

W terapii zaburzeń hazardowych tradycyjne podejście skupia się na dążeniu do utrzymania całkowitej abstynencji jako celu leczenia, co często traktowane jest w kategoriach miernika sukcesu terapeutycznego. To podejście, choć efektywne dla wielu pacjentów, nie zawsze jest realistyczne lub atrakcyjne dla wszystkich osób zmagających się z problemem uprawiania hazardu. Z tego względu w ostatnich latach zaczęto rozważać alternatywne metody leczenia, które nie wymagają pełnej abstynencji, ale zamiast tego oferują możliwość kontrolowanego grania.

GOTOWOŚĆ PROFESJONALISTÓW I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI DO PRZYJĘCIA KONTROLOWANEGO GRANIA JAKO CELU LECZENIA

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Debata w środowisku naukowym zajmującym się różnorodnością celów terapeutycznych w leczeniu zaburzeń alkoholowych znalazła odzwierciedlenie również w literaturze dotyczącej terapii zaburzeń hazardowych. W podejściu tradycyjnym utrzymywanie całkowitej abstynencji od grania w gry hazardowe jest zarówno pożądanym celem leczenia, jak i miernikiem sukcesu terapeutycznego (Błaszczński i in., 1991; Ladouceur, 2005; Ladouceur i in., 2009; Slutske i in., 2010). Jednakże w opozycji do tego tradycyjnego podejścia pozostaje pogląd, że zaoferowanie pacjentom opcji leczniczej niewymagającej zachowania abstynencji może stanowić bardziej realistyczną i atrakcyjną propozycję leczenia dla wielu zainteresowanych. Może to skutkować większym odsetkiem osób utrzymujących się w terapii (Błaszczński, 1991; Ladouceur i in., 2009). Do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznych, których celem byłoby zbadanie wpływu, jaki ma wybór celów terapeutycznych na podjęcie i przebieg leczenia. Sprawy nie ułatwia brak operacyjnej definicji tego, co może być uważane za *moderation goal*, tym bardziej, że takie sformułowania jak „umiarkowane uprawianie hazardu”, „kontrolowane uprawianie hazardu” i „ograniczenie uprawiania hazardu” są używane zamiennie w badaniach i literaturze.

Zaburzenia hazardowe obejmują zróżnicowane zachowania, które można scharakteryzować za pomocą szeregu wskaźników diagnozujących ich intensywność i głębokość. Stąd również cel, jakim jest wyzdrowienie (*recovery*), musi być szacowany z uwzględnieniem wskaźników psychospołecznych, behawioralnych i ekonomicznych (Nower i Błaszczński, 2008).

W przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Suurvali i innych (2009) zidentyfikowano liczne bariery utrudniające podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia, w tym te wynikające z dominacji modelu abstynencyjnego i braku opcji dla osób, które nie zamierzają całkowicie rezygnować z hazardu. Niektórzy gracze cenią sobie emocjonalne i społeczne korzyści płynące z grania i nie chcą z niego rezygnować, co potwierdziły również osoby z zaburzeniami hazardowymi w badaniu przeprowadzonym przez Evansa i Delfabbro (2005).

Warto zauważyć, że cele leczenia mogą ewoluować w trakcie jego trwania. Ladouceur i inni (2009), którzy realizowali badania w trakcie prowadzonej terapii kognitywno-behawioralnej skoncentrowanej na nauczaniu kontrolowanego uprawiania hazardu, odkryli, że 34% pacjentów utrzymało swój początkowy cel leczenia, podczas gdy 39% postanowiło go zmodyfikować i dążyć do abstynencji.

Badania potwierdziły skuteczność podejścia terapeutycznego, które nie wymaga pełnej abstynencji, pokazując, że umiarkowany hazard jest często wybieranym sposobem radzenia sobie z problemem, zarówno przez osoby działające na własną rękę, jak i te korzystające z profesjonalnej pomocy (Dowling i in., 2009; Slutske i in., 2010; Weinstock i in., 2007). Gracze przyjmują rozmaite strategie czy rozwiązania, które pozwalają im lepiej kontrolować swoje zachowanie i minimalizować szkody, jakie ponoszą. Popularną strategią jest ustanawianie przez graczy limitów finansowych (Currie i in., 2020; Wiebe i in., 2005; Walker i in., 2015; Auer i Griffiths, 2013). Badanie Rodda i innych (2019) pokazało, że gracze grający w gry elektroniczne przyjmują od jednej do kilku strategii, takich jak: ustalenie limitów finansowych przed rozpoczęciem gry, przynoszenie określonej kwoty w gotówce na grę i niezabieranie kart kredytowych do miejsc, w których uprawiają hazard.

Badanie przeprowadzone w Australii przez Dowlinga i Smitha (2007) wykazało, że jednym z głównych powodów wybierania alternatywnych celów leczenia jest przekonanie, iż pełna abstynencja stanowi nierealistyczny i przytłaczający cel. Z drugiej strony, dominującą przyczyną wyboru abstynencji była świadomość braku możliwości kontrolowania hazardu. Co interesujące, w badaniu Dowlinga i Smitha (2007) częściej za abstynencją opowiadały się kobiety, które stanowiły dwie trzecie uczestniczek programu. Poza tym pacjenci wybierający kontrolowane granie, charakteryzowali się krótszym czasem utrzymywania abstynencji poprzedzającym leczenie, brakiem przekonania o tym, że hazard problemowy to zaburzenie wymagające dożywotniego utrzymywania abstynencji oraz z mniejszym nasileniem problemu (Ladouceur, 2005; Dowling i Smith, 2007).

Metodologia badania

Badanie miało charakter jakościowy. Uwzględnione dane zostały zebrane z wykorzystaniem dwóch rodzajów technik badawczych. Jedną z nich były zogniskowane wywiady grupowe (ZWG, N=2), a drugą semistrukturyzowane wywiady indywidualne (N=40).

Zogniskowane wywiady grupowe prowadzone były wśród specjalistów psychoterapii uzależnień. Prze-

prowadzono dwa ZWG. Pierwszy (N=7) zrealizowano na początku projektu, przed prowadzeniem wywiadów indywidualnych. Jego celem było przygotowanie dyspozycji do wywiadów, które pozwoliłyby na zebranie danych, odpowiadających celom badania. Drugi ZWG (N=7) został przeprowadzony już po analizie materiału uzyskanego podczas wywiadów indywidualnych i sformułowaniu pierwszej wersji rekomendacji dla programu kontrolowanego grania. Jego celem było omówienie rekomendacji z ekspertami, aby jak najlepiej dostosować je do grupy odbiorców.

Wywiady indywidualne prowadzone były w dwóch grupach respondentów – ze specjalistami psychoterapii uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi. Pozwoliło to na dywersyfikację materiału badawczego oraz przyjrzenie się problemowi z różnych perspektyw. W sumie zrealizowano 40 wywiadów wśród:

- specjalistów psychoterapii uzależnień (N=20),
- osób z zaburzeniami hazardowymi (N=20).

Wyniki

Zdecydowana większość respondentów uważa, że kontrolowane granie w przypadku osób, które już trafiają do leczenia, jest niemożliwe. Jeden z terapeutów zauważył, że pacjenci zbyt późno trafiają do leczenia i ich straty są już bardzo poważne, stąd w ich przypadku kontrolowane uprawianie hazardu się nie sprawdza.

STU: Ale też w swoim doświadczeniu nie spotkałam pacjentów, którzy chcieliby w ten sposób korzystać z grania, dlatego że zgłaszały się do mnie osoby, które miały bardzo duże konsekwencje z powodu grania i na takim późnym etapie orientowały się, że ten problem już jest bardzo głęboki i trudny do pokonania poprzez ograniczanie. (BS31052023PROF)

Jednak pojawiły się również inne głosy, które wskazywały na możliwość kontrolowanego uprawiania hazardu. Zależy jest to od fazy zaburzenia, w której zgłasza się pacjent.

STU: W zasobach naszych pacjentów, w różnych fazach uzależnienia, z jakimi się do nas zgłaszają, nie możemy wykluczyć tego, że ten powrót do kontrolowanego uprawiania hazardu jest możliwy, a przy uzależnieniach behawioralnych często się zdarza,

że pacjenci potrafią po prostu powrócić do pewnej kontroli swoich zachowań. (EG22062023PROF)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wyrażają sceptycyzm wobec terapii, która zezwala na kontrolowane granie w gry hazardowe poprzez ustanowienie limitów finansowych i czasowych. Ich zdaniem jakiegokolwiek ograniczenia nadal pozostawiają gracza w stanie uzależnienia, co oznacza, że problem nie zostaje w pełni rozwiązany. Ograniczenie grania może nie wystarczyć do pokonania głęboko zakorzenionych impulsów i emocji związanych z graniem. Zdaniem niektórych osób z zaburzeniami hazardowymi próba kontroli grania, po dłuższym okresie abstynencji, mogłaby wywołać silne emocje i pragnienie gry, które byłyby trudne do opanowania. Osoba z zaburzeniami hazardowymi: – A czy taka terapia, która by pozwalała na kontrolowane granie, czyli że określa się limit finansowy, limit czasowy, czy takie coś mogłoby być celem terapii?

Myślę, że nie. Ograniczyć swoje uzależnienie to oznacza, że dalej jest się w uzależnieniu.

– Czyli kierunek całkowita abstynencja?

Tak. No nie wyobrażam sobie teraz, jakbym spróbował, bo ponad rok no nie próbowałem, nic nie robiłem w kierunku mojego uzależnienia, ale myślę, że te emocje, ta chęć do tej gry, dostarczania tego wszystkiego by nie pozwoliła na żadne kontrolowanie. (JM220620233GD)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się, że nawet jeśli na początku byłyby w stanie kontrolować swoje granie, to jednak po pewnym czasie wróciłyby do poprzedniego wzoru grania. Mają obawy dotyczące skuteczności i trwałości rezultatów wynikających z przyjęcia celu leczenia polegającego na ograniczaniu grania.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Prędzej czy później, no kilka razy może udać się skontrolować, ale to jest na bardzo krótki czas. Prędzej czy później i tak, i tak nie będziemy tego kontrolować i tylko o tym się przekonamy, dzięki czemu właśnie może te osoby podejmą leczenie, no takie normalne, że tak powiem, bez tego kontrolowania i się o tym przekonają, że nic innego nie da im uzdrowienia tutaj. (MK04072023GD)



Profesjoniści podkreślają, jak ważne jest postawienie rzetelnej diagnozy, która pokaże, na jakim etapie rozwoju problemu jest pacjent i czy jego problem nie jest zbyt nasilony, by próbować ograniczać granie. W przypadku osób jeszcze niezależnionych lub osób, których problem nie jest bardzo zaawansowany, celem leczenia mogłoby być kontrolowane granie. STU: *Wszystko zależy od diagnozy tak naprawdę. Czyli najpierw należałoby tę osobę, która chce terapii, zdiagnozować, zobaczyć, jaką głębokość ma ten patologiczny hazard, na ile ta kontrola w ogóle jest w jakikolwiek sposób możliwa. Przypuszczam, że jeśli ktoś byłby na granicy na przykład, albo gdyby to jego granie nie było takie, założymy, bardziej szkodliwe, no to myślę sobie, że to mógłby być cel terapii.* (JM27062023PROF)

Większość profesjonalistów dopuszcza możliwość, by pacjent spróbował kontrolowanego grania. Niektórzy z nich traktują ten etap jako przejściowy w dążeniu do abstynencji. Podejście takie może być przydatne dla osób, które nie są jeszcze całkowicie przekonane o konieczności utrzymywania abstynencji, ale chcą eksperymentować z ograniczeniem grania. Przejście przez etap kontrolowanego grania może dać im możliwość zrozumienia, że pełna kontrola nad hazardem jest złudna i w ostateczności przekonać ich do przyjęcia abstynencji jako ostatecznego celu. W tej perspektywie kontrolowane granie służy jako narzędzie terapeutyczne, które umożliwia osobom zmagającym się z hazardem doświadczenie swoich granic i potencjalnych trudności z zachowaniem ustalonych limitów, co może skłonić ich do zdecydowania się na całkowite zaprzestanie grania.

STU: *Myślę, że mógłby [kontrolowany hazard – autorzy] być [celem – autorzy], jeżeli ktoś by chciał, byłby nastawiony na to, że chce spróbować kontrolować i później się przekonuje, że to jest jednak złudne. Więc może to być etap przejściowy, jak najbardziej, jeżeli ktoś nie jest zdecydowany na pełną abstynencję, to mógłby to być etap przejściowy.* (MK04072023PROF) Jeden z profesjonalistów zwraca uwagę, że jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które nie mają gotowości do utrzymywania abstynencji, by dać im możliwość ograniczania grania, po to, by w ogóle trafili do leczenia.

STU: *Myślę sobie, że mógłby być [kontrolowane granie – autorzy] jako taki cel pierwszy. Znaczą,*

jeśli ktoś by się zgłosił i nie miał takiej całkowitej potrzeby, czy nie wyobrażał sobie, że ta całkowita wstrzeźliwość jest możliwa, to pierwszym etapem być może mogłoby być sprawdzenie, czy ograniczenie tych czynności związanych z uprawianiem hazardu wprowadzi jakieś korzyści w jego życiu i nie będzie powodowało dalszej destrukcji. (BS31052023PROF) Z perspektywy ograniczania szkód istotne mogą być wszelkie korzystne zmiany w zachowaniu, gdyż nie każdy gracz jest w stanie osiągnąć abstynencję, a w niektórych przypadkach utrzymanie pacjenta w leczeniu jest już sukcesem. Podejście kontrolowanego grania ma znaczenie terapeutyczne, gdyż chociaż zmiany zachodzą powoli, dostarczają one pacjentom satysfakcji i poczucia, że uczestnictwo w terapii ma sens. Ta stopniowa zmiana pozwala na rozwijanie i wzmacnianie umiejętności, takich jak samoregulacja emocji, co z kolei umożliwia pacjentom efektywniejsze radzenie sobie z impulsami nad niepożądanymi zachowaniami, jak na przykład nadużywanie substancji. Terapia to długotrwały proces i zmiany w zachowaniu wymagają czasu, ale te drobne kroki są kluczowe dla sukcesu terapeutycznego. Pozwalają one na obserwację postępów, które są motywujące dla pacjentów i utrzymują ich zaangażowanie w proces terapeutyczny.

STU: *Często zostają [pacjenci – autorzy] i na przykład czasami, naprawdę bardzo drobnymi kroczkami, minimalizują jakieś swoje zachowania, ale na tyle widocznie z satysfakcją, czy z poczuciem sensu, że w tej terapii zostają. Chociaż są to rzeczywiście długie procesy i często takie bardzo powolne. Dla nich [pacjentów – autorzy] zmiana w konkretnym zachowaniu, np. ograniczenie czegoś, pociąga zmianę innych rzeczy, no chociażby w samoregulacji emocji, które pozwalają później na to, że ktoś częściej był w stanie powstrzymać się przed zachowaniem czy zażyciem substancji.* (MK28062023PROF)

Profesjoniści, nawet jeśli nie mają przekonania, że kontrolowane granie może przynieść pozytywne rezultaty, to zwykle zachowują otwartość, by przynajmniej spróbować, czy to może działać. Niektórzy terapeuci rozważali możliwości wprowadzenia podejścia ograniczania grania w prowadzonej przez siebie terapii indywidualnej, ale nie grupowej. Realizacja programu kontrolowanego grania w podejściu indywidualnym mogłaby być szansą obserwacji

efektów prowadzonych oddziaływań. Z wypowiedzi respondenta wynika, że wyraża on gotowość do zmiany swojego krytycznego podejścia, jeśli wyniki procesu leczenia byłyby obiecujące.

STU: Myślę, że tak (spróbowałby podejścia ograniczania grania – autorzy), no ale to wynika też z tego, że dzisiaj trochę gadam teoretycznie. Ja myślę sobie, że jak najbardziej ofertę bym wprowadziła tutaj do poradni. Bardziej też myślę sobie, że na początek pewnie byłaby to oferta w kontakcie indywidualnym, bo pewnie pacjenta, który próbuje ograniczać, na grupę taką, gdzie pracują nad abstynencją, bym nie włączyła. Ale w kontakcie indywidualnym jak najbardziej mogłabym pracę podjąć, właśnie chociażby z ciekawości, czy moje przekonania się pokrywają, czy też nie. Bo zawsze mogę zmienić zdanie w tym kierunku, jeżeli będę miała doświadczenie, a dzisiaj to trochę teoretycznie mówię. (MK04072023PROF)

Jednak sami profesjonaliści wskazują na swój brak wiedzy i doświadczenia w prowadzeniu terapii, której celem byłoby ograniczanie grania, więc trudno oczekiwać, że wyjdą z taką propozycją do pacjenta.

STU: Byśmy musieli mieć mocne przeszkolenie, bo ja na przykład w ogóle w tym temacie nie jestem ekspertem, więc nie chciałabym się jakoś angażować w liczenie z pacjentem tych kwot. (BS12062023PROF)

Z kolei osoby z zaburzeniami hazardowymi często nie mają nawet świadomości, że istnieje taki rodzaj oferty leczniczej i nie wiedzą dokładnie, na czym to podejście polega. Mimo dostępności informacji w internecie, większość ludzi nie korzysta z tego źródła. Zamiast tego woli zwrócić się bezpośrednio do specjalisty, któremu przypisują status autorytetu. Pacjenci oczekują, że to właśnie specjalista, na etapie wstępnej diagnozy, przedstawi im dostępne opcje leczenia i różnorodne podejścia terapeutyczne. Tylko nieliczni samodzielnie dokonują dogłębnej analizy dostępnych form psychoterapii, wybierając sposób leczenia, który najbardziej odpowiada ich potrzebom. To wskazuje na znaczenie roli specjalistów jako kluczowych mediatorów w procesie leczenia i edukacji zdrowotnej.

STU: Moim zdaniem zainteresowanie jest, jeżeli są kampanie edukacyjne i ludzie w ogóle wiedzą, że coś takiego istnieje. Większość ludzi zdecydowanie pomimo dostępu do Internetu nie sprawdza, nie googla i idzie do specjalisty, w cudzysłowie powiem,

do autorytetu, licząc na to, że to specjalista bardziej na poziomie wstępnej diagnozy zapozna pacjenta z możliwościami leczenia i różnymi formami, podejściami czy programami. Ludzie tego nie robią. Myślę, że na palcach można policzyć pacjentów, którzy wysoko funkcjonując, rzeczywiście zrobią sobie taką analizę, z jakiego podejścia psychoterapii chcą korzystać, z jakiego programu, jak chcą być leczeni. Raczej jakby opierają się tutaj na kwestii właśnie autorytetu specjalisty. (ZWG29032023)

Podsumowanie

W terapii zaburzeń hazardowych tradycyjne podejście skupia się na dążeniu do utrzymywania całkowitej abstynencji jako celu leczenia, co często traktowane jest w kategoriach miernika sukcesu terapeutycznego. To podejście, choć efektywne dla wielu pacjentów, nie zawsze jest realistyczne lub atrakcyjne dla wszystkich osób zmagających się z problemem uprawiania hazardu. Z tego względu w ostatnich latach zaczęto rozważać alternatywne metody leczenia, które nie wymagają pełnej abstynencji, ale zamiast tego oferują możliwość kontrolowanego grania.

Kontrolowane granie zakłada ustalenie z góry określonych limitów finansowych i czasowych, które mają na celu ograniczenie skutków negatywnych zachowań związanych z hazardem. Chociaż ta koncepcja jest obiecująca jako teoretyczna alternatywa, w praktyce spotyka się ze sceptycyzmem zarówno wśród profesjonalistów, jak i osób z zaburzeniami hazardowymi. Wielu uważa, że jakiegokolwiek ograniczenia w grze wciąż pozostawiają osobę w stanie uzależnienia, a próby kontrolowania hazardu mogą nie być wystarczające do przezwyciężenia głęboko zakorzenionych impulsów i emocji związanych z graniem.

Mimo tych obaw, niektórzy terapeuci i badacze sugerują, że kontrolowane granie może służyć jako użyteczne narzędzie terapeutyczne, szczególnie jako etap przejściowy. Dla osób, które nie są gotowe lub przekonane do pełnej abstynencji, podejście to może stanowić pierwszy krok do zrozumienia trudności związanych z kontrolą nad hazardem. Przechodzenie przez etap kontrolowanego grania może uświadamiać niektórym pacjentom złudną naturę takiej kontroli i stopniowo prowadzić ich do

wniosku, że w ich przypadku pełna abstynencja jest bardziej pożądanym i skutecznym rozwiązaniem. Podejście ograniczania grania, choć w pewnym sensie kontrowersyjne, może dostarczać pacjentom satysfakcji i poczucia kontroli, które są ważne w początkowych fazach leczenia. Może również służyć jako narzędzie do rozwijania umiejętności, takich jak samoregulacja emocji, co z kolei może przyczynić się do lepszego radzenia sobie z impulsami do niepożądanych zachowań.

Kluczowym aspektem jest również elastyczność terapeutyczna, pozwalająca na dostosowanie metody leczenia do zmieniających się potrzeb i reakcji pacjenta na terapię. Niektórzy profesjonaliści, choć sceptyczni co do trwałej skuteczności kontrolowanego grania, są otwarci na eksplorację tego podejścia, jeśli może ono przynieść korzyści pacjentowi. Ważne jest, aby każde podejście terapeutyczne było dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, uwzględniając jego osobiste doświadczenia i stan zdrowia psychicznego. Praktyka pokazuje, że nawet drobne, stopniowe zmiany w zachowaniu mogą przynieść znaczące korzyści terapeutyczne. Warto zauważyć, że w podejściu zakładającym ograniczanie grania jest możliwość zmiany celów terapeutycznych, gdy wyniki leczenia nie spełniają oczekiwań zarówno terapeuty, jak i pacjenta.

Debata na temat efektywności kontrolowanego grania w leczeniu zaburzeń hazardowych jest daleka od zakończenia, ale ważne jest, aby profesjonaliści zachowali otwartość na różne metody leczenia, które mogą lepiej odpowiadać potrzebom różnych grup pacjentów. Korzyści dotyczące kontrolowanego grania nie mogą więc być rozpatrywane tylko w kategoriach grania, ale również w kontekście jakości życia graczy, u których poprawia się nie tylko sytuacja rodzinna, zawodowa i finansowa, ale również ich zdrowie psychiczne. Kontrolowane granie może być celem samym w sobie, ale co istotne, dla wielu jest jedynie wstępem do utrzymywania abstynencji.

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

Bibliografia

- Auer M. & Griffiths M.D. (2013). „Voluntary limit setting and player choice in most intense online gamblers: an empirical study of gambling behaviour”, *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 647–660. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9332-y>.
- Błaszczynski A., McConaghy N. & Frankova A. (1991). „Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up”, *British Journal of Addiction*, 86, 299–306. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x.
- Currie S.R., Brunelle N., Dufour M., Flores-Pajot M.C., Hodgins D., Nadeau L. & Young M. (2020). „Use of Self-control Strategies for Managing Gambling Habits Leads to Less Harm in Regular Gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 685–698. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09918-0>.
- Dowling N. & Smith D. (2007). „Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling”, *Journal of Gambling Studies*, 23, 335–345. doi:10.1007/s10899-007-9064-6.
- Dowling N., Smith D. & Thomas T. (2009). „A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling”, *Journal of Gambling Studies*, 25, 201–214. doi:10.1007/s10899-009-9116-1.
- Evans L., Delfabbro P.H. (2005). „Motivators for change and barriers to help-seeking”, *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133–155.
- Ladouceur R. (2005). „Controlled gambling for pathological gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 21, 51–59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9.
- Ladouceur R., Lachance S. & Fournier P.M. (2009). „Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling?”, *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
- Nower L. & Błaszczynski A. (2008). „Recovery in pathological gambling: an imprecise concept”, *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1844–1864. <https://doi.org/10.1080/10826080802285810>.
- Rodda S., Bagot K., Manning V. & Lubman D. (2019). „‘Only take the money you want to lose’ strategies for sticking to limits in electronic gaming machine venues”, *International Gambling Studies*. 19. 1–19. 10.1080/14459795.2019.1617330.
- Slutske W.S., Piasecki T.M., Błaszczynski A. & Martin N.G. (2010). „Pathological gambling recovery in the absence of abstinence”, *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J. (2009). „Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature”, *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407–424.
- Walker D.M., Litvin S.W., Sobel R.S. et al. „Setting Win Limits: An Alternative Approach to “Responsible Gambling”?”, *Journal of Gambling Studies* 31, 965–986 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9453-6>.
- Weinstock J., Ledgerwood D.M. & Petry N.M. (2007). „Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers”, *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 185–193. doi:10.1037/0893-164X.21.2.18.
- Wiebe J., Mun P. & Kauffman N. (2006). „Gambling and Problem Gambling in Ontario 2005”, Toronto, ON: Responsible Gambling Council (Ontario).