

1.17

“ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY” PER IL GAMBLING DISORDER (DGA)

Ponticelli A.*[1], Corsini B.[1], Fasoli S.[1], Fiocchi M.[1], Bassanini A.[2], Galletti E.[2], Zita G.[1]

[1]ASST Fatebenefratelli Sacco - UOC Dipendenze - UOS SerD Canzio ~ Milano ~ Italy, [2]Centro MeP - Mindfulness e Psicoterapia ~ Milano ~ Italy

Sottotitolo: Esperienza dell'utilizzo dell'ACT in una psicoterapia di gruppo rivolta a pazienti giocatori nel SerD Canzio – ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano: analisi dei primi risultati (novembre 2020 - settembre 2021)

Introduzione

L'ACT (Acceptance & Commitment Therapy) è un intervento psicoterapeutico ad indirizzo cognitivo comportamentale che mira ad incrementare la flessibilità psicologica. È basato su evidenze sperimentali, utilizza strategie di accettazione e mindfulness, tecniche di modificazione del comportamento e di impegno all'azione (Hayes et al., 2006). Il SerD di via Canzio – ASST FBF-SACCO di Milano ha avviato una sperimentazione sull'utilizzo di tale modello in un gruppo rivolto a pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Durante la prima sessione di gruppo, a un mese dalla fine dell'intervento e a 3 mesi dalla conclusione del gruppo, sono stati somministrati i test Comp-Act, GCRS, CPGI, BIS-11 e SCL-90; i dati ottenuti sono stati impiegati nello svolgimento di analisi statistiche. I risultati preliminari mostrano, sebbene il campione sia ancora poco numeroso, effetti significativi in alcune aree rilevanti nel trattamento del gioco d'azzardo, come consapevolezza delle proprie azioni, apertura all'esperienza e messa in atto di azioni “value-based”; i risultati mostrano inoltre diminuzioni della sintomatologia del disturbo da gioco d'azzardo e del disagio psicologico ad esso correlato.

Premessa

L'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) è un intervento psicologico e psicoterapeutico sviluppato

all'interno di una cornice teorica e filosofica coerente e basato su evidenze sperimentali, che usa strategie di accettazione e mindfulness insieme a strategie di impegno nell'azione e modificazione del comportamento, per incrementare la flessibilità psicologica (Hayes, 2005). Per “flessibilità psicologica” si intende essere in contatto con il momento presente in modo consapevole e, qualora sia possibile, modificare o persistere in comportamenti che seguano i valori che ciascuno ha scelto come importanti. Obiettivo dell'ACT è di aiutare la persona a scegliere di agire in modo efficace in presenza di eventi interni dolorosi. La visione ACT nasce dal lavoro di Steven C. Hayes, professore di Psicologia dell'Università del Nevada, negli Stati Uniti, e rientra a pieno titolo nel movimento noto come “Terza Generazione” nel panorama delle psicoterapie cognitivo-comportamentali. Secondo l'ACT, il problema per molte persone con problematiche da gioco è l'utilizzo di metodi di coping intrinsecamente auto-invalidanti. È abbastanza normale che un adulto, nella nostra cultura, gestisca pensieri e sentimenti spiacevoli usando strategie di eliminazione, allontanamento e resistenza (Dixon & Whiting, 2015). Per molte persone questi metodi possono risultare efficaci quando le esperienze da evitare non sono così significative da interferire con il funzionamento sociale generale dell'individuo. Tuttavia, in alcuni casi, lo strumento utilizzato per evitare spiacevoli esperienze interne può risultare autodistruttivo (come ad esempio, bere o giocare d'azzardo). Inoltre diversi studi hanno prodotto prove empiriche a sostegno del fatto che più si tenta di evitare un'esperienza, più tale sforzo produce l'esperienza stessa (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006. Clark, Ball & Pape, 1991; Feldner, Zvolensky, Eifert & Spira, 2003). Ad oggi l'applicazione dell'ACT nel Gambling è in crescita.

La letteratura scientifica sull'argomento suggerisce che la consapevolezza disposizionale, coltivata dagli interventi ACT, sia correlata ad una minore gravità dei comportamenti di gioco e a minor disagio psicologico. Inoltre gli studi indicano che la relazione tra consapevolezza e disagio psicologico può essere mediata da fattori come chiarimento dei valori e flessibilità emotiva, cognitiva e comportamentale (De Lisle et al., 2012)

Campione

Il campione è composto da soggetti afferenti al SerD Canzio di Milano con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo. I soggetti, oltre alla partecipazione a questo protocollo, seguono anche il consueto percorso previsto dal Servizio. Finora si sono svolte 3 edizioni complete del gruppo.

Campione

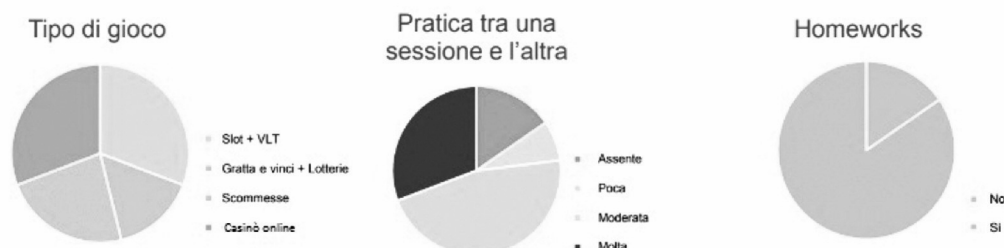


Figura 1

Il gruppo ACT è rivolto a giocatori in una fase avanzata di trattamento, dopo i primi interventi, dopo la partecipazione ad un gruppo psicoeducativo di base e al raggiungimento di una sufficiente stabilizzazione rispetto al sintomo. Criterio di esclusione è stata la presenza di condizioni psicopatologiche poco compensate e non compatibili con l'attività di gruppo.

Il campione è costituito da 13 soggetti, 12 maschi e 1 femmina con età media di 47 anni. Un soggetto non ha terminato gli incontri di gruppo.

Rispetto alle tipologie di gioco si evidenzia che 4 soggetti utilizzavano prevalentemente Slot-Machine e Videolottery (31%), 2 persone giocavano a lotterie istantanee (15%), 4 a giochi da casinò online (31%) e 3 pazienti effettuavano scommesse (23%).

Durante il protocollo ACT quasi la metà dei soggetti (46%) ha svolto una moderata pratica degli esercizi di mindfulness tra una sessione e l'altra e gran parte dei partecipanti ha svolto i compiti a casa assegnati (85%). Per quanto riguarda l'astensione dal gioco, è emerso che il 77% dei soggetti non ha avuto ricadute durante il periodo di osservazione (Figura 1).

Metodologia

Il gruppo è stato condotto da due psicologhe dell'equipe GAP del Servizio; ha previsto 6 sessioni settimanali della durata di 1,5 ore ciascuna (primo incontro ? T0), una sessione Booster (sessione di rinforzo T1) a un mese dall'ultimo incontro e una sessione di Follow-Up (T2) a 3 mesi dall'ultima sessione settimanale.

Negli incontri venivano trattati i punti fondamentali dell'intervento ACT, in particolare:

- Modulo 1 - Dolore, Sofferenza e Controllo
- Modulo 2 - Consapevolezza e Defusione
- Modulo 3 - Passato, Futuro e Presente
- Modulo 4 - Il sé che osserva
- Modulo 5 - Cosa e chi è importante, e azioni coerenti
- Modulo 6 - Dove andiamo a partire da qui

Gli indicatori e le misure utilizzate ai fini statistici sono stati i seguenti questionari, somministrati a T0, T1 e T2:

- SCL-90 (Symptom Checklist-90)
- BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale)
- GRCS (Gambling Related Cognitions Scale)
- CompACT (Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy)
- CPGI - Canadian Problem Gambling Index.

Nel rispetto delle normative anti Covid-19, il percorso si è tenuto interamente online. L'utilizzo del canale digitale non sembra aver interferito in alcun modo con gli aspetti relazionali intragruppo né con gli operatori; l'utilizzo del video è stato invece facilitante rispetto alla possibilità di non indossare la mascherina e vedere così per intero i volti e le emozioni dei partecipanti. Nel complesso, tutti i soggetti sono stati in grado di avvalersi di questo canale; si segnala inoltre che la compilazione dei questionari in modalità online ha favorito la completezza della raccolta dei dati.

Su tutti i questionari utilizzati sono state svolte analisi statistiche tramite il software SPSS per individuare i

Risultati preliminari CompACT

Test multivariati ^a									
Effetto	Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Eta quadrato parziale	Potenza osservata ^c		
CompActBaPRE_POST	Traccia di Pillai	,744	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Lambda di Wilks	,256	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Traccia di Hotelling	2,907	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Radice di Roy più grande	2,907	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: CompActBaPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a									
Effetto	Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Eta quadrato parziale	Potenza osservata ^c		
Tot_PRE_POST	Traccia di Pillai	,562	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Lambda di Wilks	,438	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Traccia di Hotelling	1,283	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Radice di Roy più grande	1,283	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: Tot_PRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 1

Risultati preliminari GRCS e CPGI

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpRE_POST	Traccia di Pillai	.717	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Lambda di Wilks	.283	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Traccia di Hotelling	2,536	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Radice di Roy più grande	2,536	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpPRE_POST	Traccia di Pillai	.496	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Lambda di Wilks	.504	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Traccia di Hotelling	.983	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Radice di Roy più grande	.983	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpPRE_POST	Traccia di Pillai	.644	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Lambda di Wilks	.356	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Traccia di Hotelling	1,809	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Radice di Roy più grande	1,809	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
CPCI_PRE_POST	Traccia di Pillai	.800	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Lambda di Wilks	.200	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Traccia di Hotelling	4,009	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Radice di Roy più grande	4,009	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: CPCI_PRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 2

cambiamenti che il protocollo ACT ha apportato nel campione.

Risultati

CompACT

Confrontando i risultati emersi dalla prima e dall'ultima somministrazione, è emerso un miglioramento statisticamente significativo della Behavioral Awareness (BA), ovvero nella Consapevolezza delle proprie Azioni. È inoltre stata rilevata una significativa variazione del punteggio totale, che include le aree: Apertura all'Esperienza, Consapevolezza delle proprie Azioni, compimento di Azioni di Valore (Tabella 1).

GRCS e CPGI

È stata rilevata una significativa modificazione nelle seguenti aree del questionario GRCS: aspettative legate al gioco d'azzardo e controllo predittivo; è inoltre emerso un cambiamento nel punteggio totale. È stato altresì individuato un miglioramento statisticamente significativo anche nei punteggi del Canadian Problem Gambling Index (CPGI), utilizzato per identificare la gravità della sintomatologia (Tabella 2).

Risultati preliminari BIS-11

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11bPRE_POST	Traccia di Pillai	.511	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Lambda di Wilks	.489	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Traccia di Hotelling	1,046	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Radice di Roy più grande	1,046	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11bPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11cPRE_POST	Traccia di Pillai	.728	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Lambda di Wilks	.272	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Traccia di Hotelling	2,674	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Radice di Roy più grande	2,674	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11cPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

BIS-11

È stata individuata una modificazione significativa nelle aree: attentiva, che include attenzione e stabilità cognitiva; impulsività motoria, che racchiude la attivazione motoria e la perseveranza; di non pianificazione, che consiste in autocontrollo e complessità cognitiva (Tabella 3).

SCL-90

È stata rilevata una significativa modificazione nelle aree: ipersensibilità interpersonale, depressione, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide (Tabella 4).

Discussione e conclusioni

L'intervento di gruppo ACT di 6 sessioni ha potenziato un fattore che ha un ruolo nucleare nel Disturbo da Gioco d'Azzardo: la consapevolezza delle proprie azioni. Essere consapevoli di sé e dei propri comportamenti permette di scegliere quali azioni compiere e, come mostrato dalla letteratura esistente, un giocatore consapevole può presentare una sintomatologia ridotta, nonché inferiori livelli di disagio psicologico (De Lisle et al., 2015).

A sei mesi dall'inizio dell'intervento ACT si rileva una significativa riduzione della sintomatologia in alcune

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11dPRE_POST	Traccia di Pillai	.664	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Lambda di Wilks	.336	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Traccia di Hotelling	1,976	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Radice di Roy più grande	1,976	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11dPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 3

Risultati preliminari SCL-90

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90sPRE_POST	Traccia di Pillai	.538	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Lambda di Wilks	.462	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Traccia di Hotelling	1,165	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Radice di Roy più grande	1,165	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90sPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90depPRE_POST	Traccia di Pillai	.472	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Lambda di Wilks	.528	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Traccia di Hotelling	.893	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Radice di Roy più grande	.893	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90depPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90hosPRE_POST	Traccia di Pillai	.442	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Lambda di Wilks	.558	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Traccia di Hotelling	.791	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Radice di Roy più grande	.791	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90hosPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90phobPRE_POST	Traccia di Pillai	.431	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Lambda di Wilks	.569	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Traccia di Hotelling	.759	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Radice di Roy più grande	.759	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90phobPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90parPRE_POST	Traccia di Pillai	.547	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Lambda di Wilks	.453	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Traccia di Hotelling	1,206	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Radice di Roy più grande	1,206	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90parPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 4

aree che evidenziano la presenza di un disagio psicologico, quali depressione, ansia fobica, ideazione paranoide, ostilità, ipersensibilità interpersonale.

Per quanto riguarda il DGA sono diminuiti al GRCS i punteggi nelle aree del controllo predittivo e delle aspettative legate al gioco.

Coerentemente con la letteratura, che riporta effetti degli interventi ACT sulla riduzione delle azioni impulsive (Maynard et al, 2018), i dati suggeriscono che l'intervento di gruppo abbia migliorato variabili quali autocontrollo dei soggetti, stabilità e complessità cognitiva.

Infine sono risultate delle modificazioni significative sull'apertura all'esperienza e sulla capacità di compiere azioni coerenti con i propri valori, elementi centrali nella visione ACT.

Rinforzare queste due abilità potrebbe consentire al giocatore nuove prospettive e di mettere in atto azioni più funzionali e adattive nei propri comportamenti.

In base all'esperienza fatta è emerso che i pazienti coinvolti hanno seguito il gruppo con interesse e costante partecipazione e ne hanno riconosciuto l'utilità riportando cambiamenti significativi in diverse aree della loro vita.

Prospettive future

Presso il SerD Canzio sono in corso altre edizioni del gruppo ACT e questo permetterà di ampliare la raccolta dei dati su cui svolgere ulteriori valutazioni.

Dall'esperienza fatta finora sembra possibile estendere questo tipo di gruppo anche a pazienti con altre forme di dipendenze.

Gli operatori del Servizio continueranno la formazione

che è già in corso dal 2019 con colleghi esperti in Acceptance and Commitment Therapy.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quinta edizione

Baer, R. A. (2005) *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and application*. New York Academic Press

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullina, V. (2000). *Relational frame theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis*. *The Behavior Analyst*, 23, 69-84.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). *Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy*. *JCLP/In session: Psychotherapy in Practice*, 57, 243-255.

Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). *An experimental investigation of thought suppression*. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.

De Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2012). *Mindfulness and problem gambling: a review of the literature*. *Journal of gambling studies*, 28(4), 719-739.

Dixon, M.R., Whiting, S.W., Gunnarsson, K.F., Daar, J.H. & Rowsey, K.E. (2015). *Trends in behavior-analytic gambling research and treatment*. *The Behavior Analyst*, 38(2), 179-202.

Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. & Spira, A.P. (2003). *Emotional avoidance: an experimental test of*

individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.

Harris, R. (2009) *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc. - Traduzione italiana: *Fare ACT*, ed. FrancoAngeli (2011)

Harris, R. (2012). *The reality slap: Finding peace and fulfillment when life hurts*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S.C., & Smith, S. (2005) *Get out of your mind and into your life; The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D., (2007) *Learning ACT: acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuzienski, E., & Whiting, S. W. (2018). *Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Research on Social Work Practice*, 28(3), 348–362. <https://doi.org/10.1177/1049731515606977>

Nastally, B.L., Dixon, M.R. *The Effect of a Brief Acceptance and Commitment Therapy Intervention on the Near-Miss Effect in Problem Gamblers*. *Psychol Rec* 62, 677–690 (2012). <https://doi.org/10.1007/BF03395828>

Reid, R. L. (1986). *The psychology of the near miss*. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 32–39.

Walser, R.D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic disorder and trauma-related problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Weatherly, J. N., & Dixon, M. R. (2007). *Toward an integrative behavioral model of gambling*. *Analysis of Gambling Behavior*, 1, 4-18.

Zettle, R.D. (2007). *ACT for depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.