

Celem artykułu jest zaprezentowanie rekomendacji dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi, wypracowanych przez zespół ekspertów.

REKOMENDACJE DLA LECZENIA WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH Z INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

Wprowadzenie

Z literatury naukowej wynika, że często obserwuje się jednoczesne współwystępowanie problemów z hazardem i nadużywania substancji psychoaktywnych (Petry, 2006; Potenza i współ., 2006). Podobne obserwacje odnotowano w przypadku współchorobowości zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi (Black i współ., 2021; Grant i Chamberlain, 2020).

Rozpowszechnienie współwystępujących zaburzeń hazardowych z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych

Przegląd badań Lorains i kolegów (2011) pokazuje, że średnio 28,1% osób z problemami hazardowymi nadużywa alkoholu. Badania prowadzone od lat 60. do 90. pokazują, że między 9 a 33% pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu miało też problemy z hazardem. Porównując te wartości do rozpowszechnienia hazardu w populacji na poziomie 1–6%, stanowi to znaczny wzrost ryzyka występowania patologicznego hazardu wśród pacjentów lecznictwa odwykowego. Równie wysokie odsetki zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (między 19 a 35%) odnotowano wśród pacjentów podejmujących leczenie zaburzeń hazardowych. Ryzyko występowania zaburzeń używania alkoholu jest od dwóch do czterech razy większe wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń hazardowych w porównaniu z osobami z populacji generalnej nieprzejawiającymi objawów charakterystycznych dla patologicznego hazardu (Raylu, Oei, 2002).

Jak pokazują powyższe badania, rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu znacznie przekracza oszacowania dla rozpowszechnienia nadużywania alkoholu i zaburzeń hazardowych w populacji generalnej jako istniejących samodzielnie. Związek między nadużywaniem alkoholu a problemowym hazardem nie jest dość dobrze poznany zarówno w grupie osób, które podejmują leczenie odwykowe, jak i w populacji generalnej.

Tematyka relacji pomiędzy używaniem narkotyków a zaburzeniami hazardowymi również nie jest dostatecznie rozpoznana w badaniach, a dotychczasowe doniesienia pochodzą z prób obejmujących pacjentów lecznictwa uzależnień (Ferentzy i współ., 2013). Badania pokazują, że problem patologicznego i problemowego hazardu wśród pacjentów placówek uzależnień jest znaczący, w niektórych przypadkach współwystępowanie dotyczy 50% pacjentów (Weinstock i współ., 2006). Współwystępowanie zaburzeń obserwuje się w przypadkach bardziej nasilonego pierwotnego problemu (Angst i współ., 2002) i częściej w grupie osób leczonych stacjonarnie niż osób leczonych ambulatoryjnie, które nie doświadczają jeszcze tak poważnych konsekwencji (Finney i współ., 1996).

Cowlshaw i współ. (2012) przeprowadzili systematyczny przegląd literatury dotyczącej problemu rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych w lecznictwie uzależnień. Wyniki uzyskane w poszczególnych badaniach zawierały się w przedziale od 14% (współwystępowanie używania narkotyków i patologicznego hazardu) do 23%, jeśli wziąć pod uwagę również hazard problemowy. Dane te sugerują, że problemowy i patologiczny hazard są dość

powszechnymi, choć nierozpoznawanymi zaburzeniami w leczeniu, gdyż pacjenci nie demonstrują objawów zaburzeń hazardowych, pozostając w placówkach nastawionych na leczenie uzależnień (Séguin i in., 2010).

Rozpowszechnienie współchorobowości zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi

Osoby z zaburzeniami hazardowymi częściej doświadczają współwystępujących zaburzeń, takich jak zaburzenia osobowości (47,9%), zaburzenia nastroju (23,1%), w tym wielka depresja (29,9%), zaburzenia lękowe (17,6%), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (9,3%), zaburzenia afektywne dwubiegunowe (8,8%) i zaburzenia dystymiczne (6,7%). Zaburzenia wynikające z używania alkoholu odnotowuje się u co piątej (21,2%) osoby z zaburzeniami hazardowymi (Dowling i współ., 2015).

Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Desai i Potenza (2009) pokazało, że 19,3% spośród 337 klientów dwóch poradni zdrowia psychicznego, którzy mieli postawioną diagnozę schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych, zdiagnozowano również problemowy hazard (jest to około 4 razy więcej niż w populacji generalnej). Wśród zmiennych towarzyszących problemowi współwystępowania hazardu i psychoz znalazły się: używanie substancji psychoaktywnych, objawy depresji, problemy z prawem oraz korzystanie z opieki specjalistycznej. Opisane badanie było jednak niereprezentatywne. Badania wskazują również na związek pomiędzy występowaniem patologicznego hazardu i stresu pourazowego. Kessler i inni (2008) w badaniu prowadzonym w populacji generalnej odkryli, że 14,8% osób, u których zdiagnozowano patologiczny hazard występujący na przestrzeni całego życia spełniało również kryteria stresu pourazowego ujmowanego w tej samej perspektywie czasowej. W badaniu Levensa i innych (2005) spośród 843 przebadanych dorosłych 11% zostało zdiagnozowanych jako uprawiający hazard ryzykowanie („*at risk*” *gamblers*), a jednym z najsilniejszych predyktorów tej diagnozy było stwierdzenie występowania stresu pourazowego. Odsetki współwystępowania zaburzeń hazardowych i stresu pourazowego są jeszcze wyższe wśród respondentów, którzy poszukują leczenia z powodu zaburzeń hazardowych i wahają się od 12 do 29% (Ledgerwood, Petry, 2006).

Trudności z leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi mają gorsze wyniki leczenia. W tej grupie pacjentów odnotowuje się wyższe odsetki hospitalizacji, niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych i leczniczych, słabszą reakcję na leczenie farmakologiczne w porównaniu z osobami z jednym zaburzeniem (Green i współ., 2007). Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami nastrocza dodatkowych trudności, ponieważ zaburzenia współwystępujące często nie są wykrywane, co może komplikować ich leczenie. Dodatkowo nasilenie dwóch różnych zaburzeń psychicznych jest trudniejsze do opanowania, często brakuje zasobów indywidualnych, na których specjalista może się oprzeć. Osobom, u których współwystępują zaburzenia hazardowe, trudniej jest utrzymywać abstynencję. Leczenie komplikuje dodatkowo heterogeniczność grupy osób z zaburzeniami hazardowymi, co oznacza, że określone typy graczy mogą preferencyjnie reagować na określone leczenie (Błaszczynski i Nower, 2002; Dannon i współ., 2006; Rodda i współ., 2015; Wieczorek i Dąbrowska, 2020).

Ogólne wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń hazardowych współwystępujących z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych i z innymi zaburzeniami psychicznymi

Jest niewiele badań próbujących wyjaśnić, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie czy sekwencyjnie. Jeśli zaburzenia mają być leczone sekwencyjnie, nie jest jasne, czy kolejność leczenia powinna być ustalana w zależności od nasilenia zaburzeń, czy też funkcjonalnego związku między zachowaniem hazardowym a współwystępującymi objawami (Winters i Kushner, 2003).

Winters i Kushner (2003) przygotowali szereg rekomendacji dla leczenia współistniejących zaburzeń:

1. Przeprowadzanie testów przesiewowych występowania różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia zaburzeń hazardowych.

2. Obserwowanie, czy u pacjenta nie występują symptomy innych zaburzeń psychicznych.
3. Ponowna ocena występowania zaburzeń psychicznych przeprowadzona już w okresie bezobjawowym dla zaburzeń hazardowych.
4. Zastosowanie specyficznego leczenia dla współwystępującego zaburzenia psychicznego, jeśli utrzymuje się ono przy braku zachowań związanych z hazardem.

Badania naukowe pokazują, że programy terapeutyczne, które łączą farmakoterapię i terapie psychospołeczne w jeden kompleksowy pakiet, przynoszą dobre wyniki leczenia, zapobiegając przedwczesnemu kończeniu terapii (Echeburúa i współ., 2011).

Zintegrowane programy leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą powinny:

- obejmować etapowe interwencje dostosowane do motywacji pacjenta do zmiany (np. dialogu motywującego w celu zwiększenia motywacji do pracy nad zaburzeniem hazardowym);
- oferować kompleksowe wsparcie, np. w zakresie przypomnienia o regularnym przyjmowaniu leków, działań z obszaru rehabilitacji oraz wsparcia społecznego;
- obejmować pacjentów opieką długoterminową, ponieważ nawrót, szczególnie w leczeniu zaburzeń współwystępujących, jest częstym zjawiskiem (Green i współ., 2007).

Metodologia

Proces uzgadniania rekomendacji przebiegał dwustopniowo. W pierwszym etapie, na podstawie przeglądu literatury i wywiadów indywidualnych, przygotowano zestaw rekomendacji dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Przegląd literatury obejmował analizę publikacji pochodzących z bazy artykułów EBSCO. Poszukiwano w niej publikacji, które omawiały doświadczenia z leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami używania substancji i we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Badania terenowe prowadzono w dwóch grupach: wśród osób z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępowały inne zaburzenia psychiczne (N=40), oraz wśród profesjonalistów (N=22).

Grupę pacjentów stanowili:

- Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i z innymi zaburzeniami psychicznymi (N=20):
 - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
 - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).
- Pacjenci z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (N=20):
 - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
 - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).

Grupę profesjonalistów stanowili:

- decydenci odpowiedzialni za leczenie hazardowe (N=2),
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w leczeniu ambulatoryjnym (N=5),
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w leczeniu stacjonarnym (N=5),
- specjaliści psychoterapii uzależnień z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5),
- lekarze psychiatrzy z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Udział w badaniu był dobrowolny. Następnie powołano zespół ekspertów, w którym brali udział specjaliści zajmujący się pomocą osobom z zaburzeniami hazardowymi i innymi uzależnieniami i chorobami psychicznymi oraz pracownicy nauki. Podczas spotkania zespołu dyskutowano wersję rekomendacji przygotowaną na podstawie przeglądu literatury i badań terenowych. Na podstawie postulatów, które pojawiły się podczas spotkania – przygotowano ostateczną wersję wytycznych.

Rekomendacje dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi

Rekomendacje obejmują trzy obszary: diagnozy, organizacji leczenia oraz podejść do terapii.

Diagnoza

W ramach diagnozy zaburzeń hazardowych i współwystępujących zaburzeń psychicznych sugeruje się włączenie testów przesiewowych zaburzeń hazardowych do praktyki klinicznej. Dodatkowo należy zwracać większą uwagę na

diagnozowanie zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych w leczeniu uzależnień, natomiast w placówkach leczenia zaburzeń psychiatrycznych położyć większy nacisk na diagnozę używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych. W przypadku podejrzenia występowania współwystępujących zaburzeń proces diagnostyczny powinien wydłużyć się do 3 sesji. Wśród postulatów pojawił się również jeden odnoszący się do procesu kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień. Powinien on uwzględniać standardy diagnozy współwystępujących zaburzeń.

1. Stworzenie standardów przeprowadzania diagnozy zaburzeń hazardowych współwystępujących z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz innymi zaburzeniami, w tym nasilonymi zaburzeniami psychicznymi ze szczególnym uwzględnieniem roli testów przesiewowych (np. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych CPGI lub składający się z dwóch pytań Lie/Bet w polskiej adaptacji). Włączenie testów przesiewowych zaburzeń pozwala na ich wychwycenie na wcześniejszym etapie leczenia.
2. W leczeniu uzależnień należy położyć nacisk na diagnozowanie zaburzeń hazardowych oraz innych zaburzeń psychicznych, zaś w leczeniu psychiatrycznym na diagnozę zaburzeń używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych.
3. W przypadku podejrzenia możliwości współwystępowania zaburzeń hazardowych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i innych, w tym nasilonych zaburzeń psychicznych konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczonego na diagnozę do 2-3 sesji. W proces diagnostyczny powinni być zaangażowani specjaliści mający między innymi doświadczenia z konsultowaniem osób, u których występują zaburzenia hazardowe.
4. Położenie nacisku w programach kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień na standardy diagnozy, konieczność jej pogłębiania oraz przekazywanie informacji o rekomendowanych (zaadaptowanych do polskich warunków) testach przesiewowych zaburzeń hazardowych, używania substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych.

Organizacja leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych

Wśród rekomendacji odnoszących się do organizacji leczenia znalazł się postulat leczenia osób ze współwy-

stępującymi zaburzeniami w ramach jednej struktury organizacyjnej. W skład zespołu terapeutycznego powinny wchodzić osoby z różnym doświadczeniem i podejściami, co w większym stopniu indywidualizuje leczenie pacjentów. Istotne jest także zapewnienie pracownikom dostępu do superwizji. Placówki, w których podejmują leczenie osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, muszą nawiązywać współpracę z innymi placówkami, których oferta pozwala zaspokoić najbardziej palące potrzeby pacjenta. Należałoby również stworzyć jednolite standardy i kryteria przyjęć do poszczególnych rodzajów placówek.

1. Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz współchorobowości w jednej placówce (centrum zdrowia psychicznego, poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego lub poradnia leczenia uzależnień), tak aby pacjent mógł zaspokoić swoje potrzeby terapeutyczne w ramach jednej struktury organizacyjnej. Można to zapewnić poprzez zatrudnienie specjalisty psychoterapii uzależnień w centrach zdrowia psychicznego, w poradniach zdrowia psychicznego czy w zespołach leczenia środowiskowego lub przez zapewnienie ścisłej współpracy z lokalną placówką leczenia uzależnień.
2. Zespół terapeutyczny, reprezentujący różne przygotowanie, doświadczenie, podejścia terapeutyczne, działający w ramach zintegrowanego programu terapeutycznego, gwarantuje możliwość zindywidualizowanego podejścia do pacjenta. Zatrudnianie psychiatrów w placówkach leczenia uzależnień pozwala właściwie zdiagnozować pacjentów oraz zaproponować im leczenie adekwatne do ich zaburzenia bez potrzeby podejmowania leczenia w innych placówkach. Istotne jest, by wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego mieli pełną wiedzę na temat stanu pacjentów, co w razie kryzysu pozwala na podjęcie skutecznej interwencji.
3. Zespół terapeutyczny musi być poddawany systematycznie superwizjom. Pozwala to przepracowywać trudniejsze zagadnienia, zmniejsza stres i ryzyko wypalenia zawodowego.
4. Szczególnie w przypadku pacjentów z wieloma diagnozami istotne jest wypracowanie przez placówkę, w której pacjent się leczy, współpracy z innymi placówkami, których oferta pozwala zaspokoić potrzeby pacjenta. Niezależnie, czy jest to placówka leczenia

uzależnień, czy opieki psychiatrycznej, istotne jest dążenie, by rozpoznać i zaspokoić najbardziej palącą potrzebę pacjenta.

5. Stworzenie możliwości kontynuacji leczenia osobom z podwójną diagnozą w placówce zdrowia psychicznego poprzez wypracowanie w poradniach oferty i programów dla tej grupy osób.
6. Rekomendowane jest, by placówki w ramach współpracy mogły przekazywać sobie klientów. Zapewnienie klientowi miejsca zwiększałoby jego szanse na kontynuację terapii. Pozwalałoby również na monitorowanie sytuacji pacjenta. Placówka, w której pacjent się leczy, wiedząc gdzie trafił, miałaby szansę dowiedzieć się, jak sobie radzi.
7. Zwiększenie dostępności detoksykacji.
8. Stworzenie jednorodnych standardów i kryteriów przyjęć do poszczególnych rodzajów placówek.

Podejścia do terapii

Wśród rekomendacji odnoszących się do podejść do terapii, istotną kwestią, pojawiającą się przed podjęciem leczenia, jest forma terapii – ambulatoryjna czy stacjonarna. Decyzja ta powinna być zawsze zindywidualizowana i podejmowana we współpracy z pacjentem. Jest wiele czynników, które należy wziąć pod uwagę, wybierając formę leczenia. Rekomendowano również tworzenie minigrup dla osób, które łączy podobny problem, np. zaburzenia hazardowe, dzięki temu pacjenci mogą zajmować się swoimi specyficznymi problemami. Jeśli nie ma możliwości utworzenia takich grup, osoby z zaburzeniami hazardowymi powinny być w większym stopniu zaangażowane w pracę grupową, zwracając uwagę na wspólne mechanizmy uzależnienia. Praca terapeutyczna z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami powinna opierać się na dialogu motywującym, pamiętając, że pacjenci ci wymagają większej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowań. Podczas terapii osób, u których współwystępują zaburzenia, dość szybko powinno się rozwiązywać ich najpilniejsze potrzeby, dzięki temu są one w stanie lepiej skupić się na leczeniu. Problem nieutrzymywania abstynencji przez pacjenta nie powinien być powodem zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Również nie powinien to być powód wydalania z programu. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi powinny być w stałym

kontakcie z pracownikami sektora medycznego, nawet po zakończonym leczeniu. Bardzo ważnym elementem terapii jest włączenie rodziny chorego w proces leczenia.

1. Decyzja o leczeniu w środowisku (w formie ambulatoryjnej) bądź w placówce stacjonarnej pacjentów z podwójną diagnozą powinna zawsze być podejmowana indywidualnie, we współpracy z pacjentem. Istotnymi czynnikami, które należy wziąć pod uwagę, są relacje rodzinne, głębokość uzależnienia, deficyty psychosomatyczne. W przypadku osób z bardziej złożonym obrazem zaburzeń, bardziej nasilonymi objawami należy proponować terapię stacjonarną. Osoby, u których zaburzenia nie utrudniają funkcjonowania, mogą uczestniczyć w terapii w formie ambulatoryjnej.
2. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów różnych specjalności.
3. Tworzenie pacjentom z bardziej zaawansowanymi zaburzeniami możliwości uczestniczenia w grupie psychoterapeutycznej oraz możliwość integracji z pacjentami, których zaburzenia są mniej nasilone podczas pozostałych zajęć.
4. Tworzenie minigrup terapeutycznych dla osób, które łączy podobny problem, np. zaburzenia hazardowe, po to, by mogły zająć się swoimi specyficznymi problemami.
5. Jeśli nie ma możliwości utworzenia minigrupy, to należy poświęcić osobom z zaburzeniami hazardowymi więcej uwagi w trakcie terapii i odnosić się podczas terapii do problemów charakterystycznych dla zaburzeń hazardowych, a także zwracać uwagę na wspólne mechanizmy uzależnień.
6. Należy unikać konfrontacyjnego podejścia do terapii, prowadząc ją w duchu dialogu motywującego. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi wymagają więcej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowania.
7. U osoby ze współchorobowością trudniej jest uzyskać motywację do leczenia, więc praca nad tym aspektem terapii musi być wzmożona.
8. Konieczne jest rozpoznanie podczas terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych problemów związanych z uprawianiem przez pacjenta hazardu, np. zadłużenie, wyroki sądowe. Pomoc w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych pozwala

- pacjentowi skupić się na leczeniu i motywuje go do kontynuowania terapii.
9. Istnieje uzasadniona potrzeba zajmowania się problemami pacjenta w sposób zintegrowany. W przypadku leczenia osób z zaburzeniami współwystępującymi istotną kwestią jest wyjaśnienie pacjentowi interakcji pomiędzy lekami i substancjami psychoaktywnymi i rekomendacja abstynencji. Jednak nieutrzymywanie przez pacjenta abstynencji nie może być powodem do zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego.
 10. Nieutrzymywanie abstynencji przez pacjenta nie może być czynnikiem decydującym o jego pozostaniu w programie. Jeśli warunki pozwalają, to również nie powinno się od pacjenta wymagać utrzymania abstynencji przed przyjęciem do placówki stacjonarnej, szczególnie terapii długoterminowej. W przypadku przyjęć do oddziałów stacjonarnych i dziennych leczenia uzależnień zalecane jest przyjmowanie klientów niebędących pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Abstynencja nie może być jedynym bądź podstawowym kryterium oceny efektywności oddziaływań. W razie łamania abstynencji osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz z innymi, w tym ciężkimi zaburzeniami psychicznymi powinny zostać wypisane, ale objęte jednocześnie opieką zespołu leczenia środowiskowego lub poradni zdrowia psychicznego oraz możliwie szybko (np. po 2 tygodniach), po kwalifikacji, przyjęte ponownie.
 11. Chorzy powinni utrzymywać stały kontakt z pracownikami sektora medycznego po zakończeniu podstawowej terapii. Pozostawanie pod opieką lekarzy psychiatrów, terapeutów pozwala na bieżąco monitorować stan zdrowia i nasilenie objawów choroby.
 12. Zaangażowanie rodziny sprzyja osiągnięciu zmiany nie tylko w funkcjonowaniu pacjenta, ale i w jego otoczeniu, co jest kluczowe, kiedy kończy on już terapię. Rodzina powinna mieć możliwość poproszenia o wsparcie, wymiany doświadczeń. Istotne dla terapii jest przyjrzenie się, jak pacjent w niej funkcjonuje. Praca z rodziną powinna zawierać komponent edukacyjny, by jej członkowie lepiej rozumieli zaburzenie i podejmowali działania służące zdrowieniu pacjenta. Optymalnie praca z rodziną powinna być rozpoczęta na wczesnym etapie leczenia.

13. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, którym trudno będzie przejąć całkowitą kontrolę nad swoimi zachowaniami, włączenie rodziny odgrywa kluczową rolę. W takich przypadkach rodzina może wspierać osobę w załatwianiu spraw, nadzorować przyjmowanie leków itp.

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- Angst J., Sellaro R., Ries Merikangas K. (2002), Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 147-54.
- Black D.W., Allen J., Bormann N.L. (2021), Are comorbid disorders associated with changes in gambling activity? A longitudinal study of younger and older subjects with DSM-IV pathological gambling. *J Gambl Stud*; 37: 1219-1230.
- Błaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*; 97: 487-499.
- Cowlshaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012), Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14;11:CD008937. doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
- Dannon P.N., Lowengrub K., Gonopolski Y. et al. (2006), Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*; 8: 334-339.
- Desai R.A., Potenza M.N. (2008), Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 43(3):173-183. doi:10.1007/s00127-007-0283-z.
- Dowling N.A., Cowlshaw S., Jackson A.C. et al. (2015), Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*; 49: 519-539.
- Echeburúa E., Gómez M., Freixa M. (2011), Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behav Res Ther*; 49: 808-814.
- Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I. (2013), Illicit drug use and problem gambling. *Addiction*, vol. 2013, Article ID 342392.
- Finney J.W., Hahn A.C., Moos R.H. (1996), The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773-96.
- Grant J.E., Chamberlain S.R. (2020), Gambling and substance use: comorbidity and treatment implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 99: 109852.
- Green A.I., Drake R.E., Brunette M.F. et al. (2007), Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*; 164: 402-408.
- Kessler R.C., Hwang I., LaBrie R. et al. (2008), DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*; 38: 1351-1360.
- Ledgerwood D.M., Petry N.M. (2006), Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 411-416.

- Levens S., Dyer A.M., Zubritsky C., Knott K., Oslin D.W. (2005), Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 69-76.
- Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A., (2011), Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106, 490-498.
- Petry N.M. (2006), Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101 Suppl 1: 152-60.
- Potenza M., Fiellin D., Heninger G., Rounsaville B., Mazure C. (2002), Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 9, 721-732.
- Raylu N. Oei T.P. (2002), Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 7, 1009-1061.
- Rodda S.N., Lubman D.I., Iyer R. et al. (2025), Subtyping based on readiness and confidence: the identification of help-seeking profiles for gamblers accessing web-based counselling. *Addiction*; 110: 494-501.
- Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M., Turecki G. (2010), Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 541-7.
- Weinstock J., Blanco C., Petry N.M. (2006), Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14(1), 87-93.
- Wieczorek Ł., Dąbrowska K. (2020), Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *J Subst Use*; 25: 350-356.
- Winters K.C., Kushner M.G. (2003), Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud*; 19: 261-277.