a minta többi tagja. HODGINS, CURRIE és EL-GUEBALY 2001-ben 43 több hónapja absztinens szerencsejátékoskal töltetett ki a Process of Change Questionnaire-t, mely az absztinencia fenntartására motiváló változókra kérdez rá szenvedélybetegeknél. A szerencsejátékosok elsősorban kognitív-emocionális aspektusokat említettek: a düh és a szégyen megjelenését játékot követően, a megjelenő családi problémák zavarták őket, illetve megijedtek a kontrollvesztés jeleitől. Érdekes, hogy a kóros játékszenvedély kezelésében sikeres kognitív-viselkedésterápiák egyik alapelemét, az önjutalmazást (az absztinens viselkedés önjutalmazása szociális, mozgásos vagy tárgyi jutalmakkal) ritkán említették. Elképzelhető, hogy (más addikciókhoz hasonlóan) a szerencsejáték-függőség esetében is az absztinencia felé mozdulás kezdeti szakaszában a kognitív-emocionális tényezők a fontosabbak, az absztinencia fenntartásában pedig több szerep jut a viselkedéses technikáknak (önjutalmazás, szerencsejátékhoz kapcsolódó ingerek elkerülése, ellenkondicionálás).

Az eredmények összegzéseként három tényezőt emelhetünk ki, melyek az eddigi kutatások alapján az absztinencia felé vezethetik a szerencsejátékost professzionális segítség nélkül is: a tagadás csökkenése (tudatos attitűd a szerencsejátékkal kapcsolatos problémák leküzdésére), a szerencsejátékos karrier folyamán megjelenő negatív érzések (bűntudat, düh, szégyen), illetve a pénzügyi problémák. Ezek a tényezők hatékony terápiás támadáspontot jelenthetnek a kezelés folyamán.

## Összefoglalás

Összefoglalásképpen szeretnénk néhány fontos szempontot, kérdést kiemelni a kóros játékszenvedély terápiájával és a terápiás hatékonyságvizsgálatokkal kapcsolatosan.

A terápiás együttműködés kialakítása a játékfüggőknél gyakran problémás, mivel a kliensek tagadják szerencsejátékkal kapcsolatos problémáikat (KELEMEN, 2001) és kevésbé motiváltak. A kezdeti ülések egyik célja lehet „valódi” belső motiváció kialakítása. Saját tapasztalataink szerint a folyamatot elősegítheti, ha a klienst a Névtelen Szerencsejátékosok helyi csoportjába irányítjuk, mely segíthet a „szenvedélybeteg vagyok” identitás kialakításában. Akodályozhatja ellenben a kezelést, hogy a Névtelen Szerencsejátékosok önsegítő csoport hatására csökkenhet a kliens bűntudata (a betegségmodellnek megfelelően a tag a betegszerepet elfogadja), mely értelmezése jól használható a terápia folyamán. A kóros játékszenvedély terápiája nem időhatáros (LOPEZ-VIETS, MILLER, 1997), vagyis addig tart, amíg a páciens igényli a terapeuta megítélése szerint. Ennek több oka lehet: az absztinencia elérése évekig eltarthat, az absztinencia elérése után sem érdemes magára hagyni a klienst, illetve sok esetben az absztinencia elérése irracionális célkitűzés és inkább a kontrollált játék elérésére fókuszálnak. A felépülés szakaszában a kliensnek újra kell tanulnia az életet, újraépítenie kapcsolatait, újratanulni a pénzzel való bánásmódot, el kell kerülnie a játékra motiváló ingereket (CUSTER, MILT, 1985; LOPEZ-VIETS, MILLER, 1997). A reszocializációs folyamat már a terápia alatt megindul, azonban csak az absztinencia (vagy a kontrollált játék) elérését követően teljesezhet ki. A terápiás és reszocializációs folyamat tehát évekig elhúzódhat, mely során a beteg többször visszaeshet. FRANKLIN és THOMS (1989) szerint fontos, hogy a játékos családterápiában is részt vegyen hozzátartozóival együtt, ugyanis a terápiának ebben a szakaszában a játékos észlelése, gondolkodása és attitűdjei megváltoznak, és az „új” ember idegen lehet a családtagok számára. Meg kell változtatni a játékot erősítő rejtett családi szabályokat, melyek a modelltanuláson keresztül a játékos gyerekeit is a szerencsejáték irányába sodorja (CUSTER, MILT, 1985).

A szerencsejátékosok egyik jellemző vonása a nárcizmus, mely tovább nehezíti a terapeuta feladatát. A terápia folyamán gyakoriak a negatív áttételek, a hasítás, az acting out és a terapeuta idealizálása. A hasításnak köszönhetően a negatív és pozitív áttételek gyakran váltakoznak. A terápiában terápiás célként fogalmazható meg az absztinencia vagy a kontrollált játék elérése (BLASZCZYNSKI, MCCONAGHY, FRANKOVA, 1991).

A komorbid kórképek kezelése elősegíti a terápiás folyamatot, terápiás elakadás esetén érdemes egy ideig a komorbid kórképekre fókuszálni. A személyiségzavar jelenléte rossz terápiás prognózist jelent. A személyiségzavarral diagnosztizáltak kevésbé válaszolnak intervenciós stratégiákra, nem vállalnak felelősséget cselekedeteikért és másokat hibáztatnak saját sorsuk alakulásáért (PETRY, 2004).

A terápiás eljárások szembetűnő hiányossága, hogy kevés figyelmet fordítanak a kezeléseken résztvevő szerencsejátékosokat megtanítani a pénz kezelésére, menedzselésére. A kóros játékszenvedély rombolja a szociális és családi funkciókat, a terápiákon részt vevő játékosoknál szükséges megindítani a reszocializálódási folyamatot, és nem kizárólag a tünetek valamint a maladaptív viselkedések visszaszorítására fókuszálni. A pénz kezelésének kérdése a Gamblers Anonymous csoportokban jelenik meg leginkább, ahol arra buzdítják a tagokat, hogy a pénzzel kapcsolatos tevékenységet a környezetükben lévő megbízható személyek végezzék el. Ez az attitűd segít a betegszerep fenntartásában, mely a Gamblers Anonymous filozófiájának központi eleme. Az Alcoholics Anonymous csoporthoz hasonlóan azonban nem feltétlenül előnyös, ha a kliens azonosul a betegszereppel, mivel így a felelősséget elháríthatja magáról. Szükséges lenne tehát a kóros játékszenvedély terápiájába pénzmenedzsmenetet is belefoglalni, mely elősegítené az önállóság növelését, a kliens fontos funkcióját nyerné vissza és a felelősségvállalást is gyakorolná. A terapeutának a pénzmenedzseléssel kapcsolatos intervenciókat érdemes a terápia előrehaladott fázisában elindítani, mivel a menedzselés során szükséges a kliens megfelelő szintű önirányítottsága.

A hatékonyságvizsgálatok eredményei alapján a kóros játékszenvedély kezelésében a különböző terápiás megközelítések képesek eredményt elérni a terápia támadáspontjának megfelelő területen. Érdemes megemlíteni azonban, hogy a legtöbb publikált hatékonyságvizsgálat esetében különböző módszertani problémák merültek fel. Egyfelől a hatékonyságvizsgálatok gyakran kis mintanagyságot használva próbáltak terápiás következtetéseket levonni, ezért az eredményeik generalizálhatósága kétséges. Ez különösen igaz a dinamikus terápiák vizsgálataira, ahol gyakran 10 fő alatti mintát használtak, illetve esetismertetések alapján próbálták a terápia hatékonyságát igazolni. A terápiás hatékonyságvizsgálatok további hiányossága, hogy kevésbé vagy egyáltalán nem fókuszálnak arra, hogy a vizsgált terápián belül mely terápiás komponensek bizonyultak hatékonyabbnak a többinél. A hatékonyságvizsgálatok eredményeinek értelmezésénél jellemző, hogy homogén mintaként tekintenek a szerencsejátékosokra ahelyett, hogy altípusokat határoznának meg olyan fontos változók mentén, mint a játék gyakorisága, a fogadások mértéke, a komorbid

kórképek jelenléte vagy, hogy keresett e már professzionális segítséget a játékos (utóbbi információkat adhat arról, hogy tagadás fázisában van e még a játékos). A minta heterogenizálásánál problémát jelent, hogy nincs konszenzus a szerencsejátékos viselkedés különböző aspektusainak tekintetében. Különböző szerzőknél mást jelent a gyakori játék, az absztinencia, a magas fogadások meghatározása vagy a kognitív torzítások fogalma. Ez a szerencsejátékos viselkedéssel kapcsolatos mérőeszközök hiányára utal. Hasonló a helyzet nozológiai tekintetben is. A kóros játékszenvedély súlyosabb, mint a kompulzív szerencsejáték vagy a problémás szerencsejáték, a határok azonban nem egyértelműen definiáltak a fogalmak között, ezek nélkül pedig nem lehet különböző terápiák hatékonyságát összehasonlítani. A legtöbb tanulmányba az alkalmazott terápiák hatékonyságát különböző kérdőívek segítségével mérik. A kérdőívekkel kapcsolatos tünetbecslésnek több korlátozó tényezőjét is érdemes figyelembe venni a játékfüggőség esetében. Egyrészt a kérdőívek által mért tünetek megjelenhetnek a szerencsejátékos karrier bármely szakaszában, azonban támogató családi háttér és szociális környezet esetén a szociális következményekre irányuló tünetek kevésbé valószínűen teljesülnek. Másrészt sok szerencsejátékos életvitelébe illeszkedhet a szerencsejáték (például kamionsofőrként dolgozik heti vagy havi 1-2 napot tartózkodva otthon), amely így nem okoz olyan tüneteket vagy életviteli problémákat, melyeket a kérdőívek mérnek. Ezért elképzelhető, hogy a kérdőívek alkalmazásával (a szociális tényezőkre kevésbé fókuszáló DSM kritériumokkal, vagy egy diagnosztikus interjúval szemben) csak jelentős hibahatárral tudjuk diagnosztizálni a kórképet. Magyarországon a kóros játékszenvedély vizsgálatára a South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (SOGS) 2710 fős magyar mintán adaptált változata a SOGS-HU alkalmas (GYOLLAI és mtsai. 2011). A kérdőíves diagnosztizálás korlátaira utalnak HOLLANDER, SOOD és munkatársai (2005), akik összefoglaló tanulmányukban megjegyzik, hogy sok szerencsejátékos a szerencsejátékos karrier folyamán anyagilag képtelen lesz finanszírozni szenvedélyét, kevesebbet játszik és jobb eredményeket ér el a KJ tüneteire rákérdező kérdőíveken. További probléma lehet a placebót is használó kettős vak próbák esetében, hogy a szerencsejátékosok impulzuskontroll problémáik miatt a placebo is szignifikáns mértékű javulást mutatnak, mely hosszabb időn keresztül is fennállhat a kezelés alatt és maszkírozhatja az alkalmazott szer. tényleges hatását.

## Hivatkozások

A DSM-IV Diagnosztikai kritériumai (1997) Animula, Budapest.

ALLCOCK, C. C. (1986) Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.

ARGO, T. R. , BLACK, D. W. (2004) Clinical characteristics. In GRANT, J.E. , POTENZA, M.N. (eds) *Pathological gambling*. 74-86. American Psychiatric Publishing, Washington DC

BAKER, J. C., MILLER, M. (1968) Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 285-302.

BALÁZS, H., KUN, B., DEMETROVICS, ZS. (2009) A kóros játékszenvedély típusai. *Psychiatria Hungarica*, 24 (4), 238-247.

BENSHAIN, K. , TAILLEFER, A., LADOUCEUR, R. (2004) Awareness of independence of events and erroneous perceptions while gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 399-404.

BERGLER, E. (1957) *The psychology of gambling*. International Universities Press, New York

BLASZCZYNSKI, A.P., MCCONAGHY, N. (1994) Antisocial personality disorder and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10, 129-145.

BLASZCZYNSKI, A.P., MCCONAGHY, N., FRANKOVA, A. (1991) A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioral treatment. *British Journal of Addiction*, 86, 1485-1489.

BLASZCZYNSKI, A.P., STEEL, Z. (1998) Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.

BLUME, S.B. (1997) Pathological Gambling. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B., LANGROD, J.G. (eds) *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)*. 330-337. Williams and Wilkins, Baltimore.

- BODROGI, A. (2006) Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: MÓROTZ, K., PERCZEL, F.D. (eds) *Kognitív viselkedésterápia*. 583-609. Medicina Kiadó, Budapest.
- BOYD, W. H., BOLEN, D. W. (1970) The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20, 77-90.
- BREEN, R.B., ZUCKERMAN, M. (1999) Chasing in gambling behavior: personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111.
- BROWN, R. I. F. (1986) Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Life-context and other factors. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 130-140.
- BUJOLD, A., LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOISVERT, J. M. (1994) Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 275-282.
- COTLER, S. B. (1971) The use of different behavioural techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, 579-584.
- CUNNINGHAM-WILLIAMS, R. M., COTTLER, L. B., COMPTON, W. M., SPITZNAGEL, E. L. (1998) Taking changes: Problem gamblers and mental health disorders: Results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093-1096.
- CUSTER, R. L., MILT, H. (1985) *When luck runs out*. Warner Books, New York
- DEMETROVICS, ZS. (2008a) Szerencsejáték és kóros játékszenvedély Magyarországon. *Psychiatria Hungarica*, 23 (5), 336-348.
- DEMETROVICS, ZS. (2008b) Hungary. In: MEYER, T., HAYER, T., GRIFFITHS, M. (eds) *Problem Gambling in Europe. Challenges, Prevention, and Interventions*. 123-136. Springer, New York.
- DEMETROVICS, ZS., KUN, B. (2007) Viselkedési addikciók. In: DEMETROVICS, ZS. (eds) *Az addiktológia alapjai I*. 133-225. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

DEMETROVICS, ZS., KUN, B. (2010) A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In: DEMETROVICS, ZS., KUN, B. (eds) *Az addiktológia alapjaiIV*. 29-40. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

ECHEBURÚA, E., BAEZ, C., FERNANDEZ-MONTAVALO, J. (2000) Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior therapy*, 31, 351-364.

ECHEBURÚA, E., BAEZ, C., FERNANDEZ-MONTAVALO, J., PAEZ, D. (1996) Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.

FEKETE, P. (2005) *Szerencsejáték életre- halálra*. L'Harmattan Kiadó, Budapest

FRANKLIN, J., THOMS, D. R. (1989) Clinincal observations of family members of compulsive gamblers. In: SHAFFER, J., STEIN, A., GAMBINO, B., CUMMING, T.N. (eds) *Compulsive gambling: Theory, Research and Practice*.135-146. Heath, Lexington

GEREVICH, J. (1997) Az addikció pszichoanalitikus vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 12 (4), 535- 548.

GRANT, J.E., KIM, S.W., POTENZA, M.N., BLANCO, C. (2003) Paroxetine treatment of pathological gambling: A multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18, 243-249.

GYOLLAI, Á., URBÁN, R., KUN, B., PAKSI, B., ARNOLD, P., BALÁZS, H., KÖKÖNYEI, GY., OLÁH, A., DEMETROVICS, ZS. (2011) Problémás és patológiás szerencsejáték Magyarországon: a South Oaks Szerencsejáték Kérdőív magyar verziójának (SOGS-HU) hazai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 26 (4), 230-240.

HODGINS, D.C., EL-GUEBALY, N. (2000) Natural and treatment-assisted recovery from gambling-problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, 777-789.

HODGINS, D.C., WYNNE, H., MAKARCHUK, K. (1999) Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies*, 15, 93-104.

HODGINS, D.C., MAKARCHUK, K., EL-GUEBALY, N., PEDEN, N. (2002) Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research and Theory*, 10, 203-218.

HODGINS, D.C., CURRIE, S.R., EL-GUEBALY (2001) Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57.

HOLLANDER, E. (1993) Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23 (7), 355-358.

HOLLANDER, E., BENZAQUEN, S.D. (1997) The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*, 9 (1), 99-110.

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 pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 47, 813-817.

HOLLANDER, E., DECARIA, C.M., MARI, E., WONG, C.M., MOSOVICH, S., GROSSMAN, R., BEGAZ, T. (1998) Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781-1783.

HOLLANDER, E., PALLANTI, S., ALLEN, A., SOOD, E., ROSSI, N.B. (2005) Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability vs. placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorder? *American Journal of Psychiatry*, 162, 137-145.

HOLLANDER, E., SOOD, E., PALLANTI, S., ROSSI, N.B., BAKER, B. (2005) Pharmacological treatments of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21 (1), 101-110.



HOLDEN, C. (2010) Behavioral Addictions Debut in Proposed DSM-V. *Science*, 327 (5958), 935.

KAUFMAN, E. (1989) The psychotherapy of dually diagnosed patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 9-18.

KELEMEN, G. (2001) *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs

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, 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, 501-507.

KÖRMENDI, A., KURITÁRNÉ, SZ.I. (2007) Kóros játékszenvedély: összefoglaló tanulmány az aktuális kutatásokról. *Psychiatria Hungarica*, 22, (5), 344-365.

KÖRMENDI, A. (2009) A kognitív átstrukturálás jelentősége és lehetőségei a kóros játékszenvedély terápiájában. *Psychiatria Hungarica*, 24, (1), 60-67.

LADOUCEUR, R., BOISVERT, J. M., DUMONT, J. (1994) Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242.

LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C. (2001) Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 774-780.

LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C., LACHANCE, C., DOUCET, C., LEBLOND, J. (2003) Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.

LEISEUR, H. R., ROTHSCHILD, J. (1989) Children of Gamblers Anonymous members. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 269-281.

LOPEZ-VIETS V. C, MILLER W. R. (1997) Treatment approaches for pathological gambling. *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.

MCCONAGHY, N., ARMSTRONG, M.S., BLASZCZYNSKI, A.P., ALLCOCK, C. (1983) Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.

MCCONAGHY, N., ARMSTRONG, M.S., BLASZCZYNSKI, A.P., ALLCOCK, C. (1988) Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling: Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.

MCCONAGHY, N., BLASZCZYNSKI, A.P., FRANKOVA, A. (1991) Comparisons of imaginal desensitization with other behavioral treatments of pathological gambling: A two-to nine- year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.

MOSKOWITZ, J. A. (1990) Lithium and lady luck: Use of lithium carbonate in compulsive gambling. *New York State Journal of Medicine*, 80, 785-788.

NÉMETH, A., GEREVICH, J. (2000) *Addikciók*, Medicina Könyvkiadó, Budapest.

OCEAN, G., SMITH, G. J. (1993) Social reward, conflict, and commitment: a theoretical model of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 9, 321-339.

PAKSI, B. (2007) A magyar társadalom drogérzettsége. In: DEMETROVICS, ZS. (eds) *Az addiktológia alapjai I.* 257-294. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

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, 559-564.

PETRY, N. M. (2004) *Pathological gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. American Psychological Association, Washington

POTENZA, M.N. (2008) The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of The Royal Society*, 363, 3181-3189.

RAYLU, N., OEI, P. S. (2002) Pathological gambling. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061.

RAYLU, N., OEI, P. S. (2004) Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23, 1087-1114.

ROSECRANE, J. (1988) Active gamblers as peer counselors. *The International Journal of Addictions*, 23, 72-78.

ROSENTHAL, R. J. (1986) The pathological gambler's system of self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 751-766.

ROSENTHAL, R. J., RUGLE, L. J. (1994) A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence. *Journal of Gambling Studies*, 10, 21-42.

RUGLE, L. J. (1993) Initial thoughts on viewing pathological gambling from a psychological and intrapsychic structural perspective. *Journal of Gambling Studies*, 9 (1), 3-16.

SEAGER, C. P. (1970) Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.

SHARPE, L. (2002) A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.

SHARPE, L., TARRIER, N. (1992) A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 193-203.

SKINNER, B. F. (1953) *Science and Human Behavior*. Macmillan, New York

SLUSHER, M. P., ANDERSON, C. A. (1989): Belief perseverance and self-defeating behavior. In: CURTIS, R. (eds) *Self-defeating behaviors: Experimental research clinical impressions, and practical implications*. 11-40, Plenum, New York

SPECKER, S. M., CARLSON, G. A., EDMONDSON, K. M., JOHNSON, P. E., MARCOTTE, M. (1996) Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-81.

STRICKLAND, C. J., TAYLOR, A., HENDON, K., PROVOST, S., BITO, L. (2006) Erroneous beliefs among frequent fruit-machine players. *Gambling Research*, 18, 42-54.

SYLVAIN, C., LADOUCEUR, R. (1992) Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker video. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 24, 479-489.

TABER, J. I., CHAPLIN, M. P. (1988) Group psychotherapy with pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 183-196.

TONEATTO, T. (2002) Cognitive therapy for problem gambling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 191-199.

TONEATTO, T. (2008) Reliability and Validity of the Gamblers Anonymous Twenty Questions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 71-78.

TONEATTO, T., SOBELL, L. C. (1990) Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: a case report. *Addictive Behaviors*, 15, 497-501.

VOLBERG, R. (1994) The prevalence and demographics of pathological gamblers-implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.

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, 44-48.

Abstract

## **Therapy of pathological gambling**

#### Background:

The availability of different types of gambling games are constantly growing in Hungary. Most people try out at least once time some gambling game during their life and there are ones who play regulary and some of them became problem gamblers and unable to stop gambling. Fast and efficient help should be taken for them due to the progress nature of gambling problems. There is a significant gap in the gambling treatment literature in Hungary and in the most cases gambling treatment occur based on the treatment directions of chemical addictions. Experts taking part in the treatments regarded gamblers as a homogeneous group in spite that experiments emphasize the heterogeneous nature of the gamblers population. Experts must face many difficulties in the treatment of gamblers: lack of the gambling treatment literature, lack of the compliance, presence of comorbid disorders and long lasting treatment. Currently there is no work out a comprehensive treatment model which proved to be efficient in the treatment of gambling.

#### Aim:

The aim of present paper is to introduce the main treatment modells, to critical summarize literature about gambling therapies and publish some of our experience about gamblers' therapies.

#### Results and conclusions:

The different therapy approaches can present some positive results regarding the treatment of gambling problems. It is worth to mention that therapy efficiacy studies may characterize by methodological problems in the most cases therefore unambiguous conclusions can not be substracted from their results. The significance of cognitive-behavioral therapies and self-help groups may be emphasized beside the beneficial of psychodinamic therapies. We rely on few studies regarding the process of spontaneous remission which attract attention to the high frequency of this phenomenon among gamblers. According to the therapy efficiacy studies cognitive-behavioral therapies are the most successful in spite that the number of therapy sessions are limited and clients often work based on work books and instruction materials.

Key words: pathological gambling, therapy approaches, cognitive-behavioral therapy, psychodinamic therapy, Gamblers Anonymous, spontaneous remission

