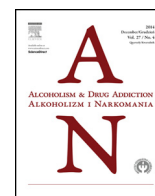


Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)**ScienceDirect**journal homepage: [www.elsevier.com/locate/alkona](http://www.elsevier.com/locate/alkona)

Artykuł przeglądowy/Review article

## Zaburzenia hazardowe – rozpowszechnienie, oferta terapeutyczna, dostępność leczenia i predyktory podjęcia leczenia. Przegląd literatury

*Gambling disorders – prevalence, offered treatment and its availability and predictors of treatment seeking. Review of the literature*

Łukasz Wieczorek\*, Katarzyna Dąbrowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Warszawa, Polska

### INFORMACJE O ARTYKULE

*Historia artykułu:*

Otrzymano: 03.11.2014

Zaakceptowano: 09.01.2015

Dostępne online: 02.04.2015

*Keywords:*Gambling  
Treatment  
Availability  
Motivators  
Barriers

### ABSTRACT

*Introduction:* The aim of the review is to present the complexity of issues related to treatment of gambling disorders, including definition of gambling and diagnostic criteria, the coexistence of gambling disorders and other disorders, epidemiology of the phenomenon, the prevalence of help seeking, the therapeutic offer for gamblers and its effectiveness, motivations and barriers to treatment.

*Material and method:* The review of the literature was conducted using the MEDLINE database and Google Scholar. Two general search terms: “gambling” and “treatment” were used, and exploration was limited to 2000–2014. A total number of 96 publications were included in the review.

*Results:* The legalisation of gambling contributed to a growth in the social acceptance for this type of behaviour. Gambling disorders are often associated with mental disorders (mood, neurotic and personality disorders), and psychoactive substance dependence. The vast majority of gamblers do not seek treatment and about one third of them recover without professional help. Among those who decided on treatment, participation in the Gamblers Anonymous meetings is the most preferred form. Cognitive behavioural therapy, brief interventions and controlled gambling are effective forms of treatment as confirmed by evaluation studies. Gamblers decide to take treatment mainly for economic reasons or because of concerns about their mental and physical health. Barriers to treatment are primarily gamblers' beliefs that they can solve their

\* Adres do korespondencji: Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, Polska. Tel.: +48 22 4582 779.

Adres email: [lwieczorek@ipin.edu.pl](mailto:lwieczorek@ipin.edu.pl) (Ł. Wieczorek).

Peer review under responsibility of Institute of Psychiatry and Neurology.

problems themselves, shame, fear of stigma, lack of information on what the treatment is and doubts about its effectiveness and quality.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

## STRESZCZENIE

### Słowa kluczowe:

hazard  
leczenie  
dostępność  
motywy  
bariery

*Wprowadzenie:* Celem przeglądu jest zaprezentowanie kompleksu zagadnień dotyczących leczenia zaburzeń hazardowych, w tym: definicji hazardu i narzędzi diagnostycznych, współwystępowania zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami, epidemiologii zjawiska, rozpowszechnienia poszukiwania pomocy, oferty terapeutycznej dla osób z zaburzeniami hazardowymi i jej skuteczności, motywów podjęcia leczenia oraz barier w dostępie do leczenia.

*Materiał i metoda:* Do przeglądu literatury wykorzystano bazę artykułów MEDLINE oraz Google Scholar. W wyszukiwaniu użyto dwóch ogólnych słów kluczowych: *Gambling* i *Treatment*; zakres wyszukiwania artykułów ograniczono do lat 2000–2014. Do przeglądu ostatecznie zakwalifikowano 96 publikacji.

*Wyniki:* Legalizacja hazardu przyczyniła się do wzrostu społecznej akceptacji dla tego typu zachowań. Zaburzenia hazardowe często współwystępują z zaburzeniami psychicznymi (zaburzeniami nastroju, nerwicowymi i osobowości) oraz z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Zdecydowana większość osób z tymi zaburzeniami nie poszukuje leczenia, około jedna trzecia zdrowieje bez profesjonalnej pomocy. Wśród osób, które podejmują leczenie najbardziej rozpowszechnioną formą jest uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów. Skuteczną formą leczenia, mającą oparcie w badaniach naukowych, jest leczenie farmakologiczne, terapia poznawczo-behawioralna, krótkie interwencje i granie kontrolowane. Osoby z zaburzeniami hazardowymi, jeśli decydują się na podjęcie leczenia, robią to głównie z powodów ekonomicznych lub z powodu zaniepokojenia swoim zdrowiem psychicznym i fizycznym. Bariery w dostępie do leczenia są przede wszystkim przekonania osoby z zaburzeniami hazardowymi o możliwości rozwiązania problemu we własnym zakresie, wstyd, obawa przed stygmatyzacją, brak informacji na czym polega leczenie, wątpliwości dotyczące jego skuteczności i jakości.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

## Wprowadzenie

Celem przeglądu jest zaprezentowanie kompleksu zagadnień dotyczących leczenia zaburzeń hazardowych, w tym: definicji hazardu i narzędzi diagnostycznych, współwystępowania zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami, epidemiologii zjawiska, rozpowszechnienia poszukiwania pomocy, oferty terapeutycznej dla osób z zaburzeniami hazardowymi i jej skuteczności, motywów podjęcia leczenia oraz barier w dostępie do leczenia.

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy

(*compulsive gambling*) i patologiczny (*pathological gambling*). Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe (*gambling disorders*), który coraz częściej jest używany. *Hazard problemowy* od patologicznego odróżnia zaawansowanie choroby; osoby uprawiające hazard problemowo są na ogół we wcześniejszej fazie zaburzenia, ich zachowanie nie spełnia niezbędnych kryteriów diagnostycznych właściwych dla rozpoznania patologicznego hazardu [1, 2].

Według Potenzy i wsp. „hazard można definiować jako zachowanie ryzykowne polegające na przekazywaniu wartościowych przedmiotów w nadziei na zdobycie/uzyskanie przedmiotów większej wartości” [3: 721]. „Jest on złożoną i dynamiczną interakcją

czynników środowiskowych, psychofizjologicznych, rozwojowych, poznawczych i behawioralnych” [4: 318].

*Patologiczny hazard* definiuje się jako postępujące i przewlekłe zaburzenie, nad którym trudno zaplanować (trudno oprzeć się impulsowi), wywołujące szkody osobiste, rodzinne i zawodowe [1, 5, 6]. Można zidentyfikować różne ujęcia teoretyczne patologicznego hazardu. Rozpatruje się go w perspektywie psychodynamicznej, modelu medycznego (biologicznego), teorii psychologicznych (np. teorii społecznego uczenia się, behawioralnych, poznawczych, poznawczo-behawioralnych). Można też widzieć szereg podobieństw między patologicznym hazardem a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [4].

Wyższe wskaźniki rozpoznania patologicznego hazardu występują wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, z niskimi dochodami, bezrobotnych i często tracących pracę, słabo wykształconych, po rozwodzie, z przeszłością kryminalną. Osoby uprawiające patologicznie hazard częściej mają problemy psychiczne, a ich ogólny stan zdrowia jest zły. Brak jednoznacznych wyników badań, które potwierdzałyby, że to więcej mężczyzn niż kobiet uprawia hazard w sposób patologiczny [1, 3].

Pod koniec XX wieku Amerykanie przeznaczali na gry hazardowe równowartość 6% produktu krajowego brutto [6]. Na początku XXI wieku koszty problemowego i patologicznego hazardu w USA szacowano na 5 miliardów dolarów rocznie, z czego jedną trzecią stanowiły koszty ponoszone przez wymiar sprawiedliwości. Koszty indywidualne (*individual lifetime costs*) szacowane dla osób uprawiających patologicznie hazard wynosiły 10 550 dolarów, z kolei dla osób uprawiających hazard problemowo były o połowę niższe i wynosiły 5130 dolarów [7].

W literaturze rozróżnia się różne formy hazardu: gry w kasynie (np. ruletka, Black Jack), zakłady (np. wyścigi konne, wyścigi psów, totalizatory sportowe), granie na automatach i branie udziału w loteriach [3]. Wraz z ekspansją Internetu coraz większą popularnością cieszą się gry hazardowe *on-line*, przede wszystkim w związku z anonimowością, łatwą dostępnością, dynamiką grania. Granie w Internecie pozwala na pozostanie we własnym domu, zapewnia wygodę i prywatność [1].

#### *Diagnoza patologicznego hazardu według DSM-IV, DSM-5 i ICD-10*

Patologiczny hazard, jako zaburzenie psychiczne, znalazł się w 1980 roku w trzeciej edycji amerykańskiej

Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-III*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod nazwą „impulsywne zaburzenia kontroli nigdzie indziej niesklasyfikowane” (*disorders of impulse control not elsewhere classified*). Tak samo określano go w czwartej edycji. Objawy były podobne do tych, które są charakterystyczne dla uzależnień od substancji psychoaktywnych [6, 8–11].

DSM-IV opisuje objawy patologicznego hazardu jako:

1. zaabsorbowanie hazardem (przeżywanie dawnych i myślenie o przyszłych doświadczeniach z grami, planowanie sposobu zdobycia pieniędzy na hazard),
2. zwiększanie ilości czasu i pieniędzy przeznaczonych na hazard w celu osiągnięcia pożądanego poziomu satysfakcji,
3. podejmowanie wysiłków w celu zaprzestania uprawiania hazardu,
4. odczuwanie niepokoju lub irytacji przy próbach ograniczenia lub przerwania gry,
5. traktowanie gry jako sposobu ucieczki od problemów lub uśmierzenia negatywnych emocji (winy, lęku, depresji),
6. próby odzyskiwania straconych pieniędzy (odgrywanie się),
7. okłamywanie innych co do rozmiarów swojej aktywności hazardowej,
8. podejmowanie nielegalnych działań w celu zdobycia pieniędzy na hazard,
9. narażanie na utratę z powodu hazardu ważnych związków interpersonalnych, pracy, możliwości edukacyjnych,
10. szukanie u innych pomocy, by zdobyć pieniądze na poprawę złej sytuacji materialnej spowodowanej uprawianiem hazardu [3, 6].

Diagnozowany musiał spełnić przynajmniej 5 kryteriów, aby można było rozpoznać patologiczny hazard.

DSM-5 w inny sposób ujmuje patologiczny hazard, zmieniając nazwę jednostki chorobowej na *zaburzenia hazardowe*. Klasyfikuje go w rozdziale dotyczącym używania substancji i uzależnień behawioralnych. W porównaniu z DSM-IV klasyfikacja DSM-5 ograniczyła liczbę kryteriów diagnostycznych do 9, usuwając kryterium odnoszące się do podejmowania nielegalnych działań w celu zdobycia pieniędzy na hazard. Pozostałych kryteriów praktycznie nie zmieniono. Dla postawienia diagnozy konieczne jest wystąpienie minimum 4 rodzajów zachowań w ciągu poprzedzających 12 miesięcy [2, 12, 13].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) klasyfikuje patologiczny hazard jako zaburzenie nawyków i kontroli impulsów wśród takich zaburzeń, jak kleptomania, piromania oraz wśród innych niespecyficznych zaburzeń i nawyków [14]. ICD-10 definiuje go jako „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszania norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz uniknięcia spłacania długów. Opisują intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą” [15]. Wystąpienie dwóch lub więcej kryteriów w ciągu roku jest objawem patologicznego hazardu [16].

#### Testy przesiewowe (screening tests)

Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych pogłębieniem problemu i patologicznym hazardem. Mogą być prowadzone głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów psychiatrów. Badania pokazują, że są one skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu [3].

Jest wiele testów skriningowych o różnym stopniu złożoności. Najbardziej znanym testem przesiewowym diagnozującym patologiczny hazard jest zaprojektowany w latach osiemdziesiątych *The South Oaks Gambling Screen* (SOGS). Został stworzony na bazie kryteriów klasyfikacji DSM-III i DSM-III-R, zawiera 20 pytań odnoszących się do zachowań hazardowych, takich jak chęć odgrywania się po przegranej, problemy z kontrolą grania i pieniędzy, poczucie winy związane z graniem [17, 18]. Test SOGS ma silną swoistość (*specificity* – zdolność do wykluczenia choroby) i wrażliwość (*sensitivity* – zdolność do rozpoznania choroby). W badaniach prowadzonych z jego wykorzystaniem lepsze wyniki diagnostyczne uzyskiwano wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie niż stacjonarnie [19].

*The Diagnostic Interview for Gambling Severity* (DIGS) ukazał się pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Składa się z 20 pytań zamkniętych opracowanych na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-IV.

Pytania są wielokrotnego wyboru, do każdego kryterium z DSM-IV odnoszą się dwa pytania z testu. Również ten test wykazuje silną swoistość i wrażliwość [19].

Prostym testem przesiewowym jest *Lie/Bet Questionnaire*. Składa się jedynie z dwóch pytań, które zostały zaprojektowane na podstawie 10 kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu w klasyfikacji DSM-IV:

1. Czy kiedykolwiek odczuwałeś potrzebę wygrywania coraz większych kwot?
2. Czy kiedykolwiek musiałeś oszukiwać bliskich co do tego, jak dużo przegrałeś?

W badaniach swoistość testu była na poziomie ponad 80%, natomiast wrażliwość – 100% [3].

*Early Intervention Gambling Health Test* (EIGHT) składa się z ośmiu pytań dotyczących: samopoczucia (niepokoju, przygnębienia, poczucia winy) w związku z graniem (pytania 1–3), ukrywania czasu spędzanego na graniu, ilości przegranych pieniędzy i chęci odegrania się (pytania 4–6), krytycznych komentarzy otoczenia osób z zaburzeniami hazardowymi w związku z graniem (pytanie 7) oraz podejmowania prób wygrania pieniędzy, aby spłacić długi (pytanie 8). Test EIGHT został specjalnie zaprojektowany dla pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Zdolność do wykluczenia patologicznego hazardu testem EIGHT została potwierdzona na poziomie ponad 90%, natomiast zdolność do diagnozy na poziomie ponad 70% [3].

#### Współwystępowanie zaburzeń dotyczących hazardu z innymi zaburzeniami

Patologiczny hazard współwystępuje z innymi zaburzeniami – nadużywaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeniami psychicznymi [1, 5, 20].

Patologiczny hazard jest bardziej rozpowszechniony w populacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych niż w populacji generalnej [21]. Badania prowadzone w USA i Kanadzie pokazują silną zależność między używaniem alkoholu a występowaniem zaburzeń związanych z hazardem, szczególnie wśród osób reprezentujących wyższy status socjoekonomiczny [3]. Rozpowszechnienie patologicznego hazardu jest od dwóch do dziesięciu razy wyższe wśród osób używających problemowo narkotyków lub alkoholu w porównaniu do populacji generalnej [1, 3, 9]. Szacuje się, że ponad 70% osób uprawiających patologicznie hazard w Stanach Zjednoczonych ma problemy z używaniem alkoholu, prawie 40% używa szkodliwie narkotyków, a około

50% – tytoniu [20]. Wśród osób uprawiających patologicznie hazard leczonych stacjonarnie 47% jest uzależnionych od alkoholu lub innych substancji, a wśród Anonimowych Hazardzistów ten odsetek jest nieco wyższy i wynosi 52% [6].

Badanie diagnozujące rozpowszechnienie problemu hazardu wśród osób korzystających z leczenia stacjonarnego w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych pokazało, że 20,2% badanych w trakcie swojego życia doświadczyło zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu. Spośród zakwalifikowanych na podstawie badań przesiewowych do grupy z zaburzeniami hazardowymi jedynie 16% osób (15,9%) poszukiwało pomocy w związku z problemem hazardu. Z osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych tylko 14,3% podczas leczenia uzyskało pomoc w związku z problemami dotyczącymi hazardu [22]. Shaffer i wsp. [23] dokonali metaanalizy badań poświęconych oszacowaniu rozpowszechnienia patologicznego hazardu wśród pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Rozpowszechnienie występowania patologicznego hazardu w ciągu całego życia w tej populacji oszacowano na 14%. W populacji klientów korzystających z substytucyjnego leczenia metadonowego odsetki te wahały się od 7% [24] do 18% [25].

Współwystępowanie problemowego i patologicznego hazardu oraz zaburzeń psychicznych jest równie powszechne, jak w przypadku używania substancji psychoaktywnych. Najczęściej z problemowym i patologicznym hazardem współwystępują depresja, schizofrenia, fobie, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości [3]. Wyniki badań prowadzonych w USA pokazują, że prawie 50% osób uprawiających patologicznie hazard ma zaburzenia nastroju (w tym zaburzenia depresyjne występują u prawie 30% graczy), ponad 40% cierpi na zaburzenia nerwicowe, a około 30% ma zaburzenia osobowości [17, 20].

Wśród osób uprawiających patologicznie hazard odnotowuje się również podwyższone wskaźniki samobójstw [5, 26]. Szacuje się, że w tej grupie próbie samobójczą podjęło od 17 do 24% osób [6].

## Materiał i metoda

Przeglądu literatury dokonano na przełomie sierpnia i września 2014 roku, wykorzystując bazę artykułów MEDLINE oraz ogólnie dostępną wyszukiwarkę Google Scholar. Do wyszukiwania użyto dwóch ogólnych słów kluczowych: *Gambling* i *Treatment*, co pozwoliło na uzyskanie szerokiego zakresu publikacji

odnoszących się do wielu obszarów badawczych. Ograniczono zakres wyszukiwania artykułów do lat 2000–2014, tak aby analizie podlegały tylko najnowsze doniesienia naukowe.

W wyszukiwarce Google Scholar uzyskano 988 rekordów zawierających poszukiwane słowa kluczowe, z kolei w bazie MEDLINE zidentyfikowano 1000 pozycji. Po analizie abstraktów do przeglądu zakwalifikowano 72 artykuły (34 z MEDLINE, 38 z Google Scholar) odpowiadające obszarom badawczym, to jest dotyczące oferty leczenia, dostępności do leczenia – barier i ułatwień, rozpowszechnienia hazardu, skuteczności terapii. Po zapoznaniu się z pełną wersją odrzucono 25 artykułów (13 znalezionych w MEDLINE i 12 – w Google Scholar). Ostatecznie do przeglądu zakwalifikowano 47 publikacji znalezionych w dwóch wyszukiwarkach (21 z MEDLINE i 26 z Google Scholar), które pozwoliły na dokonanie analizy i zrealizowanie celu przeglądu, to jest zaprezentowania kompleksu zagadnień dotyczących leczenia zaburzeń związanych z hazardem.

Dla uzupełnienia przeglądu w wybranych artykułach dokładnie przeanalizowano piśmiennictwo i na tej podstawie wytypowano kolejne 52 artykuły (20 z Google Scholar i 32 z MEDLINE).

Pięć artykułów zakwalifikowanych do przeglądu powtórzyło się, dodatkowo dołączono jedną publikację książkową (ICD-10) i stronę internetową WHO. W sumie uzyskano 96 publikacji.

Większość artykułów dotyczyła badań przeprowadzonych w USA i Kanadzie oraz w Australii. Niewiele artykułów opisywało zagadnienia związane z zaburzeniami dotyczącymi hazardu w krajach europejskich. W przeszukiwanych bazach nie było artykułów diagnozujących problem hazardu w Polsce. Dodatkowo poszukiwania w Polskiej Bibliografii Lekarskiej z wykorzystaniem słowa kluczowego „hazard” nie dało żadnych wyników.

## Wyniki

### *Rozpowszechnienie hazardu i problemów z nim związanych – epidemiologia*

Szeroko zakrojona legalizacja hazardu w USA, która miała miejsce w ostatnich dekadach, sprawiła, że uprawianie hazardu cieszy się większą społeczną akceptacją. Nowe pokolenia dorastają w otoczeniu, w którym różne formy hazardu są na porządku dziennym: poczynając od loterii po hazard uprawiany w Internecie. Losy na loterie czy tzw. zdrapki

oferowane są na stacjach benzynowych lub w małych lokalnych sklepikach [27]

Według różnych badań, głównie amerykańskich, od 70 do 90% dorosłej populacji miało do czynienia z hazardem w trakcie całego życia [1, 28]. Podobne odsetki występują w przypadku młodzieży [1, 29].

Badania prowadzone na świecie, przy użyciu nieco odmiennych instrumentów przesiewowych, wskazują na rozpowszechnienie problemowego hazardu w przedziale od 0,3% w Szwecji do 5,3% w Hong Kongu [30]. W Ameryce Północnej rozpowszechnienie hazardu problemowego jest bardzo podobne i waha się od 0,3 do 3,5% [30, 31].

Dwa badania populacyjne przeprowadzone w Holandii (2005 i 2011 r.) wykazały relatywnie niskie rozpowszechnienie problemowego hazardu, szacowane dla 2011 roku. W 2005 r. odsetek osób uprawiających hazard problemowo kształtował się na poziomie 0,22% i 0,15% w 2011 roku. Nieco wyższe odsetki zanotowano, jeśli chodzi o ryzykowne uprawianie hazardu: 0,42% – 2005 r. i 0,68% – 2011. Odsetki osób uprawiających hazard rekreacyjnie znacząco zmniejszyły się pomiędzy dwoma pomiarami. W roku 2005 było to 73,8% badanych, podczas gdy w 2011 – 64,4% [32].

O ile istnieje obfitość badań dotyczących rozpowszechnienia patologicznego hazardu, o tyle nie ma tak wielu badań wskazujących na związki między dostępnością hazardu a występowaniem zachowań hazardowych. I tak niektóre badania nie wykazały istotnego wzrostu we wskaźnikach patologicznego hazardu po otwarciu nowego kasyna [33] lub otwarciu nowej loterii [34]. Są jednakże badania, które potwierdzają taką zależność [28, 35].

#### *Rozpowszechnienie poszukiwania pomocy*

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia [36, 37]. Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Nawet jeżeli uwzględniono materiały samopomocowe dostępne *on-line* lub w formie wydruku, to blisko połowa (47%) graczy w tej grupie nie szukała pomocy w związku z problemem hazardu [38]. Dwa duże badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, *Gambling Impact and Behavior Study* i *National Epidemiologic Survey on Alcohol* pokazały, że profesjonalnemu leczeniu poddało się lub uczestniczyło w grupach samopomocowych w związku

z problemem hazardu odpowiednio: 7,1% i 9,9% osób uprawiających patologicznie hazard [39]. Około 10% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny w badaniu przeprowadzonym w Kalifornii zadeklarowało, że poszukiwało profesjonalnej pomocy lub uczestniczyło w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów [40]. Spośród problemowych graczy, zidentyfikowanych w australijskim badaniu epidemiologicznym [41], 19,2% poszukiwało zarówno pomocy profesjonalnej, jak i w grupach samopomocowych. Z kolei według badania przeprowadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiegóż formy leczenia.

Częściej pomocy szukają osoby, których problem hazardowy jest bardziej zaawansowany [42]. Cytowane już badanie przeprowadzone w latach 1998–1999 w Stanach Zjednoczonych (*the Gambling Impact and Behavior Study*) wykazało, że gracze, którzy nie spełniali kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu, nigdy w życiu nie poszukiwali pomocy [38]. Młodzież i młodzi dorośli są grupą, która rzadziej niż grający z innych grup wiekowych pojawia się w lecznictwie [43].

Osoby po raz pierwszy zwracające się o pomoc chętniej korzystają z porad udzielanych *on-line* [44]. Badanie użytkowników portalu *Gambling Help Online*, gdzie można odbyć „czat” z profesjonalistą lub zaangażować się w program wsparcia udzielanego za pośrednictwem poczty elektronicznej, jest źródłem informacji, że blisko 70% z nich poszukiwało pomocy po raz pierwszy.

#### *Oferta terapeutyczna dla osób z zaburzeniami hazardowymi i jej skuteczność*

Oferta leczenia dla osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny jest w dużej mierze tożsama z ofertą terapeutyczną dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Formy pomocy obejmują leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i wsparcie niemedyce w formie oferty samopomocowej – Anonimowych Hazardzistów [9].

W ofercie specjalistycznej dominuje leczenie farmakologiczne, terapia behawioralna, poznawcza oraz poznawczo-behawioralna. Jest bardzo mało badań nad skutecznością krótkich interwencji oraz nauki grania kontrolowanego, które mogą być alternatywą dla tradycyjnego podejścia terapeutycznego.

Z szacunków Hodginsa [45] wynika, że odsetki osób, które borykały się z problemowym bądź patologicznym hazardem i wyzdrowiały, mieszczą się w przedziale 32–46%. Slutske [39], na podstawie danych z dwóch badań: *Gambling Impact and Behavior Study* i *National Epidemiologic Survey on Alcohol*, odnotowała bardzo podobne odsetki – pomiędzy 36 a 46%. Poprzez zestawienie liczby osób uprawiających patologicznie hazard, które doświadczyły problemu kiedykolwiek w życiu, lecz w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie spełniały kryteriów tego zaburzenia, z liczbą graczy, którzy kiedykolwiek poszukiwali leczenia bądź uczestniczyli w grupach samopomocowych, Slutske [39] skalkulowała, że w przybliżeniu 1/3 tych pierwszych wyzdrowiała bez niczyjej pomocy.

**Leczenie farmakologiczne.** Jest dużo badań nad skutecznością leczenia farmakologicznego. Na ich podstawie można wyróżnić trzy grupy leków, za pomocą których jest ono prowadzone. Do pierwszej grupy zaliczają się selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny – SSRI (np. fluvoxamine, paroxetine, citalopram); do drugiej antagonisty receptorów opioidowych (np. naltrexone); a do trzeciej leki normotymiczne zwane również stabilizatorami nastroju (np. lit) [3, 6, 10, 46].

Skuteczność leków z grupy inhibitorów serotoniny, szczególnie fluvoxaminy, została wykazana w leczeniu depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, dysmorfobii [3]. Jednak badania nad działaniem fluvoxaminy w przypadku patologicznego hazardu nie dowodzą jednoznacznie jej skuteczności [5, 6, 9, 17, 47]. Niewiele było prób wykorzystania paroxetyny w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, mimo że przynosi ona pozytywne skutki w terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Dotychczas prowadzone badania wykazały, że jest ona skutecznym lekiem, redukującym symptomy występowania patologicznego hazardu, dobrze tolerowanym przez pacjentów. Również mało badań prowadzono nad skutecznością citalopramu. W dotychczas prowadzonych badaniach klinicznych odnotowano jego pozytywny wpływ na ograniczenie zachowań hazardowych – ilości pieniędzy przeznaczanych na granie oraz czasu spędzanego na graniu [26, 47–53] (Tab. I).

Badania nad naltrexonem dowodzą, że może on być skutecznym środkiem leczenia patologicznego hazardu [9, 10, 17, 46, 54]. Jest bezpieczny i dobrze tolerowany przez okres 4–5 miesięcy, w trakcie których monitorowano stan pacjentów. Jednak w przypadku patologicznego hazardu, aby uzyskać

pozytywne efekty, konieczne było przyjmowanie większych dawek naltrexonu niż te, które działały pozytywnie w leczeniu uzależnienia od alkoholu czy opiatów [3, 54] (Tab. II).

Badania nad skutecznością leków stabilizujących nastrój dowodzą, że lit, carbamazepina czy valproate są skutecznymi środkami ograniczającymi objawy patologicznego hazardu w grupie pacjentów chorujących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe [6]. Badania z wykorzystaniem carbamazepiny wśród osób, u których nie współwystępują zaburzenia afektywne dwubiegunowe, organiczne i uzależnienie od substancji psychoaktywnych pokazują, że jest ona skuteczna w ograniczaniu popędu do grania, środków przeznaczanych na grę i czasu spędzanego na graniu. Z kolei wykorzystanie olanzapiny (leku drugiej generacji skutecznie stosowanego w zaburzeniach nastroju) w leczeniu patologicznego hazardu nie przyniosło pozytywnych rezultatów [46, 55–62] (Tab. III).

Trzeba podkreślić, że leczenie farmakologiczne bardzo często niesie ze sobą ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Efekty uboczne, takie jak obniżenie poziomu libido, nudności, suchość w ustach, to tylko niektóre z nich [9, 10, 63].

**Terapia psychologiczna.** W psychologicznej terapii osób uprawiających patologicznie hazard wykorzystywane są trzy podstawowe podejścia: behawioralne, poznawcze i behawioralno-poznawcze [46]. Ich celem jest modyfikacja zachowania związanego z hazardem. Przez psychologiczne oddziaływanie rozwijane są umiejętności pozwalające na jego ograniczenie i panowanie nad przymusem grania [17].

#### *Terapia behawioralna*

Terapia behawioralna opiera się na przekonaniu, że jeśli jakieś zachowanie zostało wyuczone, można się go również oduczyć. Modyfikacja zachowań wykorzystuje techniki terapii awersyjnej, zarządzania nagrodami, treningu relaksacji, którego celem jest desensytyzacja (inaczej odwrażliwianie) i który polega na redukowaniu reakcji niepożądananej przez łączenie wyobrażenia o sytuacji wywołujących lęk z relaksacją [17, 64, 65].

Większość badań nad skutecznością terapii behawioralnej w leczeniu patologicznego hazardu była prowadzona w latach 80. i na początku lat 90. ubiegłego wieku. Porównywano różne techniki, np. terapię awersyjną za pomocą impulsów elektrycznych, techniki relaksacyjne z wykorzystaniem wyobrażeń o sytuacjach związanych z hazardem [65].

**Tabela I**

Leki przeciwdepresyjne w leczeniu patologicznego hazardu

**Table I**

Antidepressants in the treatment of pathological gambling

Badanie <i>Study</i>	Badany lek i dawka dzienna <i>Drug tested and daily dose</i>	Rodzaj badania <i>Study design</i>	Badana grupa <i>Study group</i>	Czas leczenia <i>Treatment duration</i>	Rezultaty <i>Findings</i>
Hollander et al., 2000 [48]	Fluvoxamine (SSRI) Średnia mean 195 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	15 osób <i>15 persons</i>	16 tyg. <i>16 weeks</i>	Skuteczniejsza niż placebo <i>More effective than placebo</i>
Blanco et al., 2002 [49]	Fluvoxamine (SSRI) Średnia mean 200 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	32 osoby <i>32 persons</i>	6 mies. <i>6 months</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>
Kim et al., 2002 [26]	Paroxetine (SSRI) 20–60 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	45 osób <i>45 persons</i>	8 tyg. <i>8 weeks</i>	Skuteczniejsza niż placebo <i>More effective than placebo</i>
Grant et al., 2003 [50]	Paroxetine (SSRI) 10–60 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	76 osób <i>76 persons</i>	16 tyg. <i>16 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>
Saiz-Ruiz et al., 2005 [51]	Sertraline (SSRI) 50–150 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	60 osób <i>60 persons</i>	6 mies. <i>6 months</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>
Grant & Potenza 2006 [52]	Escitalopram (SSRI) Średnia mean 25 mg	12 tyg. próba otwarta, 8 tyg. podwójnie ślepa kontrolowana placebo <i>Open-label for 12 weeks, double-blind placebo-controlled study for 8 weeks</i>	u 13 osób współwyst. zaburzenia lękowe <i>13 persons with comorbid anxiety disorders</i>	20 tyg. <i>20 weeks</i>	Skuteczniejszy niż placebo <i>More effective than placebo</i>
Black et al., 2007 [53]	Bupropion (NDRI) Średnia mean 325 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo-controlled study</i>	39 osób <i>39 persons</i>	12 tyg. <i>12 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>

Źródło: Lupi i wsp. 2014, s. 3, Source: Lupi et al., 2014, p. 3

W badaniach prowadzonych na początku lat 80., porównujących skuteczność terapii awersyjnej z użyciem impulsów elektrycznych ze skutecznością desensytyzacji (odwrażliwiania) w wyobraźni opartej na relaksacji, dowiedziono, że bardziej efektywną metodą były techniki relaksacyjne, w wyniku których osoby z zaburzeniami hazardowymi ograniczały granie bądź całkowicie przestawały grać. Późniejsze badania nad desensytyzacją (koniec lat 80. i 90.) pokazały, że rok po zakończeniu terapii około 30%

osób uprawiających patologicznie hazard w ogóle nie grało bądź grało w sposób kontrolowany [17, 65].

#### Terapia poznawcza

Badania nad efektywnością terapii poznawczej (obejmującej korektę zachowań hazardowych, trening rozwiązywania problemów, umiejętności społecznych i trening nawrotów) w leczeniu patologicznego hazardu prowadzone pod koniec lat 90. dowiodły skuteczności tej formy pomocy; grupą kontrolną były



**Tabela II**  
Antagoniści receptorów opioidowych w leczeniu patologicznego hazardu

**Table II**  
Opioid receptor antagonists in the treatment of pathological gambling

Badanie <i>Study</i>	Badany lek i dawka dzienna <i>Drug tested and daily dose</i>	Rodzaj badania <i>Study design</i>	Badana grupa <i>Study group</i>	Czas leczenia <i>Treatment duration</i>	Rezultaty <i>Findings</i>
Kim & Grant 2001 [55]	Naltrexone Średnia mean 188 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	89 osób <i>89 persons</i>	12 tyg. <i>12 weeks</i>	Istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Significantly more effective than placebo</i>
Grant et al., 2006 [56]	Nalmefene 25–100 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	207 osób <i>207 persons</i>	16 tyg. <i>16 weeks</i>	Istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Significantly more effective than placebo</i>
Grant et al., 2008 [54]	Naltrexone 50–150 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	77 osób <i>77 persons</i>	18 tyg. <i>18 weeks</i>	Istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Significantly more effective than placebo</i>
Toneatto et al., 2009 [57]	Naltrexone Średnia mean 59 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	52 osoby <i>52 persons</i>	11 tyg. <i>11 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Not significantly more effective than to placebo</i>
Grant et al., 2010 [58]	Nalmefene 20–40 mg	Przez 1 tydzień pojedyncza ślepa próba kontrolowana placebo, przez 15 tygodni podwójnie ślepa próba <i>Single-blind placebo- controlled study for 1 week, double-blind for 15 weeks</i>	233 osoby <i>233 persons</i>	16 tyg. <i>16 weeks</i>	W dawce 40 mg/dzień jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>A dose of 40 mg/day is significantly more effective than placebo</i>

Źródło: Lupi i wsp. 2014, s. 4, *Source: Lupi et al., 2014, p. 4*

osoby nieobjęte żadną interwencją. W wyniku oddziaływań terapeutycznych osoby z zaburzeniami hazardowymi ograniczyły częstotliwość grania, czas spędzany na graniu i ilość pieniędzy przeznaczonych na granie. Ponowny pomiar, po roku od zakończenia terapii pokazał, że prawie 90% uczestników w dalszym ciągu ogranicza granie [17, 65].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych na początku XXI wieku. Osoby uczestniczące w terapii wykorzystującej podejście poznawcze ograniczały granie, spełniały mniej kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV świadczących o hazardzie, odczuwały łagodniejszy przymus grania i większe poczucie własnej skuteczności – w porównaniu z badanymi, którzy nie brali udziału w żadnej terapii. Ponowny pomiar po roku od ukończenia terapii pokazał znaczącą poprawę w stosunku do pomiaru dokonanej przed rozpoczęciem leczenia [64, 65].

#### *Terapia poznawczo-behawioralna*

W terapii poznawczo-behawioralnej oddziaływania behawioralne są wzmacniane przez formy poznawcze, skupiające się na obalaniu subiektywnej iluzji kontroli nad hazardem i innych oddziaływań mających wpływ na świadomość gracza [65].

Efektywność terapii poznawczo-behawioralnej jest najlepiej udokumentowana badaniami. Wyniki badań wskazują zarówno na pozytywne efekty krótkoterminowe, jak i długoterminowe, takie jak zmniejszenie wydatków na hazard, zmniejszenie częstotliwości i natężenia występowania zachowań problemowych [65, 66].

W badaniach prowadzonych w drugiej połowie lat 90. porównywano trzy metody terapii: 1) podejście behawioralne polegające na właściwym zarządzaniu pieniędzmi, unikaniu sytuacji hazardowych oraz umiejętności odmowy grania, 2) podejście poznawcze

**Tabela III**

Leki stabilizujące nastrój i atypowe leki przeciwpsychotyczne w terapii patologicznego hazardu

**Table III**

Mood stabilisers and atypical antipsychotics in the treatment of pathological gambling

Badanie <i>Study</i>	Badany lek i dawka dzienna <i>Drug tested and daily dose</i>	Rodzaj badania <i>Study design</i>	Badana grupa <i>Study group</i>	Czas leczenia <i>Treatment duration</i>	Rezultaty <i>Findings</i>
Hollander et al., 2005 [59]	Lit Lithium carbonate Średnia mean 1170 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	U 40 osób współwystępujące afektywne zaburzenia dwubiegunowe <i>40 persons with comorbid bipolar affective disorder</i>	10 tyg. <i>10 weeks</i>	Istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Significantly more effective than placebo</i>
McElroy et al., 2008 [60]	Olanzapine 2,5–15 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	42 osoby <i>42 persons</i>	12 tyg. <i>12 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>
Fong et al., 2008 [61]	Olanzapine 2,5–10 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	23 osoby <i>23 persons</i>	7 tyg. <i>7 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>
Berlin et al., 2013 [62]	Topiramate 25–300 mg	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo <i>Double-blind placebo- controlled study</i>	42 osoby <i>42 persons</i>	14 tyg. <i>14 weeks</i>	Nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo <i>Not significantly more effective than placebo</i>

Źródło: Lupi i wsp. 2014, s. 5, Source: Lupi et al., 2014, p. 5

wywierające wpływ na świadomość gracza w celu obalenie iluzji kontroli nad graniem<sup>1</sup> i posługujące się grupowym treningiem umiejętności komunikacji, 3) podejście behawioralno-poznawcze.

Po 6 miesiącach od zakończenia terapii zarówno uczestnicy terapii behawioralnej, jak i terapii poznawczej istotnie częściej utrzymywali abstynencję niż osoby z grupy kontrolnej, które nie były poddane żadnym oddziaływaniom. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pod względem częstości utrzymywania abstynencji „hazardowej” między grupą poddaną terapii poznawczo-behawioralnej a grupą kontrolną [17, 64]. W innych badaniach terapia poznawczo-behawioralna okazała się jednak

skuteczniejsza w ograniczaniu zachowań hazardowych niż uczestniczenie w grupach Anonimowych Hazardzistów [46].

#### *Krótkie interwencje i granie kontrolowane*

Krótkie interwencje, obejmujące również interwencje za pośrednictwem telefonu czy Internetu, mają zastosowanie kliniczne i są odpowiednie dla osób poszukujących interwencji o małej intensywności [67–69]. Profesjonalna pomoc jest skuteczna w odzyskaniu kontroli nad zachowaniem oraz w zmniejszeniu problemów związanych z hazardem [70].

Niewiele jest badań opisujących skuteczność krótkich interwencji wśród osób uprawiających patologicznie hazard. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku prowadzono badania z wykorzystaniem różnych metod terapeutycznych – krótkich interwencji (10-minutowa rozmowa z terapeutą, który

<sup>1</sup> Zgodnie z paradygmatem wywodzącym się z koncepcji uzależnienia jako choroby, według którego utrata kontroli nad substancją jest objawem choroby (przypis autorów).

opisywał sposób grania w porównaniu z graniem w populacji generalnej, omawiał problemy wynikające z uprawiania hazardu i sposoby ograniczania grania), wzmacniania motywacji do zmiany (*motivational enhancement therapy*; MET) oraz kombinacji technik poznawczo-behawioralnych i MET. Wyniki badań dowiodły, że krótkie interwencje były jedyną metodą terapii, która wpłynęła na ograniczenie zachowań związanych z hazardem. W badaniu powtórzonym po 6 tygodniach i 9 miesiącach od zakończenia terapii, krótkie interwencje okazały się również najbardziej skuteczne [46].

Nauka grania kontrolowanego może być alternatywą dla powszechnie obowiązujących programów terapeutycznych, których celem jest utrzymywanie abstynencji od hazardu. Niestety, niewiele badań dotyczy skuteczności leczenia z wykorzystaniem tej metody. Te nieliczne pokazują, że granie kontrolowane jest skuteczną metodą ograniczającą częstotliwość grania, ilość pieniędzy i czasu przeznaczanego na grę. Sześć miesięcy po zakończeniu terapii ponad 70% osób z zaburzeniami hazardowymi potrafiło kontrolować granie, po roku – 50%, a po dwóch latach niecałe – 30% [71, 72].

**Grupy samopomocowe, w tym telefony zaufania.** Najbardziej rozpowszechnionym podejściem w leczeniu hazardu jest uczestniczenie w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów. Ich historia sięga 1957 roku i zaczęła się w Stanach Zjednoczonych [37]. Metoda 12 Kroków w leczeniu uzależnienia od hazardu może przynosić pozytywne rezultaty. Osoby włączone w tę terapię mają lepsze rezultaty niż te, które z niej nie korzystały [73]. Jedno z badań pokazało, że kombinacja terapii poznawczo-behawioralnej i uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów dała lepsze rezultaty niż samo uczestniczenie w grupie samopomocowej [74].

Inną formą samopomocy są telefony zaufania dla osób z zaburzeniami hazardowymi, które stały się jednym z ważnych zasobów terapeutycznych dla osób borykających się z tym problemem i ich rodzin. Stanowią źródło niezbędnych informacji, oferują możliwość uzyskania porady, jak radzić sobie z problemem, a także gdzie można uzyskać profesjonalną pomoc [75]. Wśród zalet tej formy pomocy wymienia się anonimowość, szeroką dostępność, możliwość zakończenia rozmowy w każdym momencie [76].

Strony internetowe oferujące pomoc w problemie hazardu można podzielić na:

- dostarczające informacji i porad,
- oferujące wsparcie i pomoc ze strony osób, które doświadczają podobnych problemów,
- oferujące profesjonalne porady [77].

Interwencje oferowane za pośrednictwem Internetu obejmują duże obszary geograficzne, są metodą niskokosztową i mającą potencjał, by docierać do populacji marginalizowanych [78]. Właściwa dla tej formy ochrona anonimowości zwiększa dostęp do informacji i poradnictwa młodych mężczyzn [79] oraz może zachęcić osoby, które po raz pierwszy poszukują pomocy [80].

#### *Predyktory/motywy podjęcia leczenia*

Przeglądu badań dotyczących motywów poszukiwania pomocy przez osoby z zaburzeniami hazardowymi dokonali Suurvali i współpracownicy [81]. Przejrzeli oni badania opublikowane w latach 1998–2009 i ostatecznie poddali analizie 19 badań. Respondentami były osoby, które chciały rozwiązać lub ograniczyć problemy związane z hazardem, osoby poszukujące pomocy, a także te, które miały zakaz wejścia do kasyna. Na podstawie ich odpowiedzi badacze wyłonili następujące kategorie motywów:

- problemy finansowe
- relacje z innymi/wpływ innych osób
- negatywne emocje (depresja, wstyd, poczucie sięgnięcia dna)
- ocena sytuacji i podjęcie decyzji
- zmiany w najbliższym otoczeniu/stylu życia
- kłopoty w pracy lub kłopoty z prawem
- kłopoty ze zdrowiem
- traumatyczne/upokarzające doświadczenie
- poczucie bycia w niezgodzie z samym sobą, swoimi celami, poczucie osobistej porażki
- poczucie utraty kontroli/chęć odzyskania kontroli
- zrozumienie, że w hazardzie nie ma możliwości wygrania
- utrata zainteresowania dla hazardu.

Jak widać, mechanizm poszukiwania leczenia pojawia się w odpowiedzi na problemy związane z hazardem.

O ile omawiany powyżej przegląd wskazuje na największą rolę motywującą do poszukiwania pomocy czynników ekonomicznych, o tyle, np. w badaniu Evans i Delfabbro [18], to zaniepokojenie zdrowiem psychicznym i fizycznym okazało się być decydującym argumentem.

Niewiele uwagi poświęcono demograficznej charakterystyce osób poszukujących leczenia (płeć, wiek, status socjoekonomiczny). Suurvali i wsp. [82] podjęli

próbę uwzględnienia aspektów demograficznych, ale również takich czynników, jak: postrzeganie własnego problemu, świadomość możliwości leczenia, a także relacja pomiędzy czynnikami motywującymi do podjęcia leczenia a barierami utrudniającymi decyzję o poszukiwaniu pomocy. W losowym badaniu telefonicznym z próby 8467 dorosłych wyłoniono grupę 730 osób z zaburzeniami hazardowymi, które w ciągu ostatniego roku przed badaniem doświadczyły problemów związanych z hazardem. Najczęściej wymienianymi predyktorami poszukiwania leczenia były problemy finansowe i problemy w relacjach z ważnymi dla respondentów osobami. Trzecią pod względem wielkości grupę stanowiły osoby, które nie były w stanie zidentyfikować przyczyny podjęcia leczenia. Osoby niespełniające kryterium problemowego lub patologicznego hazardu istotnie częściej nie potrafiły wskazać, dlaczego szukają leczenia. Osoby z zaburzeniami hazardowymi, które uświadamiały sobie swój problem, zazwyczaj wiedziały, gdzie uzyskać pomoc, miały zatrudnienie i wyższy poziom edukacji – osoby te były bardziej skłonne wskazać motywy poszukiwania pomocy.

Osobną grupę stanowią badania analizujące motywy korzystania z zapewniających anonimowość źródeł pomocy i ich potencjał do kierowania swoich klientów do form leczenia opartych na bezpośrednim kontakcie. Weinstoc i wsp. [83] oferowali osobom korzystającym z telefonu zaufania dla osób z zaburzeniami hazardowymi możliwość odbycia spotkania diagnostycznego. W latach 2000–2007 taka propozycja została złożona 2900 korzystającym z telefonu zaufania. Ponad 76% osób przyjęło skierowanie, a 55% zgłosiło się na spotkanie. Ci, którzy mieli już doświadczenie poszukiwania pomocy, byli mniej skłonni do przyjęcia skierowania w porównaniu z osobami, które nie korzystały z leczenia. Osoby pozostające w związku, rozwiedzione lub w separacji częściej przyjmowały propozycję niż kawalerowie/panny. Osoby mające problemy z prawem lub podlegające presji ze strony współmałżonka były bardziej skłonne poddać się badaniu diagnostycznemu niż osoby z problemami finansowymi. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych, większe długi i bardziej zaawansowany problem hazardowy to czynniki znacząco powiązane z przyjęciem skierowania na badanie.

Co ciekawe, osoby, które korzystały już z pomocy, były mniej skłonne przyjąć propozycję, ale jeśli już ją przyjęły, to z większym prawdopodobieństwem niż

ci, którzy nigdy nie korzystali z profesjonalnej pomocy, stawiali się na umówionym spotkaniu. Znaczącą zmienną, jeśli chodzi o uczestniczenie w umówionym spotkaniu, była płeć. Więcej kobiet niż mężczyzn przyjęło skierowanie, ale na spotkaniu pojawiali się częściej mężczyźni. Czynnikiem, który zwiększał prawdopodobieństwo stawienia się na spotkaniu, było umówienie spotkania w ciągu 72 godzin od konsultacji telefonicznej.

Podobne badanie przeprowadzono w latach 2002–2004 na próbie 454 osób dzwoniących do linii samopomocowej [84]. Z tej grupy 49% osób zastosowało się do sugestii doradcy i wzięło udział w sesji terapeutycznej. W badaniu nie odnotowano znaczenia płci, jeśli chodzi o prawdopodobieństwo uczestniczenia w sesji terapeutycznej. Podobnie jak w innych badaniach, predyktorem zgłoszenia się do lecznictwa były problemy finansowe i rodzinne.

Badanie przeprowadzone przez Ladgerwooda i wsp. [85] oceniało potencjał telefonów zaufania do motywowania osób z zaburzeniami hazardowymi do podejmowania dłuższego leczenia. Badani ( $n = 143$ ) byli diagnozowani wkrótce po pierwszym telefonie, a następnie po dwóch miesiącach. Okazało się, że 67% osób w ciągu dwóch miesięcy od pierwszego wywiadu uczestniczyło przynajmniej w jednej sesji terapeutycznej (92,7% w lecznictwie profesjonalnym, 28,1% w spotkaniach grup samopomocowych). Czynniki sprzyjającymi podjęciu leczenia były większe zaawansowanie problemu hazardowego, problemy finansowe związane z hazardem i wcześniejsze próby leczenia. Wyniki tego badania potwierdzają rezultaty innych badań, które poszukiwały predyktorów inicjacji leczenia [18, 42, 86].

Motywy do skorzystania z sesji doradztwa oferowanych *on-line* diagnozowało badanie na próbie 233 Australijczyków [87]. Badani udzielali odpowiedzi na pytania otwarte o przyczyny wyboru doradztwa oferowanego *on-line*. Odpowiedzi pogrupowano w cztery kategorie: poufność/anonimowość (27%), dogodność/dostępność (50,9%), rozczarowanie innymi formami leczenia, reklama tej formy pomocy (34,22%), brak potrzeby kontaktu twarzą w twarz, poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i możliwość przemyślenia pisemnych wypowiedzi (26,6%).

Badania Cook i Doyle [88] dotyczące motywów podjęcia leczenia *on-line* objęły osoby uczestniczące w sesjach terapeutycznych oferowanych za pośrednictwem Internetu. Motywami wyboru poczty elektronicznej i „czatów” były przeświadczenie o efektywności

tej metody, obniżony lęk przed osądem innych, niskie koszty, łatwość w ustanowieniu relacji z terapeutą opartej na szczerości, poufność, elastyczność. Poza tym badani wskazywali na zaletę pisanego tekstu, który daje możliwość ponownego przeczytania go i przemyślenia.

### *Bariera w dostępie do leczenia*

Badania przeprowadzone przez *Australia Productivity Commission* [89] pokazały, że przyczyny, dla których osoby z zaburzeniami hazardowymi nie podejmują leczenia, mają złożony charakter, nakładają się tu czynniki społeczne, kulturowe, uwarunkowania indywidualne, a także niezadowolenie z istniejącej oferty. Ważnym czynnikiem jest dostępność: zarówno rozmieszczenie geograficzne placówek, jak i ich godziny pracy. Badanie Gainsbury i wsp. [70] pokazało, że wśród czynników zewnętrznych niebagatelną rolę odgrywają koszty leczenia.

Evans i Delfabbro [18] wykazali, że wiele barier nie jest związanych z czynnikami zewnętrznymi, ale z osobistymi przekonaniem respondentów. Wśród nich pojawiły się takie, jak zaprzeczanie, że problem istnieje, przekonanie, że problem może zostać rozwiązany we własnym zakresie, brak gotowości do zaakceptowania porad, w tym tych dotyczących przerwania uprawiania hazardu czy też trwanie w przekonaniu, że dzięki hazardowi można rozwiązać problemy finansowe. Porównano bariery przytaczane przez osoby, które poszukiwały leczenia, z barierami wymienianymi przez tych, którzy zdecydowali się skorzystać z zasobów samopomocowych. Bariera w podjęciu leczenia dla osób korzystających z oferty samopomocowej był fakt religijnego osadzenia organizacji oraz przeświadczenie, że hazard to atrakcyjny sposób spędzania czasu, z którego w czasie leczenia będą musieli zrezygnować. Na podobne aspekty utrudniające podjęcie decyzji o leczeniu zwracają uwagę w swoim badaniu Miller i Kurtz [90].

Podsumowania badań, które miały na celu poznanie barier w poszukiwaniu pomocy w związku z problemem hazardu, dostarcza przegląd dokonany przez Suurvali i wsp. [91]. Najczęściej raportowanymi w badaniach barierami, które jednocześnie były wymieniane przez znaczącą część próby lub przyznano im wysoką rangę, były:

- potrzeba rozwiązania problemu we własnym zakresie/przekonanie, że jest to możliwe,
- wstyd, chęć utrzymania problemu w tajemnicy, strach, obawa przed stygmatyzacją, duma,
- brak gotowości do przyznania, że problem istnieje.

Mniej ważnymi czynnikami utrudniającymi podjęcie leczenia, wspomnianymi w ponad połowie badań, był brak informacji, na czym polega leczenie, wątpliwości na temat jego jakości i skuteczności, różne problemy techniczne związane z uczestnictwem, takie jak odległość, niedogodne godziny. Inne utrudnienia wymieniane przez respondentów to presja ze strony innych, by kontynuować uprawianie hazardu lub brak wsparcia, by zmienić zachowanie, brak potrzeby zaprzestania uprawiania hazardu, emocjonalne i społeczne korzyści z hazardu, niechęć do rozmów na osobiste tematy.

Badacze zwrócili również uwagę na rzadziej wymieniane przeszkody w podjęciu leczenia, do których zaliczyli:

- poczucie bycia przytłoczonym innymi sprawami,
- niechęć do podporządkowywania się innym,
- racjonalizacja problemu (jedyne problem, a więc nie ma potrzeby, by coś z nim zrobić),
- poczucie osamotnienia w związku z tym, że problem jest rzadko spotykany,
- łatwy dostęp do oferty hazardowej,
- przekonanie o potrzebie pomocy tylko w kwestiach związanych z finansami.

Autorzy zwracają uwagę, że barierą, która być może jest bardziej rozpowszechniona, niż wynika z zaprezentowanych badań, jest niedoszacowanie bądź negowanie, że ma się problem hazardowy. To samo stwierdzają Wardle i wsp. [30], których badanie pokazało, że dorośli są grupą, która doświadcza najbardziej intensywnie problemów związanych z hazardem, a z powodu ich niedoszacowania lub nierozpoznania nie trafiają do leczenia. Inną ważną barierą jest niedopasowanie oferty do potrzeb emigrantów (kulturowe, językowe) [92]

### **Dyskusja**

Metaanalizy dotyczące skuteczności leczenia sugerują, że leczenie farmakologiczne i psychologiczne jest skuteczniejszą metodą ograniczania problemów związanych z hazardem niż niepodjęcie żadnej terapii [17, 65]. Leczenie farmakologiczne jest skuteczne przez krótki czas po zakończeniu terapii, jednak w dłuższej perspektywie jawi się jako mniej efektywne niż leczenie oparte na oddziaływaniach psychologicznych [6, 46].

Należy zaznaczyć, że przytoczone badania mają swoje ograniczenia. Niektóre osoby podejmujące terapię korzystały również równoległe z innego rodzaju leczenia, co utrudniało interpretację wyników

odnoszących się do skuteczności monitorowanego oddziaływania. W niektórych badaniach nie prowadzono pomiaru przed wprowadzeniem interwencji, a jedynie po niej. Wiele z badań przeprowadzono na małych próbach. Zdarzało się, że źle dobierano uczestników do badanych grup, na przykład znajdowały się w nich osoby na różnym poziomie uzależnienia, które na granie przeznaczały zróżnicowane sumy pieniędzy (grupy nie były homogeniczne). W trakcie badań zdarzały się duże odsetki rezygnacji. Nie wszystkie badania z wykorzystaniem leczenia farmakologicznego były prowadzone z podwójnie ślepą próbą kontrolowaną placebo [3–5, 17, 65, 93].

Biorąc pod uwagę powyższe ograniczenia, nie można jednoznacznie stwierdzić, która forma leczenia jest bardziej skuteczna [17, 46, 65]. Niewielkie różnice w efektywności różnych form terapii osób z zaburzeniami hazardowymi mogą oznaczać, że to nie forma terapii, ale inne czynniki, takie jak wsparcie rodziny, motywacja do zmiany, kryzys finansowy, presja środowiska zewnętrznego, mogą mieć wpływ na zmianę zachowania i ograniczanie grania [65]. Jest niewiele badań potwierdzających skuteczność krótkich interwencji i grania kontrolowanego. Te które są, wydają się przynosić obiecujące rozstrzygnięcia [46, 71, 72]. Brakuje również badań nad skutecznością leczenia z wykorzystaniem równoległym farmakoterapii i oddziaływań psychologicznych. W przypadku leczenia farmakologicznego brakuje badań longitudinalnych, które pokazałyby, jak wpływa ono na ograniczanie zachowań hazardowych [6]. Jednak dotychczasowe doniesienia są obiecujące i skłaniają do prowadzenia dalszych badań [2, 47].

Dotychczasowe badania pokazują również remisję zachowań hazardowych wśród osób, które nie były poddawane oddziaływaniom terapeutycznym. Z badań amerykańskich (*Gambling Impact and Behavior Study* oraz *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) wynika, że samowyleczenia z patologicznego hazardu są powszechne. Ponad 30% osób z zaburzeniami hazardowymi, które spełniały kryteria DSM-IV dla patologicznego hazardu, podjęło własną decyzję o zaprzestaniu grania [39]. Spontaniczna decyzja jest wynikiem takich czynników, jak wsparcie najbliższych, kryzys finansowy, wewnętrzna motywacja [65]. Z badań Hodginsa i wsp. [94] wynika, że osoby z zaburzeniami hazardowymi częściej rezygnują z grania na skutek własnej decyzji (podjętej pod wpływem kłopotów finansowych, rodziny czy chęci unikania negatywnych emocji) niż presji oddziaływania zewnętrznego.

Jak pokazują wyniki przytoczonych badań, większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie korzysta z profesjonalnej pomocy, część tej populacji radzi sobie we własnym zakresie (dość wysoki odsetek samowyleczeń). Jednak ci, którzy potrzebują leczenia, trafiają na nie na bardzo późnym etapie zaburzeń. Stąd też tak ważne jest poznanie barier, które sprawiają, że podjęcie leczenia staje się tak dużym wyzwaniem. Evans i Delfabbro [18] uważają, że oferta kierowana do osób z problemem hazardowym powinna być nastawiona na wczesną interwencję i aktywnie trafiać do klientów w ich środowisku. Istotne jest również zwrócenie uwagi na alternatywne formy pomocy, które mają atrakcyjny charakter, np. telekonsultacje, terapie *on-line*, szczególnie dla tych, którzy nie chcą podejmować leczenia, bo nie podoba im się forma terapii bądź nie chcą być formalnie zarejestrowani w systemie [95, 96]. O ile bariery zewnętrzne, np. zbyt mała dostępność oferty, są możliwe do pokonania i polityka zdrowotna ma narzędzia, by na nie reagować, o tyle czynniki psychologiczne, np. obawa przed stygmatyzacją, są już trudniejsze do wyeliminowania [70].

## Podsumowanie

1. Legalizacja hazardu przyczyniła się do wzrostu akceptacji społecznej dla tego typu zachowań.
2. Hazard często współwystępuje z zaburzeniami psychicznymi (zaburzeniami nastroju, nerwicowymi i osobowości) oraz z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.
3. Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia.
4. Około jedna trzecia osób z zaburzeniami hazardowymi zdrowieje bez profesjonalnej pomocy.
5. Wśród osób, które podejmują leczenie, najbardziej rozpowszechnioną formą pomocy jest uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów.
6. Skuteczną formą leczenia, mającą oparcie w badaniach naukowych, jest leczenie farmakologiczne, terapia poznawczo-behawioralna, krótkie interwencje i granie kontrolowane.
7. Osoby z zaburzeniami hazardowymi, jeśli decydują się na podjęcie leczenia, robią to głównie z powodów ekonomicznych lub z powodu zaniepokojenia swoim zdrowiem psychicznym i fizycznym.
8. Bariery w dostępie do leczenia są przede wszystkim przekonania osoby z zaburzeniami hazardowymi o możliwości rozwiązania problemu

we własnym zakresie, wstyd, obawa przed stygmatyzacją, brak informacji na czym polega leczenie, wątpliwości co do jego skuteczności i jakości.

### **Wkład autorów/Authors' contributions**

Według kolejności/According to order.

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*/No ghostwriting and guest authorship declared.

### **Konflikt interesów/Conflict of interest**

Nie występuje/None declared.

### **Finansowanie/Financial support**

Badanie było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

### **Etyka/Ethics**

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami EU dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects; EU Directive (210/63/EU) on protection of animals use of scientific purposes; Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

### **Piśmiennictwo/References**

- [1] Raylu N, Oei TP. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 2002;22(7):1009–61.
- [2] Lupi M, Martinotti G, Acciavatti T, Pettorruso M, Brunetti M, Santacroce R, et al. Pharmacological treatments in gambling disorder: a qualitative review. *BioMed Research International* 2014;1–7.
- [3] Potenza M, Fiellin D, Heninger G, Rounsaville B, Mazure C. Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine* 2002;17(9):721–32.
- [4] Gupta R, Derevensky J. Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *Journal of Gambling Studies* 2000;16(2/3):315–42.
- [5] Grant J, Kim SW. Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: a chart review. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002;14(3):155–61.
- [6] Sood E, Pallanti S, Hollander E. Diagnosis and treatment of pathologic gambling. *Current Psychiatry Reports* 2003;5: 9–15.
- [7] Rush B, Moxam R, Urbanoski K. Characteristics of People Seeking Help from Specialized Programs for the Treatment of Problem Gambling in Ontario. *Journal of Gambling Issues* 2002;6.
- [8] Ladd G, Petry N. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2002;10(3):302–9.
- [9] Toneatto T, Brennan J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addictive Behaviors* 2002;27(3):465–9.
- [10] Grant J, Kim S, Potenza M. Advances in the Pharmacological Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 2003;19(1):85–109.
- [11] Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41(5):587–96.
- [12] Petry NM, Blanco C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Crowley T, et al. An Overview of rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies* 2014;30(2):493–502.
- [13] Petry NM, Blanco C, Jin Ch, Grant B. Concordance between gambling disorder diagnoses in the DSM-IV and DSM-5: Results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* 2014;28(2):586–91.
- [14] World Health Organization (WHO) 2014. web site: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F63.0> (available 13.10.2014).
- [15] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000, 178.
- [16] Erbas B, Buchner U. Pathological gambling. Prevalence, diagnosis, comorbidity and intervention in Germany. *Deutsches Aertzblatt International* 2012;109(10):173–9.
- [17] Toneatto T, Millar G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49(8):517–25.
- [18] Evans L, Delfabbro PH. Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies* 2005;21(2):133–55.
- [19] Fortune E, Goodie A. Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a Research Screen in College Students. *Journal of Gambling Studies* 2010;26(4):639–44.
- [20] Walker D. *Challenges that Confront Researchers on Estimating the Social Costs of Gambling*. Report American Gaming Association 2008, January 3.

- [21] Petry NM. Gambling and substance use disorders: current status and future directions. *American Journal on Addiction* 2007;16:1–9.
- [22] Leavens E, Marotta J, Weinstock J. Disordered gambling in residential substance use treatment centers: an unmet need. *Journal of Addictive Diseases* 2014;33(2):163–73.
- [23] Shaffer HJ, Hall MN, Vanderbilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health* 1999;89:1369–76.
- [24] Feigelman W, Kleinman PH, Lesieur HR, Millman RB, Lesser ML. Pathological gambling among methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence* 1995;39(2):75–81.
- [25] Ledgerwood DM, Downey KK. Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population. *Addictive Behaviors* 2002;27(4):483–91.
- [26] Kim SW, Grant J, Adson D, Shin YCh, Zaninelli R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63(6):501–7.
- [27] Petry NM, Blanco C. National gambling experiences in the United States: will history repeat itself? *Addiction* 2013;108(6):1032–7.
- [28] Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry* 1999;44(8):802–4.
- [29] Shaffer HJ, Hall MN. Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* 1996;12(2):193–214.
- [30] Wardle H, Moody A, Spence S, Orford J, Volberg R, Jotangia D, et al. *British gambling prevalence survey 2007. Executive summary*. 2011. [http://www.natcen.ac.uk/our-research/research/british-gambling-prevalence-survey/\(available 9.09.2014\)](http://www.natcen.ac.uk/our-research/research/british-gambling-prevalence-survey/(available%209.09.2014)).
- [31] Wiebe J, Volberg RA. *Problem gambling prevalence research: A critical overview. A report to the Canadian Gaming Association*. 2007. <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/comm/communicationfile-34523.pdf> (available 9.09.2014).
- [32] Goudriaan AE. Gambling and problem gambling in The Netherlands. *Addiction* 2014;109(7):1066–71.
- [33] Govoni R, Frisch GR, Rupcich N, Getty H. First year impacts of casino gambling in a community. *Journal of Gambling Studies* 1998;14(4):347–58.
- [34] Shepherd R, Ghodse H, London M. A pilot study examining gambling behavior before and after the launch of the National Lottery and scratch cards in the UK. *Addiction Research* 1998;6(1):1–5.
- [35] Shaffer HJ, Hall MN, Vanderbilt J. *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a meta-analysis*. Boston: Harvard University; 1997.
- [36] Cunningham JA. Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatric Services* 2005;56:1024–5.
- [37] Petry NM. *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*, 1<sup>st</sup> ed., Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- [38] Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J. Treatment seeking among Ontario problem gamblers: results of a population survey. *Psychiatric Services* 2008;59(11):1343–6.
- [39] Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry* 2006;49:504–16.
- [40] Volberg RA, Nysse-Carris KL, Gerstein DR. California problem gambling prevalence survey. Final Report. 2006. [http://www.standupca.org/reports/CA\\_Problem\\_Gambling\\_Prevalence\\_Survey-Final\\_Report.pdf](http://www.standupca.org/reports/CA_Problem_Gambling_Prevalence_Survey-Final_Report.pdf) (available 9.09.2014).
- [41] Slutske WS, Blaszczyński A, Martin NG. Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research & Human Genetics* 2009;12(5):425–32.
- [42] Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J. Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies* 2009;25(1):19–32.
- [43] Stinchfield RD. Youth gambling: how big a problem? *Psychiatric Annals* 2002;32:197–202.
- [44] Rodda S. Characteristics of gamblers using a national online counselling service for problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 2014;30(2):277–89.
- [45] Hodgins DC, Wynne H, Makarchuk K. Pathways to recovery from gambling problems: follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies* 1999;15:93–104.
- [46] Leung K, Cottler L. Treatment of pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry* 2009;22(1):69–74.
- [47] Dell'Osso B, Allen A, Hollander E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005;1–9.
- [48] Hollander E, Decaria C, Finkell J, Begaz T, Wong C, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry* 2000;47(9):813–7.
- [49] Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002;14:9–15.
- [50] Grant E, Kim SW, Potenza M, Blanco C, Ibanez A, Stevensetal L. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology* 2003;18:243–9.
- [51] Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibanez A, Masramon X, Gómez M, Madrigal M, et al. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66(1):28–33.
- [52] Grant J, Potenza M. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology* 2006;21(4):203–9.
- [53] Black D, Arndt S, Coryell W, Argo T, Forbush K, Shaw M, et al. Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2007;27(2):143–50.
- [54] Grant J, Kim SW, Hartman B. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone



- in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008;69(5):783–9.
- [55] Kim SW, Grant J. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 2001;16(5):285–9.
- [56] Grant J, Potenza M, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(2):303–12.
- [57] Toneatto T, Brands B, Selby P. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling. *American Journal on Addictions* 2009;18(3):219–25.
- [58] Grant J, Odlaug B, Potenza M, Hollander E, Kim SW. Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry* 2010;197:330–1.
- [59] Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Rossi N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *American Journal of Psychiatry* 2005;162(1):137–45.
- [60] McElroy S, Nelson E, Welge J, Kaehler L, Keck P. Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008;69(3):433–40.
- [61] Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2008;89(3):298–303.
- [62] Berlin H, Braun A, Simeon D, Koran L, Potenza M, McElroy S, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *World Journal of Biological Psychiatry* 2013;14(2):121–8.
- [63] Kim SW, Grant J, Adson D, Shin YCh. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry* 2001;49(11):914–21.
- [64] Daughters S, Lejuez C, Lesieur H, Strong D, Zvolensky M. Towards a better understanding of gambling treatment failure: implications of translational research. *Clinical Psychology Review* 2003;23(4):573–86.
- [65] Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003;17(4):284–92.
- [66] Gooding P, Tarrrier N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(7):592–607.
- [67] Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(2):318–28.
- [68] Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(5):950–60.
- [69] Gainsbury S, Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review* 2011;31(3):490–8.
- [70] Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies* 2014;30(2):503–19.
- [71] Ladouceur R. Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2005;21(1):49–57.
- [72] Dowling N, Smith D, Thomas T. A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 2009;25(2):201–14.
- [73] Petry NM. Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behavior* 2003;28(6):1049–62.
- [74] Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(3):555–67.
- [75] Shandley K, Moore S. Evaluation of gambler's helpline: A consumer perspective. *International Gambling Studies* 2008;8(3):315–30.
- [76] Williams T, Douds J. The unique contributions of telephone therapy. W: Lester D, red. *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher; 2002. p. 57–63.
- [77] Griffiths M, Cooper G. Online therapy: implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance and Counselling* 2003;31(1):113–35.
- [78] Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services* 2008;26(2–4):109–60.
- [79] Ellis LA, Collin P, Davenport TA, Hurley PJ, Burns JM, Hickie IB. Young men, mental health, and technology: implications for service design and delivery in the digital age. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14(6):160.
- [80] Young KS. An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *Cyberpsychology & Behavior* 2005;8(2):172–7.
- [81] Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2010;26(1):1–33.
- [82] Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J. Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2012;28(2):273–96.
- [83] Weinstock J, Burton S, Rash CJ, Moran S, Biller W, Krudelbach N, et al. Predictors of engaging in problem gambling treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 2011;25(2):372–9.
- [84] Valdivia-Salas S, Blanchard KS, Lombas AS, Wulfert E. Treatment-seeking precipitators in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *Psychology of Addictive Behaviors* 2014;28(1):300–6.
- [85] Ledgerwood DM, Arfken CL, Wiedemann A, Bates KE, Holmes D, Jones L. Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling helpline callers. *American Journal on Addictions* 2013;22(1):33–8.
- [86] Hodgins DC, el-Guebaly N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 2000;95(5):777–89.

- [87] Rodda S, Lubman D, Cheetham A, Dowling N, Bough A, Jackson A. Web-based counseling for problem gambling: exploring motivations and recommendations. *Journal of Medical Internet Research* 2013;15(5):99.
- [88] Cook JE, Doyle C. Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior* 2002;5(2):95–105.
- [89] Productivity Commission. *Australia's gambling industries*. Canberra: Productivity Commission; 1999.
- [90] Miller WR, Kurtz E. Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol* 1994;55(2):159–66.
- [91] Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2009;25(3):407–24.
- [92] Scull S, Woolcock G. Problem Gambling in Non-English Speaking Background Communities in Queensland, Australia: A Qualitative Exploration. *International Gambling Studies* 2005;5(1):29–44.
- [93] Westphal J. Are the Effects of Gambling Treatment Overestimated? *International Journal of Mental Health and Addiction* 2007;5(1):65–79.
- [94] Hodgins D, Makarchuk K, el-Guebaly N, Peden N. Why Problem Gamblers Quit Gambling: A Comparison of Methods and Samples. *Addiction Research & Theory* 2002;10(2):203–18.
- [95] Nathan P. The Role of Natural Recovery in Alcoholism and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 2003;19(3):279–86.
- [96] Toneatto T, Cunningham J, Hodgins D, Adams M, Turner N, Koski-Jannes A. Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory* 2008;16(2):111–20.