

Program ograniczania grania w gry hazardowe silnie koresponduje z najnowszymi ujęciami „wyzdrowienia z zaburzeń hazardowych”, które odchodzą od wyłącznego utożsamiania odzyskania zdrowia z absolutną abstynencją. W literaturze coraz częściej pojawiają się definicje „zdrowienia”, uwzględniające takie elementy, jak poprawa jakości życia, odbudowa ról społecznych, subiektywne poczucie kontroli – niezależnie od tego, czy hazard został całkowicie porzucony, czy uprawiany jest w formie, która nie generuje problemów.

REKOMENDACJE DLA REALIZACJI PROGRAMU KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU W PLACÓWKACH LECZENIA UZALEŻNIEŃ¹

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii i Zdrowia Publicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Wdrażanie programu kontrolowanego uprawiania hazardu w placówkach leczenia uzależnień stanowi alternatywę wobec tradycyjnego modelu opartego na całkowitej abstynencji, coraz częściej promowaną przez praktyków oraz potwierdzaną badaniami naukowymi (Slutske i wsp., 2010). Kontrolowane granie jako cel terapeutyczny odpowiada na potrzeby osób, które nie chcą rezygnować z hazardu całkowicie z uwagi na pozytywne aspekty społeczne i emocjonalne tej aktywności (Slutske i wsp., 2010). Badania Suurvaliego i innych (2009) wykazały, że brak alternatywy dla modelu abstynencyjnego jest jedną z głównych barier podejmowania leczenia (Suurvali i wsp., 2009). Perspektywa umiarkowanego czy kontrolowanego grania została również pozytywnie oceniona przez samych pacjentów w badaniach Evansa i Delfabbro (2005), co wskazuje na potrzebę elastycznego podejścia do wyznaczania celów terapeutycznych. Istotne jest, by cele leczenia mogły zmieniać się w trakcie procesu terapeutycznego – część osób rezygnuje z hazardu całkowicie, ale znaczna grupa decyduje się utrzymywać zachowania hazardowe na kontrolowanym, nieproblemowym poziomie (Slutske i wsp., 2010).

Metody oparte na kontroli zachowań hazardowych wykorzystują strategię terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), wywiady motywacyjne oraz programy edukacyjne, które wspierają pacjenta w rozpoznawaniu krytycznych sytuacji, wprowadzaniu limitów i rozwijaniu umiejętności samo-

kontroli (Sullivan i wsp., 2024; Evans, Delfabbro, 2005). Kluczowe elementy pracy terapeutycznej obejmują psychoedukację, pracę nad zniekształceniami poznawczymi związanymi z hazardem oraz rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i radzenia sobie z emocjami. Programy te powinny także uwzględniać wsparcie psychospołeczne, zwłaszcza w zakresie relacji interpersonalnych oraz funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie (Suurvali i wsp., 2009).

Liczne badania potwierdzają, że umiarkowane kontrolowane granie jest wybierane zarówno samodzielnie przez osoby z problemem hazardowym, jak i przy wsparciu leczenia specjalistycznego (Slutske i wsp., 2010). Przykłady skuteczności takich programów prezentują m.in. Ladouceur i inni (2009), Dowling i inni (2009) oraz Slutske i wsp. (2010), gdzie znaczna część pacjentów po programie kontrolowanego grania utrzymała wybrany cel, osiągając poprawę funkcjonowania psychospołecznego oraz zahamowanie rozwoju uzależnienia.

Wnioski dla praktyki wskazują, że placówki leczenia uzależnień powinny rozszerzać ofertę terapeutyczną o programy kontrolowanego grania, zwłaszcza wobec osób, które nie identyfikują swojego problemu hazardowego jako wymagającego dożywotniej abstynencji (Korn, Shaffer, 2004; McMahon i wsp. 2019). Zaleca się interdyscyplinarne podejście, współpracę z rodziną, monitoring efektów leczenia oraz uwzględnienie indywidualnych preferencji i możliwości

pacjenta w zakresie celów terapeutycznych. Takie podejście wpisuje się w nurt redukcji szkód, promowany w polityce zdrowotnej Unii Europejskiej i uznawany za skuteczny w leczeniu uzależnień behawioralnych (Suurvali i wsp., 2009; McMahon i wsp. 2019).

Celem artykułu jest przedstawienie rekomendacji dla implementacji i realizacji programu kontrolowanego uprawiania hazardu.

Metodologia badania

Badanie miało charakter jakościowy, umożliwiający szeroką eksplorację tematu oraz zrozumienie przyczyn i kontekstu społeczno-kulturowego badanego zjawiska (Wilson, 1998; Ulin i wsp. 2005). Celem było odkrycie różnorodności postaw specjalistów psychoterapii uzależnień oraz osób z zaburzeniami hazardowymi wobec wprowadzenia programu kontrolowanego uprawiania hazardu, bez wymogu reprezentatywności, lecz z dążeniem do nasycenia tematu (Rhodes, 2000).

Dane zebrano dwiema metodami: Zogniskowanymi Wywiadami Grupowymi (ZWG) ze specjalistami (N=7 w każdym z dwóch wywiadów) oraz 40 semistrukturyzowanymi wywiadami indywidualnymi (20 specjalistów, 20 osób z zaburzeniami hazardowymi). Pierwszy ZWG wspierał przygotowanie wywiadów indywidualnych, a drugi służył weryfikacji rekomendacji programu. Dobór próby był celowy, uczestnicy rekrutowani z placówek leczenia uzależnień i poradni zdrowia psychicznego oraz metodą kuli śnieżkowej z całej Polski.

Podczas wywiadów grupowych i indywidualnych poruszano kwestie definiowania i oceny kontrolowanego hazardu, kryteriów włączenia do programu, ustalania limitów oraz potencjalnych barier. Zebrano też dane socjodemograficzne oraz doświadczenia terapeutyczne, by uchwycić wielowymiarowe aspekty badanego zjawiska.

Wyniki

Potencjalna grupa odbiorców programu kontrolowanego grania

Osobami, które mogłyby skorzystać z programów ograniczania grania, są:

- *osoby młode*

Z dużym prawdopodobieństwem są to osoby, których uzależnienie nie jest jeszcze bardzo głębokie. Korzyścią dla tych osób może być to, że jeśli na wczesnym etapie

podejmą próbę kontrolowania uprawiania hazardu, to zaowocuje to ograniczeniem ponoszonych szkód w przyszłości. Osoby te, jeśli rozwiną mechanizmy kontroli i uzyskają wgląd w swoje decyzje, będą mogły bardziej świadomie podejmować decyzje. Warto jednak podkreślić, że programy ograniczania grania nie powinny dyskryminować starszych odbiorców.

- *osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są bardzo nasilone*

Zarówno osoby z zaburzeniami hazardowymi, jak i profesjonaliści uważają, że osoby na początkowym etapie uzależnienia, takie, których problemy nie są jeszcze bardzo nasilone, mogą spróbować ograniczenia grania. Kluczowe znaczenie ma postawienie rzetelnej diagnozy, obejmującej całościową sytuację pacjenta.

- *osoby, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymywać założone limity (sprawne funkcjonowanie psychospołeczne)*

Ważne, by osoby, które podejmują próby kontrolowanego grania, miały do tego zasoby. Pacjenci, którzy mogliby spróbować kontrolować swoje granie, to osoby bez zadłużenia, mające stabilną sytuację życiową, zmotywowane. Przywoływany jest koncept osób wysoko funkcjonujących jako odpowiednich adresatów tego rodzaju oferty, ze względu na kapitał społeczny, jakim dysponują.

- *osoby posiadające wsparcie społeczne*

Zwrócono uwagę na wsparcie społeczne jako istotny element, który zwiększa szanse pacjenta na to, że skorzysta z celu leczenia polegającego na ograniczeniu grania. Osoba dobrze osadzona społecznie, utrzymująca interakcje z innymi – lepiej rokuje.

- *z jednej strony respondenci wskazują, że osoby zmotywowane są dobrymi adresatami takich programów, z drugiej strony mówią, że osoby niezmotywowane, które nie są gotowe, by utrzymywać abstynencję, również mogłyby odnieść korzyści z udziału w programie.*

W przypadku osób pozbawionych motywacji, w początkowej fazie budowania motywacji, zalecana jest praca indywidualna z terapeutą. W celu budowania motywacji, konieczne jest dobre rozpoznanie potrzeb pacjenta i jego sytuacji życiowej, jego ewentualnych lęków, obaw, wstydu, poczucia winy, czyli czynników, które utrudniają leczenie. Kiedy pacjent wzmocni swoją motywację, może uczestniczyć w procesie grupowym. Zalecanym narzędziem pracy z osobami niezmotywowanymi jest dialog motywujący.

Przeciwwskazania do uczestniczenia w programie

Kto nie powinien uczestniczyć w programie kontrolowanego grania:

- Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych oraz osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi innymi niż uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, chyba że ich stan jest ustabilizowany, np. farmakologicznie lub/i pozostają pod specjalistyczną opieką.
- Osoby, których uzależnienie jest zaawansowane i doznają już dotkliwych strat związanych ze swoim graniem.
- Osoby, które doświadczają problemów w życiu osobistym, np. pozostają w związku, w którym występuje przemoc; borykają się z problemami finansowymi i w życiu społecznym.
- Osoby, które podejmowały próby samobójcze oraz osoby zgłaszające myśli samobójcze.
- Osoby impulsywne, słabo kontrolujące emocje, mające mały wgląd w świat wewnętrzny, źle reagujące na stres, osoby z zaburzeniami osobowości.

Gdzie realizować – ambulatoria/dzienny/stacjonarny

Zdaniem respondentów program kontrolowanego uprawiania hazardu trudno byłoby wprowadzić do lecznictwa stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia. Poza tym w lecznictwie stacjonarnym pacjent miałby niewielkie możliwości, by wdrażać w życie cele, które sobie założył.

Czy w jednej placówce/grupie mogą być pacjenci, dla których celem będzie abstynencja i kontrolowanie grania?

Leczenie w jednej placówce osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu dla niektórych terapeutów jest trudne do zaakceptowania. Obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania, a nie utrzymywania abstynencji. Profesjonaliści, którzy brali udział w panelu ekspertów, proponują, by:

- kwalifikować pacjentów do programów na podstawie rzetelnej diagnozy;
- rozmawiać z pacjentami o plusach i minusach każdej ze ścieżek terapeutycznych i ich wątpliwościach;

- zaakceptować, że pacjent ma prawo wyboru ścieżki leczniczej i zaufać, że dokona świadomego wyboru.

Alternatywą jest praca nad kontrolowaniem grania w kontakcie indywidualnym.

Założenia terapii

- Indywidualizacja i możliwość modyfikacji celów
Program kontrolowanego grania musi dopuszczać modyfikację przyjętych celów, aby można było je indywidualizować i dostosowywać do sytuacji i etapu terapii.
- Prowadzenie terapii w duchu dialogu motywującego
Zdaniem specjalistów psychoterapii uzależnień ważne jest, aby terapia była prowadzona w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów.
- Obszary pracy terapeutycznej.

Istnieje potrzeba, by terapia kontrolowanego grania obejmowała:

- myśli przyzwalających i dysfunkcyjnych przekonań podtrzymujących uzależnienia,
- zagadnienie regulacji emocji i zaspokojenia własnych potrzeb,
- mechanizmy samokontroli,
- zmianę destrukcyjnych nawyków pacjenta.

W tym celu może być wykorzystywane podejście poznawczo-behawioralne.

- Konsultacje psychoedukacji dla rodzin
Ich celem jest wytłumaczenie najbliższemu, na czym polega ograniczanie grania i przekazanie im informacji, jak mogą oni pomóc pacjentowi w realizacji jego celów, między innymi poprzez wspieranie jego mechanizmów samoregulacji.

Kwestie, które należy wziąć pod uwagę, ustalając limity:

- Doświadczenia w programie kontrolowania grania
Wywiad diagnostyczny powinien również rozpoznać poprzednie doświadczenia graczy z samoograniczaniem oraz uczestnictwem w programach kontrolowania grania w przeszłości.
- Indywidualizacja limitów
Program grania kontrolowanego powinien mieć charakter indywidualny, co oznacza, że limity powinny być ustalane na podstawie znajomości sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza – poziomu zadłużenia, ponoszonych strat z powodu grania, rodzaju gier oraz na jakim etapie rozwoju zaburzenia się znajduje.
- Konieczność ustalenia limitów czasowych i finansowych

Należy ustalać zarówno częstotliwość gry, limity czasowe, jak i finansowe. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii.

- Włączenie rodziny

Wskazanie do konsultacji i psychoedukacji dla rodzin w zakresie systemowych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie behawioralne lub edukacji w obszarze konstruktywnego wspierania osoby uzależnionej w realizacji celów realizowanych w terapii.

Włączenie rodziny w ustalanie celów leczenia oraz angażowanie jej przez cały proces pozwala na większą akceptację i zrozumienie dla idei programu oraz zwiększa szansę na powodzenie terapii. Gracze nie pozostają sami podczas procesu leczenia, a rodzina może przyglądać się realizacji celów.

- Ustalenie formy grania

Istotne jest ustalenie formy uprawiania hazardu. Uprawianie hazardu w internecie jest postrzegane jako szczególnie niebezpieczne ze względu na nieograniczoną dostępność czasową, brak konieczności wychodzenia z domu. Granie tylko w punktach stacjonarnych, szczególnie oddalonych od miejsca zamieszkania, może pomóc w ograniczeniu grania.

Niektóre formy gier hazardowych są postrzegane jako niosące większy potencjał uzależniający, np. gra na automatach. Wybór innego typu hazardu może sprzyjać ograniczeniu grania.

- Ustalenie ograniczeń dla grania

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania, są między innymi następujące kwestie:

- gdzie nie należy grać,
- w jakich sytuacjach,
- w jakim stanie emocjonalnym,
- ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków.

Narzędzia przydatne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania

Pomocne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania mogą być narzędzia, które należałoby opracować i poddać ewaluacji:

- formularz samoobserwacji – rodzaj uprawianej gry, czas poświęcany na grę, środki, częstotliwość grania, miejsca uprawiania hazardu, sytuacje, które wywołują chęć grania,
- zapisywanie ustalonych limitów i kontrakt terapeutyczny,

- dzienniczek zysków i strat,
- monitorowanie trudności związanych z utrzymaniem limitów,
- plan wydatków pozwalający na racjonalizację i ustalenie limitów finansowych,
- aplikacje finansowe,
- harmonogram tygodnia, który pozwala ocenić, ile czasu pozostaje na granie i kiedy,
- narzędzie do prezentacji wybranych technik z zakresu regulacji emocji oraz wskazań do zmiany niekonstruktywnych zachowań.

Ustalanie limitów czasowych

- Wyznaczenie częstotliwości grania

Dla osób, które grały codziennie, ten limit musi być inny niż dla osoby, która grała raz na tydzień. Chodzi o to, by limity były realistyczne, żeby pacjent rzeczywiście był w stanie ich przestrzegać. Nie oznacza to, że są one ustalone raz na zawsze. Po jakimś czasie można spróbować znowu ograniczyć czas, wtedy do celu dochodzi się stopniowo.

- Uprawianie hazardu nie może kolidować z obowiązkami

Ustalone limity powinny pozwalać pacjentowi wywiązywać się bez problemu z obowiązków zawodowych i rodzinnych. Należy wziąć pod uwagę obowiązki domowe, ale również czas spędzany z rodziną, np. zabawa z dziećmi czy wspólny spacer.

- Hazard nie powinien być jedyną rozrywką, formą spędzania wolnego czasu

Chodzi o doprowadzenie do takiej sytuacji, żeby hazard był jedną z form aktywności, wykonywaną w czasie przeznaczonym na rozrywkę i nie zdominował innych sfer życia. Dobrze, by klient poszukał również innych atrakcyjnych dla siebie form spędzania wolnego czasu czy zabawy.

- Powiązanie limitów czasowych ze specyfiką gry hazardowej

Respondenci zwrócili uwagę, że niektóre dni czy okresy mogą być dla graczy bardziej atrakcyjne, na przykład w tych dniach odbywa się wiele rozgrywek sportowych, które można obstawiać. W tej sytuacji proponują, by limity czasowe dopasować właśnie do tej charakterystyki, do rodzaju gry hazardowej.

- Ustalanie czasu, w jakim obowiązują limity

- wyznaczenie konkretnych dni na grę, np. w czwartki,

- wyznaczenie dni weekendowych, bo zwykle wtedy pacjenci mają mniej zobowiązań,
- wyznaczenie limitów dziennych, a nie tygodniowych (jeśli limit jest tygodniowy, to mogłoby się zdarzyć, że pacjent i tak wykorzystałby go jednego dnia, nie rozkładając na pozostałe dni),
- wyznaczenie limitów tygodniowych, a nie miesięcznych (podobne uzasadnienie jak powyżej),
- powiązanie limitów dziennych i tygodniowych, czyli np. 2 godziny dziennie, nie więcej niż 2 razy w tygodniu.
- Unikanie codziennej aktywności hazardowej
Należy tak ustalać limity, by pacjent nie grał codziennie. Chodzi o to, by granie nie było częścią codziennej rutyny, czymś, co kojarzy się z codzienną aktywnością. W programach kontrolowanego grania wspomina się na przykład, by dwa dni w tygodniu, najlepiej nie następujące po sobie, były dniami wolnymi od grania.

Ustalanie limitów finansowych

- Wyznaczenie limitów finansowych
Brakuje konkretnych sugestii w odniesieniu do ustalania poziomu limitów finansowych. Należy je wyznaczać w zależności od dochodów gracza. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Mogłoby to być np. 5% miesięcznego wynagrodzenia.
Limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków, które są niezbędne na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczyć pieniądze na grę.
Wśród propozycji strategii ustalania limitów finansowych pojawiły się różne propozycje:
 - ustalanie limitu finansowego na dany okres (np. miesiąc),
 - na jeden zakład (niskie stawki).
- Granie na niskich stawkach
Istotne jest ustalenie z pacjentem, aby grał na niskich stawkach. Pozwoli mu to doświadczyć emocji wynikających z grania i będzie zapobiegało szybkim przegranym. Jednocześnie gracze nie będą mieli tak dużej potrzeby, żeby się odegrać.
- Ustalenie limitów na koncie
Pomocne przy utrzymywaniu limitów finansowych jest ustalenie limitów na koncie bankowym, których w razie przegranych nie można przekroczyć.

- Granie tylko gotówką
Ustalając strategię ograniczania grania, należy dążyć do grania z wykorzystaniem pieniędzy rzeczywistych (gotówki). Pozwala to lepiej kontrolować przepływ pieniędzy.

Pilotaż i ewaluacja, wdrażanie

Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuwać nad jakością i skutecznością oddziaływań. Pierwszym etapem implementacji programu powinien być pilotaż z pomiarem efektywności programu wśród pacjentów kończących leczenie.

Tego typu program powinni wdrażać jedynie terapeuci znający jego założenia i mający przekonanie, że pacjent może odnieść korzyści z tego typu leczenia.

Podsumowanie

Artykuł przedstawia wyniki jakościowego badania dotyczącego możliwości implementacji programu kontrolowanego uprawiania hazardu w polskich placówkach leczenia uzależnień jako alternatywy dla modelu opartego wyłącznie na abstynencji. Koncepcja ta jest zbieżna z międzynarodowymi badaniami wskazującymi, że część osób z zaburzeniami hazardowymi odzyskuje kontrolę nad graniem bez całkowitej abstynencji (Slutske, 2006; Slutske i wsp., 2010) oraz z podejściami redukcji szkód i tzw. odpowiedzialnego grania (Ladouceur, 2005; Dowling i wsp., 2009).

Badanie przeprowadzono metodą zogniskowanych wywiadów grupowych oraz wywiadów indywidualnych z terapeutami uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi z różnych regionów Polski. Na podstawie ich wypowiedzi określono potencjalnych adresatów programu (osoby młodsze, na wczesnym etapie uzależnienia, relatywnie dobrze funkcjonujące psychospołecznie, dysponujące zasobami i wsparciem społecznym) oraz przeciwwskazania, takie jak zaawansowane uzależnienie, niestabilne zaburzenia psychiczne, poważne problemy finansowe, obecność przemocy, wysokie ryzyko samobójcze czy nasilona impulsywność. Takie kryteria są spójne z zagranicznymi rekomendacjami dotyczącymi różnicowania celów leczenia w zależności od nasilenia problemu i współwystępujących trudności (Cowlshaw i wsp., 2012; Gooding & Tarrier, 2009).

Założenia programu obejmują indywidualizację i możliwość modyfikacji celów w czasie terapii, prowadzenie pracy w duchu dialogu motywującego (tak, by pacjent

mógł otwarcie mówić o przekroczeniach limitów) oraz wykorzystanie metod CBT – pracy nad zniekształceniami poznawczymi, regulacją emocji, rozwijaniem samokontroli i zmianą nawyków. To podejście jest w pełni spójne z dominującą na świecie linią rekomendacji, w której CBT (często łączone z elementami dialogu motywującego) uznaje się za „złoty standard” terapii zaburzeń hazardowych, skutecznie redukujący nasilenie zaburzenia, częstotliwość i intensywność grania przynajmniej w okresie bezpośrednio po leczeniu (Pfund i wsp. 2023).

Kluczowe miejsce zajmuje ustalanie realistycznych limitów czasowych i finansowych oraz rozwijanie narzędzi samoobserwacji. Proponuje się m.in. unikanie codziennego grania, wyznaczanie dni „bez hazardu”, granie na niskich stawkach, korzystanie z gotówki, ustawianie limitów na kontach bankowych oraz przeznaczanie tylko niewielkiego odsetka środków „po opłaceniu wszystkiego”. Dodatkowo ważne jest wykorzystanie wachlarza narzędzi samokontroli – formularze samoobserwacji, dzienniczki zysków i strat, plany wydatków, aplikacje finansowe czy harmonogramy tygodnia – oraz systematyczne włączanie rodziny w psychoedukację i formułowanie celów. Działania te odpowiadają światowym trendom w zakresie krótkich, ustrukturyzowanych interwencji psychologicznych i programów *responsible gambling* (Gooding & Tarrier, 2009; Eriksen i wsp., 2023).

Program ograniczania grania silnie koresponduje z najnowszymi ujęciami „wyzdrowienia z zaburzeń hazardowych”, które odchodzą od wyłącznego utożsamiania odzyskania zdrowia z absolutną abstynencją. Mansueto i wsp. (2024) pokazuje, że w literaturze coraz częściej pojawiają się definicje „zdrowienia”, uwzględniające takie elementy, jak poprawa jakości życia, odbudowa ról społecznych, subiektywne poczucie kontroli – niezależnie od tego, czy hazard został całkowicie porzucony, czy uprawiany jest w formie, która nie generuje problemów. W tym kontekście wypracowane założenia programu kontrolowanego grania są zbieżne z kierunkiem zmian obserwowanym w badaniach międzynarodowych i mogą stanowić podstawę do dalszych prac w formie pilotażu oraz oceny efektywności programu w warunkach polskiego systemu leczenia uzależnień.

Przypisy

- ¹ Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(11), CD008937. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
- 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(2), 201–214. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9116-1>
- Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(3), 613–630. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034>
- Evans L, Delfabbro PH (2005) Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133-155
- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Massachusetts Council on Compulsive Gambling January, 2004 (https://www.divisiononaddiction.org/html/publications/2004_Korn_Shaffer.pdf)
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 49–59. <https://doi.org/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.
- Mansueto, A., Challet-Bouju, G., Hardouin, J.-B., & Grall-Bronnec, M. (2024). Definitions and assessments of recovery from gambling disorder: A scoping review. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 354–412. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00008>
- McMahon, N., Thomson, K., Kaner, E., & Bamba, C. (2019). Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive behaviors*, 90, 380–388. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.048>
- Pfund, R. A., Forman, D. P., Whalen, S. K., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., & Whelan, J. P. (2023). Effect of cognitive-behavioral techniques for problem gambling and gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* (Abingdon, England), 118(9), 1661–1674. <https://doi.org/10.1111/add.16221>
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297>
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, 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 DC, Cunningham J (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407-424