

*Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może mieć trudniejszy przebieg. Oznacza to zwiększoną liczbę epizodów nawrotu i większą trudność w wyjściu z uzależnienia w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem. Problemy w terapii wiążą się z brakiem wewnętrznych i zewnętrznych zasobów u pacjentów, na których specjaliści mogliby oprzeć proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń wyzwala cięższy przebieg choroby, objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność wychodzenia z choroby.*

## TRUDNOŚCI W LECZENIU OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

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

### Wprowadzenie

Koncept współwystępowania odnosi się do zaburzeń, których symptomy występują w tym samym czasie bądź do zaburzeń pojawiających się niezależnie podczas całego życia (Petry 2005). Zaburzenia związane z używaniem środków psychoaktywnych i zaburzenia hazardowe zostały zdefiniowane w DSM-5 jako część tej samej kategorii zaburzeń – używania substancji i nałogów. Stało się tak, ponieważ mają one wiele cech wspólnych, np. rosnąca tolerancja i objawy odstawienne.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi często piją alkohol lub używają narkotyków. Wspólne motywy angażowania się w te aktywności dają możliwe wyjaśnienia dla związku między hazardem a używaniem substancji. Wiele modeli motywacyjnych argumentuje, że pragnienie zmiany nastroju, tj. ograniczenie negatywnych efektów różnych zdarzeń lub wywołanie euforii bądź podniecenia, mogą być przyczyną rozwoju różnych zachowań uzależniających, w tym zaburzeń hazardowych i wynikających z używania alkoholu lub narkotyków. Osoby z zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji mają trudności z regulacją emocji, lękiem i depresją.

Rzeczony współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych jest stosunkowo wysokie (Spunt, 2002), jednak nierozpoznane, ponieważ pacjenci

nie demonstrują symptomów zaburzeń hazardowych podczas leczenia skoncentrowanego na terapii uzależnienia od alkoholu bądź narkotyków (Séguin i współ., 2010). Badania prowadzone w populacjach klinicznych, w placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, pokazują, że między 40 a 70% pacjentów przejawiało minimum jedno dodatkowe zaburzenie psychiczne. Zaburzenia hazardowe występują od 4 do 10 razy częściej w grupie osób nadużywających alkoholu lub narkotyków niż w populacji generalnej (Lorains i współ., 2011).

Wiele osób z zaburzeniami hazardowymi nie podejmuje leczenia; jedynie 7-12% osób z zaburzeniami hazardowymi decyduje się podjąć terapię. Częściej leczenie podejmują osoby, u których współwystępują zaburzenia psychiczne i zaburzenia hazardowe niż osoby tylko z jednym zaburzeniem. Jest to związane z dotkliwością objawów wynikającą z występowania dwóch rodzajów zaburzeń. Wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych, które podejmują leczenie – 30% go nie kończy, a połowa z rezygnujących z leczenia robi to w ciągu pierwszych 10 dni.

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków uzyskują gorsze wyniki leczenia w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem. Rezygnują z leczenia 2,5 razy częściej niż osoby z zaburzeniami hazardowymi

(Milton i współ., 2002). Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami mają zwykle cięższy przebieg choroby, poważniejsze konsekwencje zdrowotne i społeczne, więcej trudności i powikłań w leczeniu oraz gorsze wyniki leczenia niż pacjenci z pojedynczym zaburzeniem. Osoby ze współistniejącymi zaburzeniami są postrzegane przez klinicystów jako trudniejsze w pracy w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem (Najavits, 2002). Leczenie współwystępowania wymaga odrębnego podejścia niż leczenie pojedynczo występujących zaburzeń, tymczasem w Polsce brakuje rekomendacji i procedur dotyczących tego problemu.

Celem artykułu jest identyfikacja trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków.

## Materiał i metoda

W badaniu<sup>1</sup> wykorzystano perspektywę badań jakościowych, technikę wywiadu semistrukturyzowanego. Badanie było prowadzone w dwóch polskich miastach – w Warszawie i we Wrocławiu. Próbę stanowiły osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji (alkoholu i narkotyków), jak również profesjonaliści z sektora leczenia – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz lekarze psychiatrzy. Dobór próby miał charakter celowy. Próba liczyła 65 respondentów, w tym 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu, 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od narkotyków, 5 lekarzy psychiatrów, 10 terapeutów uzależnień zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i tyle samo terapeutów zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

Badanie uzyskało pozytywną zgodę Komisji Bioetycznej działającej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (ref. 16/2015). Udział w badaniu był dobrowolny. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w nim i podpisać stosowny formularz dotyczący tej kwestii. Było to warunkiem niezbędnym uczestnictwa w badaniu. Wywiady zostały oznaczone jedynie numerem, dane osobiste nie były zbierane. Respondenci nie otrzymywali gratyfikacji za udział w badaniu.

## Wyniki

Zidentyfikowane trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami można zaklasyfikować do czterech kategorii: problemy z implementacją leczenia; nasilenie symptomów; problemy z utrzymywaniem abstynencji od używania substancji lub hazardu podczas leczenia oraz nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich.

### Problemy z implementacją leczenia

Jedną z trudności w leczeniu pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może być ukrywanie jednego z zaburzeń. Najczęściej są to zaburzenia hazardowe, które aż tak nie wpływają na wygląd zewnętrzny i zachowanie jak używanie alkoholu czy narkotyków. Przyznają się do tego sami pacjenci.

*W tej chwili hazard jest trudniejszy do leczenia, bardziej niż alkohol, bo to łatwiej ukryć. Porozpożyczałem wszystkie pieniądze, żeby nie mieć przy sobie. (GA1404MWAW<sup>2</sup>)* Taką obserwację mają również profesjonaliści. *Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami często nie przyznają się do drugiego zaburzenia. Później w trakcie terapii, kiedy są pytani i nie mają wyjścia, mówią, że faktycznie mam problem z hazardem, za dużo gram lub biorę za dużo narkotyków i nie mogę się oprzeć. (PS1404KWAW)* Czasami specjaliści nie rozpoznają zaburzeń hazardowych, ponieważ mogą nie mieć doświadczenia w ich leczeniu. Ponadto pacjenci mogą nie przyznać się do zaburzenia, ponieważ czerpią z niego korzyści psychologiczne i społeczne lub wstydzą się ujawnić kolejne zaburzenie. *Ja myślę, że jeśli diagnoza jest postawiona w porę, to nie ma trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Ta terapia jest podobna. Problem w leczeniu pojawia się, gdy pomija się to współwystępujące zaburzenie, bo wtedy terapia nie pomoże. Jeśli zaburzenie zostanie wychwycone, będzie dobrze. Czasami pacjent nie zdaje sobie sprawy ze współwystępującego zaburzenia i nieświadomie, i bezrefleksyjnie odpowiada na pytania diagnostyczne, ponieważ uważa, że nie stanowi to problemu. A po jakimś czasie wracają i mówią, że coś jest nie tak z ich piciem. Są tacy pacjenci, bardzo rzadko, ale są. Mieliliśmy takiego pacjenta, który przez osiem tygodni w oddziale dziennym zachowywał abstynencję od hazardu i pił. Policzył, ile może wypić,*

aby alkomat nie wskazywał stężenia alkoholu we krwi następnego dnia. Do leczenia wrócił po dwóch latach. (PS0106KWAW)

### Nasilenie symptomów

Problemem w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest słaba kontrola impulsów i emocji. Pacjenci nie wiedzą, jakie jest źródło ich impulsywności, mają problem z poradzeniem sobie z tym oraz z kontrolą emocji. W ich ocenie brak kontroli jest wynikiem współwystępujących zaburzeń. *Nie kontroluję swoich emocji, widzę to najbardziej. Teraz często analizuję źródło tego, czy źródłem jest uzależnienie od narkotyków, czy zaburzenia związane z hazardem, w sensie mechanizm uzależnienia.* (GN1205MWAW)

Dla terapeutów uzależnień i lekarzy psychiatrów wyzwaniem w terapii jest brak zasobów wewnętrznych, na których mogliby oprzeć proces zdrowienia. Brak zasobów wewnętrznych może mieć związek z rozwojem zaburzeń w młodym wieku, co zahamowało rozwój emocjonalny. *Jeśli pacjent boryka się ze współwystępującymi zaburzeniami, trudno jest znaleźć zdrowy obszar funkcjonowania, zasoby, które mogłyby być podstawą powrotu do zdrowia. W ich życiu jest więcej chaosu i zniszczenia. Trudniej jest mi znaleźć jego mocne strony i zasoby.* (TN2204KWRO) *Im młodszy pacjent i im wcześniej się uzależnił, tym trudniejsze jest leczenie. Rozwój emocjonalny jest zahamowany, pacjenci przestają się rozwijać, a czasami rozmawiając z pacjentem, który od 12. roku życia zażywa narkotyki, uprawia hazard, pije, łatwiej jest traktować go jak osobę, która ma 12 lat. Reaguje jak dziecko. Uzależnili się, a ich rozwój emocjonalny zatrzymał się. Nie ma nic, co możesz zbudować.* (PS0106KWAW)

Kumulacja problemów wywołanych hazardem lub używaniem substancji psychoaktywnych także wpływa na trudniejszy proces terapii. *Kumulacja doświadczanych problemów życiowych jest również często przyczyną trudności w procesie terapeutycznym.* (TA0812KWAW)

### Problemy z utrzymaniem abstynencji od używania substancji lub grania

Dla pacjentów utrzymanie abstynencji od grania w gry hazardowe było szczególnie trudne. Zaburzenia hazardowe były trudniejsze do przezwyciężenia w porównaniu z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków. Pacjenci

ze współistniejącymi zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków twierdzili, że leczenie metadonem pomogło im radzić sobie z głodem, ale mieli większe problemy z kontrolowaniem zachowań związanych z hazardem. *Okres używania narkotyków w moim życiu jest zamknięty, bo sobie z nim poradziłem. Tylko czasami biorę metadon, ale ostatnio, kiedy jestem w pracy, nie mogę. Kiedy biorę metadon, nie potrzebuję heroiny. Jedyne problemy w moim leczeniu to hazard uprawiany na automatach. To nie jest normalne, że pracuję cały miesiąc i przez jedną lub dwie noce przeznaczam całą pensję na granie.* (HN0812MWAW)

W ocenie terapeutów trudnością w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest większa liczba nawrotów w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem. Jest to wyzwanie, ponieważ leczenie jest bardziej skomplikowane ze względu na pojawienie się nawrotów wywołanych hazardem, piciem lub używaniem narkotyków. *Mam wrażenie, że bardziej destruktywni byli pacjenci, którzy mieli pełne objawy współistniejących zaburzeń hazardowych i uzależnienia. Dużo trudniej im przezwyciężyć nałogi, mają więcej nawrotów, a terapia jest znacznie trudniejsza.* (TN0611KWAW)

### Nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich

Współwystępowanie zaburzeń jest cięższe dla pacjentów, ich objawy nakładają się, co obniża zdolność do wychodzenia z uzależnienia. *Bardzo często zaburzenia te wzajemnie się wzmacniają i powodują, że stan psychiczny osoby uzależnionej i rokowanie co do terapii i trudności w terapii mogą być wielokrotnione. Bardzo często to współwystępowanie problemów powoduje pogłębienie zaburzenia.* (TA2104KWAW2)

### Podsumowanie

W badaniu zidentyfikowano kilka trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków odnoszących się do takich kategorii, jak problemy z implementacją leczenia, nasilenie symptomów, problemy z utrzymaniem abstynencji oraz nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich. Wśród trudności z implementacją leczenia zidentyfikowano ukrywanie zaburzeń hazardowych przez pacjentów

oraz nierozpoznawanie przez profesjonalistów współwystępujących zaburzeń podczas stawiania diagnozy. Słabą kontrolę nad impulsami, brak zasobów wewnętrznych i zewnętrznych oraz kumulację problemów wywołanych przez zaburzenia współistniejące można zaklasyfikować do kategorii trudności związanych z nasileniem objawów wynikających ze współistniejących zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu lub narkotyków. Te wyzwania terapeutyczne mogą być wywołane trudnościami w regulacji emocji, ponieważ badania pokazują, że patologiczni hazardziści mają z tym większe trudności (Jauregui i współ., 2016). Granie w gry hazardowe jest sposobem regulowania negatywnych emocji i konsekwencją obniżonej zdolności do samokontroli. Wśród osób z zaburzeniami hazardowymi częściej występują objawy zespołów lękowych i depresyjnych, które również nasilają trudności w leczeniu (Parhami i współ., 2014).

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu i narkotyków mają większe trudności z utrzymaniem abstynencji niż osoby tylko z jednym zaburzeniem. Kwestia tego, kiedy jedno zaburzenie ulegnie eskalacji z powodu leczenia drugiego, również była postrzegana jako wyzwanie w leczeniu. Modele motywacyjne zachowań mogących prowadzić do wystąpienia uzależnienia zakładają, że ludzie używają substancji, aby uzyskać pożądane rezultaty, np. regulować pozytywne i negatywne emocje. W takich przypadkach osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mogą sięgać po substancje psychoaktywne bądź angażować się w hazard, ponieważ trudności w regulowaniu emocji wynikające z podjęcia terapii i konieczności utrzymania abstynencji stają się nie do opanowania.

W świetle dotkliwych konsekwencji, jakie wywołują objawy współwystępujących zaburzeń, kluczowe znaczenie ma skuteczne leczenie. Jednakże odpowiednio dobra terapia, na którą mogą liczyć osoby z tego typu zaburzeniami, jest bardzo rzadka (Sorsa i współ., 2017). Badania pokazują, że ograniczenia w leczeniu związane są głównie z kompetencjami profesjonalistów oraz strukturą i ofertą systemu. Jednym z ograniczeń jest leczenie pacjentów z podwójną diagnozą w krótkim czasie i w ramach standardowego modelu opieki przewidzianego dla osób, u których występuje tylko jedno zaburzenie. Kolejna trudność dotyczy braku wytycznych dla leczenia pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami, które mogą

być cenne we wspieraniu profesjonalistów, gdy leczenie jest skomplikowane. Trzecia kategoria ograniczeń wiąże się z nieodpowiednią współpracą między specjalistami z ośrodków zdrowia psychicznego i ośrodków leczenia uzależnień. Czwarta trudność dotyczy niedostatecznego leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji (Pinderup, 2018).

Wspomniane trudności w leczeniu mogą wiązać się z postrzeganiem osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu lub narkotyków jako jednorodnej grupy. W przypadku tego typu pacjentów wykorzystuje się w sposób uniwersalny podejście poznawczo-behawioralne (CBT), które jest skuteczne tylko w umiarkowanym stopniu. Jednak, jak pokazuje literatura, osoby z zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od alkoholu lub narkotyków to grupy niejednorodne, wobec których należy implementować specyficzne oddziaływania oraz reagować na ich potrzeby, biorąc pod uwagę specyficzne podtypy pacjentów (Błaszczynski, Nower, 2002). Badania pokazują, że osoby z zaburzeniami hazardowymi, doświadczające cierpienia psychicznego, w większym stopniu korzystają z interwencji ukierunkowanych na specyficzne problemy psychologiczne oraz dostarczane im alternatywne dla uprawiania hazardu strategie radzenia sobie ze stresem i problemami emocjonalnymi. Z kolei gracze, którzy uzyskali niskie wyniki na skali chorób współwystępujących, wymagają najmniej intensywnych interwencji opartych na programach CBT. Młodzi ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji powinni zostać objęci krótką interwencją z wykorzystaniem dialogu motywującego i poradnictwa w formie online. Osoby z wieloma zaburzeniami, które uzyskały wysokie wyniki na skali chorób współwystępujących, wymagają terapii integracyjnej, łączącej różne podejścia – intensywną terapię poznawczo-behawioralną, strategie kontroli impulsów, wspomagające oddziaływania psychologiczne i farmakoterapię (Suomi i współ., 2014). Heterogeniczność populacji osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu lub narkotyków wymaga rzetelnej i pogłębionej diagnozy, umożliwiającej dobór odpowiedniego leczenia.

W wielu krajach Europy Zachodniej systemy opieki zdrowotnej są w trakcie reorganizacji lub zostały już zreorganizowane, aby lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami.

Zmiany te mają na celu poprawę jakości i adekwatności leczenia. Jeśli chodzi o leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych, dłuższy czas leczenia, który jest elastycznie dopasowywany do potrzeb pacjentów, pozytywnie wpływa na skuteczność terapii. Również wytyczne dla profesjonalistów mogą być nieocenione we wspomaganie leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Badacze donoszą, że brak odpowiednich wytycznych utrudnia leczenie współwystępujących zaburzeń związanych z używaniem substancji, a jednocześnie może skutkować negatywnymi konsekwencjami dla pacjentów. Tym samym sugeruje się, aby jednym ze sposobów poprawy leczenia tego typu zaburzeń było zapewnienie aktualnych i kompleksowych wytycznych dla wszystkich pracowników danej placówki zajmującej się pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi (Pinderup, 2018). Lista rozwiązań przyczyniających się do poprawy jakości leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami nie jest kompletna i z pewnością można zidentyfikować oraz wdrożyć wiele innych rozwiązań. Trudności zidentyfikowane w naszym badaniu mogą również mieć wpływ na dostosowanie oferty do tej konkretnej grupy klientów.

## Wnioski

Na koniec należy jeszcze raz podkreślić, że leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może mieć trudniejszy przebieg. Oznacza to zwiększoną liczbę epizodów nawrotu i większą trudność w wyjściu z uzależnienia w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem. Problemy w terapii wiążą się z brakiem wewnętrznych i zewnętrznych zasobów u pacjentów, na których specjaliści mogliby oprzeć proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń wyzwała cięższy przebieg choroby, objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność wychodzenia z choroby. Wyzwaniem w leczeniu tego typu pacjentów może być ukrywanie towarzyszącego zaburzenia oraz niezdiagnozowanie go przez specjalistów. Przyczyną ukrywania może być chęć utrzymania jednego zaburzenia i czerpanie z niego korzyści psychologicznych i społecznych. Pacjenci mogą również wstydzić się ujawnić drugie zaburzenie przed terapeutą lub innymi osobami, np. pozostałymi uczestnikami terapii. Świadomość trudności w terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami pozwala

na poprawę jakości i skuteczności leczenia, zwiększa szansę na uzyskanie lepszej, dostosowanej do ich potrzeb pomocy.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Program badawczy został sfinansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer 70/HE/2015, 4/HEK/2016).
- <sup>2</sup> Metoda kodowania wywiadów: GA – osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu; GD – osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków; TA – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu; TN – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków; XXXX – numer wywiadu; M – mężczyzna, F – kobieta; WRO – Wrocław, WAW – Warszawa; Y – numer wywiadu przeprowadzonego tego samego dnia.

## Bibliografia

- Błaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling, *Addiction*, 97: 487-499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.
- Jauregui P., Estévez A. & Urbiola I. (2016), Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse, Emotion Regulation, and Anxious-Depressive Symptomatology, *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. doi:10.1556/2006.5.2016.038.
- 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(3): 490-8.
- Milton S., Crino R., Hunt C., Prosser E. (2002), The Effect of Compliance-Improving Interventions on the Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling, *J Gambl Stud.*, 18(2): 207-29.
- Najavits L.M. (2002), Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79-85.
- Parhami I., Mojtabei R., Rosenthal R.J., Afifi T.O., Fong T.W. (2014), Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms, *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 207-219. doi:10.1097/01.pra.0000450320.98988.7c.
- Petry N.M. (2005), *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment* (1<sup>st</sup>ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinderup P. (2018), Challenges in working with patients with dual diagnosis, *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 60-75; <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0021>.
- Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M. et al. (2010), Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking, *Psychol Addict Behav.*, 24(3):541-7.
- Sorsa M., Greacen T., Lehto J. & Åstedt-Kurki P. (2017), A Qualitative Study of Barriers to Care for People With co-occurring Disorders, *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 399-406; <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.013>.
- Spunt B. (2002), Pathological Gambling and Substance Misuse, *Substance Use & Misuse*, 37(8-10): 1299-304.
- Suomi A., Dowling N.A. & Jackson A.C. (2014), Problem gambling sub-types based on psychological distress, alcohol abuse and impulsivity, *Addictive Behaviors*, 39(12): 1741-1745, doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.023.