

Podejścia terapeutyczne skierowane do osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi – przegląd literatury

Therapeutic approaches for pathological gamblers with psychiatric comorbidities – a literature review

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

Adres do korespondencji: Dr hab. Łukasz Wieczorek, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel.: +48 22 458 26 29, e-mail: lwieczorek@ipin.edu.pl

ORCID iDs

1. Łukasz Wieczorek  <https://orcid.org/0000-0002-9636-3695>

2. Katarzyna Dąbrowska  <https://orcid.org/0000-0001-6779-1853>

Streszczenie

Jak pokazują wyniki badań, współwystępowanie zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi jest powszechne, a u pacjentów, których dotyczy, uzyskuje się gorsze wyniki leczenia niż u osób z jednym zaburzeniem. W powyższej grupie odnotowuje się wyższe odsetki hospitalizacji, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych i słabszą reakcją na leczenie farmakologiczne. Celami niniejszego artykułu przeglądowego są identyfikacja, opis i analiza wykorzystania podejść terapeutycznych stosowanych w terapii osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi. Do przeglądu literatury posłużyła baza EBSCOhost. Do wyszukiwania użyto kombinacji kluczowych wyrażen odnoszących się do zaburzeń hazardowych i najczęściej identyfikowanych zaburzeń psychicznych, które z nimi współwystępują. Przegląd literatury pokazał, że brakuje wytycznych do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Zgodnie z wynikami dotychczasowych badań podejście poznawczo-behawioralne w terapii indywidualnej i grupowej wydaje się skuteczne w leczeniu zaburzeń hazardowych i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Skuteczne okazały się również dialog motywujący i desensytyzacja z ekspozycją na bodźce. Nieodzownym elementem leczenia jest farmakoterapia. Alternatywą dla tradycyjnej formuły może być terapia przez internet, atrakcyjna szczególnie dla osób, które niechętnie decydowałyby się na terapię indywidualną lub grupową. Należałoby wypracować wytyczne do leczenia pacjentów z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi, aby wesprzeć profesjonalistów w świadczeniu pomocy.

Słowa kluczowe: hazard, zaburzenia psychiczne, leczenie, współwystępowanie

Abstract

Research has shown that gambling disorders often coexist with other mental disorders, with worse treatment outcomes in the affected patients than those with a single disorder. This population is also characterised by higher hospitalisation rates, non-compliance and poor response to pharmacotherapy. The aim of this review was to identify, describe and analyse therapeutic approaches used for pathological gamblers with other mental health issues. The EBSCOhost database was used for literature review. Combinations of key phrases referring to gambling disorders and the most frequently identified mental comorbidities were used for the search. The review showed that therapeutic guidelines for gamblers with mental comorbidities are missing. According to previous studies, the cognitive-behavioural approach in individual and group therapy seems to be an effective strategy for gambling disorders overlapping with other psychiatric comorbidities. Motivational interviewing and desensitisation with exposure to stimuli have also been shown to be effective. Pharmacotherapy is an indispensable component of treatment. Therapy via the Internet, which may be particularly attractive for those reluctant to opt for individual or group therapy, is an alternative to traditional sessions. It is necessary to develop treatment guidelines for patients with gambling disorders co-occurring with other mental conditions to provide support for practitioners working with these patients.

Keywords: gambling, mental disorders, treatment, comorbidity

WSTĘP

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi jest powszechne (Black *et al.*, 2021; Grant i Chamberlain, 2020). Wśród osób nadużywających różnych substancji psychoaktywnych i osób doświadczających różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (przykładowo lęków czy zaburzeń nastroju) można odnotować wyższe odsetki problemów wynikających z grania w gry hazardowe (20%). Równocześnie osoby z zaburzeniami hazardowymi częściej doświadczają współwystępujących zaburzeń: zaburzeń osobowości (47,9%), zaburzeń nastroju (23,1%), zaburzeń lękowych (17,6%), zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (9,3%), zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (8,8%) i zaburzenia dystymicznego (6,7%). Zaburzenia wynikające z używania alkoholu odnotowuje się u co piątej (21,2%) osoby z zaburzeniami hazardowymi (Dowling *et al.*, 2015).

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi cechują się gorszymi wynikami leczenia. Odnotowuje się wśród nich wyższe odsetki hospitalizacji, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych i słabszą reakcję na leczenie farmakologiczne w porównaniu z osobami z jednym zaburzeniem (Green *et al.*, 2007). Leczenie pacjentów z dwoma zaburzeniami nastroża dodatkowych trudności, ponieważ zaburzenia współwystępujące często nie są wykrywane. Dodatkowo nasilenie dwóch różnych zaburzeń psychicznych jest trudniejsze do opanowania i często brakuje zasobów indywidualnych, na których specjalista może się oprzeć. Osobom, u których współwystępują zaburzenia hazardowe, trudniej też utrzymywać abstynencję. Kolejnym czynnikiem komplikującym leczenie jest heterogeniczność grupy osób z zaburzeniami hazardowymi – określone typy hazardzistów mogą preferencyjnie reagować na określone leczenie (Błaszczynski i Nower, 2002; Dannon *et al.*, 2006; Rodda *et al.*, 2015; Wieczorek i Dąbrowska, 2020).

Ze współwystępowaniem zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych wiążą się szczególne wyzwania diagnostyczne i lecznicze. Osobiste, rodzinne i społeczne problemy pacjentów skutkują ograniczeniem korzyści z leczenia (Echeburúa *et al.*, 2017b). Istnieje zatem konieczność wypracowania

praktyki diagnostycznej w zakresie współwystępujących zaburzeń, a także zintegrowanej oferty leczniczej, która kompleksowo zajmowałaby się problemami pacjentów. Jednak w literaturze naukowej poświęconej leczeniu zaburzeń hazardowych w dużej mierze pomija się kwestię ich współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi. Z prób badawczych wyklucza się osoby z dodatkowymi zaburzeniami albo wykorzystuje się małe próby, co uniemożliwia identyfikację różnic między grupą pacjentów, u których obecne są inne zaburzenia, a grupą pacjentów z pojedynczym zaburzeniem.

U osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi indywidualizacja leczenia może przyczynić się do zwiększenia odsetka pacjentów podejmujących leczenie, wzrostu satysfakcji z terapii, obniżenia odsetka rezygnacji z leczenia i ograniczenia kosztów (Grant *et al.*, 2006; Winters i Kushner, 2003).

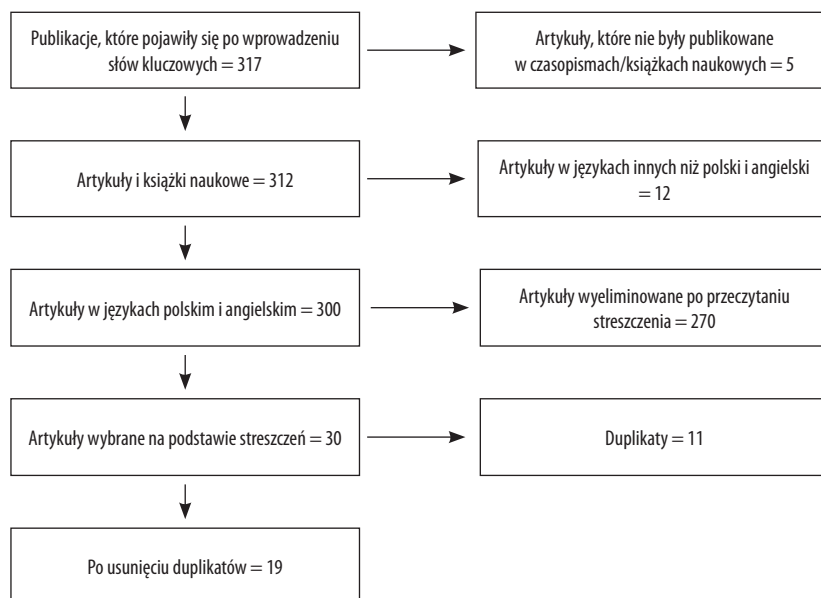
Celami niniejszego artykułu przeglądowego są identyfikacja, opis i analiza wykorzystania podejść terapeutycznych stosowanych w terapii osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi. Wyniki przeglądu zostały podzielone na trzy części. W pierwszej opisaliśmy podejścia terapeutyczne spotykane w leczeniu zaburzeń hazardowych. W drugiej zebraliśmy wytyczne do leczenia zaburzeń współwystępujących. Wreszcie w części trzeciej omówiliśmy poszczególne zaburzenia współwystępujące wraz ze sposobami leczenia uwzględnianymi w literaturze. Alternatywnym sposobem prezentacji wyników byłoby przedstawienie wyłącznie podejść terapeutycznych. Uznaliśmy jednak, że wybrane przez nas rozwiązanie jest korzystniejsze dla czytelnika, gdyż pozwala kompleksowo opisać zarówno same podejścia, jak i ich zastosowanie.

MATERIAŁ I METODA

Wyszukiwanie artykułów przeprowadzono we wrześniu 2021 roku za pomocą bazy EBSCOhost. Do wyszukiwania użyto kombinacji kluczowych wyrażeń, zaprezentowanych w tab. 1. Odnosiły się one do zaburzeń hazardowych i najczęściej identyfikowanych w literaturze zaburzeń psychicznych, które z nimi współwystępują. Pominęliśmy określenie *pathological gambling*, stosowane powszechnie przed wprowadzeniem klasyfikacji DSM-5. Słowa kluczowe miały się

Wyszukiwane frazy	Wynik	Ograniczenie do czasopism i książek naukowych	Język angielski lub polski	Artykuły wybrane na podstawie abstraktów	Usunięte duplikaty
<i>gambling disorder and treatment and schizophrenia</i>	21	19	17	4	–
<i>gambling disorder and treatment and mood disorders</i>	32	31	30	5	1
<i>gambling disorder and treatment and anxiety</i>	144	142	139	3	5
<i>gambling disorder and treatment and PTSD</i>	22	22	21	3	2
<i>gambling disorder and treatment and personality disorder</i>	60	60	55	2	0
<i>gambling disorder and comorbidity and treatment</i>	38	38	38	2	3

Tab. 1. Wyniki wyszukiwania



Ryc. 1. Proces wyszukiwania w bazie EBSCOhost

pojawiać w całym tekście, co – mamy nadzieję – pozwoliło na szerokie wyszukiwanie publikacji. Nie ograniczono zakresu dat publikacji prac włączanych do analizy. Z wyszukiwania wyłączono wszystkie nierecenzowane formaty prac – do przeglądu wybierano tylko artykuły z czasopism naukowych i książki naukowe.

W przypadku kombinacji słów *gambling disorder* and *comorbidity* and *treatment* otrzymano 329 publikacji; aby ograniczyć liczbę prac, wyrażeniu *treatment* nadano w wyszukiwaniu znaczenie priorytetowe (ryc. 1).

WYNIKI

Podjęcia terapeutyczne wykorzystywane w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi

Tylko niewielka część pacjentów cierpiących na zaburzenia hazardowe (około 6%) podejmuje leczenie. Zjawisko samowyleczenia występuje u 35% osób, jednak większość z nich deklaruje obecność charakterystycznych objawów, które pojawiają się z różnym nasileniem co jakiś czas (Grant i Odlaug, 2012). Osoby z zaburzeniami hazardowymi niechętnie uczestniczą w terapii, ponieważ nie czują potrzeby zaprzestania grania i zmiany wyuczonych sposobów radzenia sobie z problemami. Dlatego ważna jest ocena oferty terapeutycznej, pozwalająca zidentyfikować elementy, które odpowiadają lub nie odpowiadają pacjentom z zaburzeniami hazardowymi. Taka sama oferta kierowana jest do osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi – co może stanowić ograniczenie, ponieważ pacjenci ci mają inne potrzeby terapeutyczne. Jak wynika z analizy literatury przedmiotu, w leczeniu zaburzeń hazardowych sięga się po podobne metody jak

w przypadku innych uzależnień. Celem terapii jest na ogół utrzymywanie abstynencji, lecz można znaleźć także podejścia ukierunkowane na ograniczenie uprawiania hazardu. Oba cele są równoważne (Echeburúa, 2015).

Podjęcie psychologiczne najczęściej stosowane w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi obejmuje terapię behawioralną lub poznawczo-behawioralną. Wykorzystuje się tu również farmakoterapię.

Podjęcie behawioralne

Podjęcie behawioralne uwzględni trzy determinanty zachowania hazardowego: 1) czynniki poprzedzające wystąpienie zachowania (np. sytuacja finansowa, wyzwalacze, pozytywne lub negatywne emocje, czynniki interpersonalne, przymus grania); 2) zachowanie (np. strategie radzenia sobie z negatywnymi odczuciami, myślenie o hazardzie); 3) konsekwencje (np. nawiązywanie kontaktów społecznych, ucieczka od problemów osobistych, poradzenie sobie z problemami finansowymi) (Hodgins i Holub, 2007). Terapia behawioralna zakłada, że zaburzenia hazardowe są wyuczonymi zachowaniami. Opiera się zatem na technikach uczących kontroli nad impulsami w sytuacji ekspozycji na gry oraz rozwoju umiejętności pozwalających na opanowanie wyuczonego zachowania. W myśl terapii behawioralnej osoba z zaburzeniami hazardowymi powinna ograniczyć granie i stosować alternatywne sposoby radzenia sobie z chęcią uprawiania hazardu (Echeburúa, 2015). Kontrola nad impulsami polega na ograniczaniu dostępu do pieniędzy czy unikaniu miejsc oferujących gry hazardowe i innych graczy. W ramach terapii uczestnicy zachęceni są do kontaktu z doradcą finansowym lub doradcą w banku – celem jest zablokowanie dostępu do kart kredytowych i konta, do czego można upoważnić najbliższych. Dodatkowo czynnością ograniczającą ryzyko powrotu do grania jest

samowykluczenie z lokali, gdzie oferowane są gry hazardowe (Nelson *et al.*, 2010).

Terapia polega tu na dostarczaniu osobie z zaburzeniami hazardowymi okazji do gry (ekspozycja), a jednocześnie uczeniu zachowań pozwalających na unikanie grania (reakcja na ekspozycję). Celem jest osiągnięcie stanu, w którym sytuacje hazardowe nie będą wywoływały chęci grania. Ponadto pacjenci są uczeni alternatywnych strategii radzenia sobie ze zwiększonym poczuciem lęku, co pozwala panować nad impulsami przez wzrost poczucia własnej skuteczności i samokontroli (Echeburúa *et al.*, 1996). Zmiana zachowania mająca miejsce w trakcie terapii behawioralnej jest związana również ze zmianami poznawczymi.

Podejście poznawcze

Terapia poznawcza ma na celu zapanowanie nad irracjonalnymi myślami, które inicjują i utrzymują niepożądane zachowanie. Pacjenci są uczeni, że istnieje związek między myślami, zachowaniem i emocjami. Podkreśla się też, iż nie mogą mieć kontroli nad wygraną lub przegraną, ponieważ gry hazardowe opierają się na losowości i prawdopodobieństwie, co wielu ludziom trudno zrozumieć. Leczenie polega zazwyczaj na uczeniu strategii korygowania fałszywego myślenia przez dostarczanie prawdziwych danych – na drodze edukacji, dyskusji czy eksperymentów behawioralnych. W podejściu poznawczym zakłada się, że kiedy gracz zrozumie, iż nie ma wpływu na wynik gry, oraz kiedy fałszywe postrzeganie sytuacji hazardowej zostanie skorygowane, motywacja do uprawiania hazardu powinna zdecydowanie zmaleć. Terapia poznawcza pomaga graczom także w radzeniu sobie z impulsami skłaniającymi do grania i negatywnymi emocjami oraz w nauce różnych technik ułatwiających rozwiązywanie problemów (Ladouceur *et al.*, 2001).

Terapia wzmacniająca motywację (*motivational enhancement therapy*)

W leczeniu zaburzeń hazardowych stosuje się ponadto krótkoterminowe oddziaływania, których celem jest wzmocnienie motywacji do zmiany zachowania. Często prowadzone są krótkie interwencje niewymagające profesjonalnej kadry ani dużej ilości czasu. Zwykle obejmują one nie więcej niż cztery sesje. Może to być dobra metoda terapeutyczna dla osób, które nie chcą podejmować terapii w tradycyjnej formie albo się w niej nie odnalazły. Jednocześnie krótkie interwencje zwiększają poczucie kontroli nad własnym zdrowieniem (Yakovenko *et al.*, 2015).

Inną formą terapii wzmacniającej motywację jest dialog motywujący, skoncentrowany na wewnętrznej motywacji do zmiany i mocnych stronach pacjenta. W badaniach metoda ta okazała się skuteczna, szczególnie w perspektywie krótkoterminowej, u osób z mniej poważnymi problemami z graniem (Hodgins *et al.*, 2009).

Połączenie dialogu motywującego i oddziaływań poznawczo-behawioralnych w terapii indywidualnej lub grupowej, także prowadzonej online, przyczynia się do ograniczenia zachowań hazardowych, zapobiega przedwczesnemu

kończeniu leczenia i poprawia jego skuteczność (Wulfert *et al.*, 2006). Należy jednak podkreślić, że brakuje dowodów naukowych na skuteczność interwencji wzmacniających motywację do zmiany wśród osób z bardziej zaawansowanymi zaburzeniami hazardowymi i osób ze współwystępującymi zaburzeniami (Yakovenko *et al.*, 2015).

Grupy samopomocowe

Najpopularniejszą formą samopomocy jest Wspólnota Anonimowych Hazardzistów (AH). Program leczenia opiera się tu na abstynencji. W myśl filozofii AH zaburzenia hazardowe są chorobą, której rozwój można zatrzymać, ale która nigdy nie zostanie wyleczona, gdyż człowiek chory ma stałą predyspozycję do utraty kontroli nad uprawianiem hazardu. Grupowa forma spotkań zapewnia poczucie wspólnego celu i zrozumienia, wsparcia emocjonalnego i duchowego oraz nadziei. Anonimowość zaś sprawia, że członkowie grupy mogą czuć się bezpiecznie i otwarcie dzielić się swoimi problemami (Hodgins i Holub, 2007). Skuteczność uczestnictwa w spotkaniach AH nie została potwierdzona w badaniach naukowych. Istnieją badania wskazujące na wysokie wskaźniki nawrotów i rotacji wśród uczestników mitingów. Są także badania, w których wśród AH odnotowano lepsze wyniki leczenia w porównaniu z osobami objętymi profesjonalną pomocą, ale nienależącymi do grupy samopomocowej (Petry i Roll, 2006).

Wytyczne do leczenia zaburzeń współwystępujących

Dotychczas tylko w niewielu badaniach próbowano odpowiedzieć na pytanie, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie, czy sekwencyjnie. Z kolei w przypadku leczenia sekwencyjnego nie jest jasne, czy kolejność leczenia należy ustalać w zależności od nasilenia zaburzeń, czy też funkcjonalnego związku między zachowaniem hazardowym a innymi objawami (Winters i Kushner, 2003).

Rekomendacje Wintersa i Kushnera (2003) dotyczące leczenia zaburzeń współistniejących obejmują:

- przeprowadzanie testów przesiewowych w kierunku różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia zaburzeń hazardowych;
- obserwowanie, czy u pacjenta nie są obecne symptomy innych zaburzeń psychicznych;
- ponowną ocenę występowania zaburzeń psychicznych w okresie bezobjawowym dla zaburzeń hazardowych;
- stosowanie leczenia specyficznego dla współwystępującego zaburzenia psychicznego, jeśli utrzymuje się ono przy braku zachowań związanych z hazardem.

Badania naukowe pokazują, że kompleksowe programy, które łączą farmakoterapię z terapią psychospołeczną, przynoszą dobre wyniki i zapobiegają przedwczesnemu kończeniu leczenia (Echeburúa *et al.*, 2011).

Zintegrowane programy terapeutyczne dla pacjentów z podwójną diagnozą powinny obejmować:

- etapowe interwencje dostosowane do motywacji danej osoby (np. dialog motywujący do pracy nad zaburzeniem hazardowym);
- kompleksowe wsparcie (np. przypominanie o regularnym przyjmowaniu leków, działania z zakresu rehabilitacji i wsparcia społecznego);
- opiekę długoterminową – ponieważ nawrót, szczególnie w leczeniu zaburzeń współwystępujących, jest częstym zjawiskiem (Green *et al.*, 2007).

Wykorzystanie różnych strategii terapeutycznych w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi i współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych

Brakuje danych, które jednoznacznie pokazywałyby związek między występowaniem zaburzeń afektywnych i zaburzeń hazardowych, co może utrudniać ocenę skuteczności leczenia. W literaturze przedmiotu odnotowano, że terapiami skutecznymi w zaburzeniach hazardowych i współwystępującej depresji są podejście poznawczo-behawioralne (*cognitive-behavioural therapy*, CBT), dialog motywujący oraz desensytyzacja – polegająca na redukowaniu intensywności reakcji na traumatyczne przeżycia przez uczestnictwo w sytuacjach, w których osoba doświadczająca problemów może skonfrontować się z nimi w złagodzonej wersji (Dowling *et al.*, 2016; Linnet *et al.*, 2017; Młynarczyk, 2018).

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń osobowości

W badaniach retrospektywnych osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami osobowości zgłaszały dłuższy czas trwania, większe nasilenie i bardziej dotkliwe konsekwencje zaburzeń hazardowych, impulsywność, objawy innych zaburzeń psychicznych, problemy związane z używaniem substancji i problemy somatyczne. Jednocześnie są to pacjenci łatwiej doświadczający bólu psychicznego niż osoby z tylko jednym zaburzeniem (Dowling *et al.*, 2016), co należy wziąć pod uwagę podczas terapii. Jiménez-Murcia i wsp. (2007) wykazali, że dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami osobowości (osobowość schizotypowa, paranoiczna i borderline) skuteczną formą pomocy jest CBT. Niestety brakuje badań, które by to potwierdzały.

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i schizofrenii

Echeburúa i wsp. (2017a) analizowali skuteczność zmodyfikowanego leczenia psychologicznego opartego na CBT wśród pacjentów z zaburzeniami hazardowymi i schizofrenią. Analizy obejmowały ocenę tuż po zakończeniu leczenia oraz po 3, 6 i 12 miesiącach. Modyfikacja podejścia

CBT polegała na aktywnej roli psychoterapeutów w wypełnianiu raportów z samooceną, włączeniu koterapeuty (członka rodziny lub personelu) w celu zwiększenia motywacji do leczenia, uczeniu pacjentów wykonywania zadań związanych z ekspozycją na sytuacje hazardowe (*in vivo*) i uczeniu panowania nad popędami. Celem ekspozycji *in vivo* jest nauka regulacji emocji w trakcie systematycznej i kontrolowanej ekspozycji na bodźce.

Program wdrażano w fazie stabilizacji schizofrenii, a oprócz wsparcia psychologicznego prowadzono farmakoterapię. Zmodyfikowana interwencja oparta na CBT i farmakoterapii okazała się skuteczna: około trzech czwartych (73,9%) pacjentów, którzy ukończyli terapię, ograniczyło granie w gry hazardowe w kolejnych 3 miesiącach (dla porównania: w grupie kontrolnej było to zaledwie 19%). Niepowodzenie leczenia było związane z wiekiem, w którym wystąpił pierwszy epizod schizofrenii, liczbą epizodów i wiekiem inicjacji grania w gry hazardowe.

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń lękowych

Ledgerwood i Petry (2006) zauważyli, że osoby z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępował zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), zgłaszały większe nasilenie problemów z hazardem, objawów innych zaburzeń psychicznych, impulsywności i zaburzeń dysocjacyjnych niż osoby z mniej nasilonym PTSD. Skuteczność w leczeniu zaburzeń hazardowych i zaburzeń lękowych wykazują CBT, terapia behawioralna, dialog motywujący i desensytyzacja (Dowling *et al.*, 2016).

Najavits i wsp. (2013) opisali wykorzystanie programu Seeking Safety (SS) – jedynego modelu terapii uznanego dotąd za skuteczny w PTSD i współwystępującym uzależnieniu od substancji psychoaktywnych – w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi i PTSD. Program SS opracowano, uwzględniając dane i potrzeby terapeutyczne dużej liczby pacjentów z PTSD i uzależnieniem, jednak może on być także stosowany w leczeniu osób z tylko jednym z wymienionych zaburzeń. Podejście to koncentruje się na terażniejszej sytuacji pacjenta i odwołuje się do CBT. Zostało stworzone z myślą o elastycznym wykorzystaniu w terapii grupowej lub indywidualnej, z udziałem mężczyzn i kobiet, w różnych warunkach (ambulatorium, szpital, placówka stacjonarna). Program można realizować wśród osób z różnymi rodzajami traum i mających doświadczenie z różnymi substancjami. Seeking Safety obejmuje 25 zagadnień związanych ze sferą poznawczą, behawioralną, interpersonalną oraz z zarządzaniem przypadkiem (*case management*). Mogą one być realizowane w dowolnej kolejności i przez wielu profesjonalistów, ponieważ nie ma tu wymogów dotyczących określonego stopnia zawodowego. Przykładowe tematy terapii to zapewnienie bezpieczeństwa, uczciwość, prośenie o pomoc, wyznaczanie granic w związkach, budowanie zdrowych relacji czy nauka współczucia, nadawania sensu stanom emocjonalnym, myślenia o regeneracji, dbania o siebie, radzenia sobie

z wyzwalaczami, odrywania się od emocjonalnego bólu, dokonywania życiowych wyborów.

Program SS opiera się na pięciu kluczowych zasadach, którymi są:

1. bezpieczeństwo jako nadrzędny cel (pomaganie uczestnikom w osiągnięciu bezpieczeństwa w relacjach, myśleniu, zachowaniu i emocjach);
2. zintegrowane leczenie (równoczesna praca nad traumą i nadużywaniem substancji);
3. skupienie się na ideałach, tak aby przeciwdziałać ich utracie w przypadku zarówno traumy, jak i nadużywania substancji;
4. dbałość o procesy kliniczne (m.in. o reakcje emocjonalne klinicystów);
5. uwzględnianie czterech obszarów: poznawczego, behawioralnego, interpersonalnego oraz zarządzania przypadkiem.

W programie wykorzystuje się prosty, emocjonalnie sugestywny język i cytaty, aby zaangażować uczestników. Ponadto oferuje się strategie uważane za niezbędne dla osób z PTSD i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Najavits *et al.*, 2013).

Wszystkie dotychczasowe badania, które analizowały skuteczność SS, przyniosły pozytywne rezultaty (Najavits, 2009). Podobne wyniki otrzymano w badaniach z udziałem osób z PTSD i zaburzeniami hazardowymi. Wyniki pokazały, że opisany model cieszy się wśród pacjentów dużą akceptacją (Najavits *et al.*, 2013).

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i ADHD

Osoby z zaburzeniami hazardowymi i ADHD doświadczają bardziej dotkliwych problemów wynikających z grania, częściej cierpią na inne zaburzenia psychiczne i podejmują próby samobójcze, cechują się też wyższym poziomem impulsywności niż pacjenci, u których nie odnotowano ADHD (Waluk *et al.*, 2016). ADHD poprzedza zaburzenia hazardowe i pozwala przewidzieć ich rozwój. Osobom z ADHD należałoby więc zwracać uwagę na wyższe ryzyko zaburzeń hazardowych, co mogłoby się przyczynić do ograniczenia grania i większej uważności. Niestety w przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Dowling i wsp. (2016) odnotowano, że brakuje badań, które dotyczyłyby sposobów leczenia pacjentów z zaburzeniami hazardowymi i ADHD.

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń kontroli impulsów

Zaburzenia kontroli impulsów zwiększają intensywność impulsów popychających osobę do grania, a przez to stymulują pojawianie się myśli i niepokoju związanych z hazardem (Grant i Kim, 2003). Zaburzenia kontroli impulsów zaczynają się wcześniej w toku życia pacjenta i pozwalają przewidzieć wystąpienie zaburzeń hazardowych (Kessler *et al.*, 2008), których są predyktorem – co należałoby uświadczać osobom z zaburzeniami kontroli impulsów.

Opublikowano niewiele prac analizujących możliwości leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń kontroli impulsów. Badanie Granta i wsp. (2011) pokazało, że zaburzenia kontroli impulsów nie wpływają na skuteczność leczenia z wykorzystaniem desensytyzacji z ekspozycją na bodźce oraz dialogu motywującego – a więc wymienione metody mogą być dobrym wyborem w przypadku osób z zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami kontroli impulsów (Moskowitz, 1980). Dobre rezultaty, pozwalające na ograniczenie symptomów zaburzeń hazardowych, przynosi również CBT (Grant *et al.*, 2015).

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń odżywiania

Zgodnie z wynikami badań Granta i wsp. (2011) skuteczną metodą leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń odżywiania – napadowego objadania się i *bulimia nervosa* – są interwencje behawioralne i dialog motywujący. Nie znaleziono jednak innych badań potwierdzających to doniesienie.

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu zaburzeń hazardowych współwystępujących z innymi zaburzeniami psychicznymi farmakologia wspiera oddziaływanie psychologiczne (Grant *et al.*, 2008). W badaniach naukowych potwierdzono skuteczność leczenia zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych przy użyciu antagonistów opioidowych, memantyny (antagonisty receptorów NMDA), citalopramu i litu o przedłużonym uwalnianiu. Leczenie to przyczyniało się do ograniczenia zachowań hazardowych i poprawiało elastyczność poznawczą (Chaim *et al.*, 2014; Grant *et al.*, 2010, 2008; Hollander *et al.*, 2005; Zimmerman *et al.*, 2002). Dowling i wsp. (2016) w swoim przeglądzie literatury zidentyfikowali badania potwierdzające skuteczność leczenia zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych *N*-acetylocysteiną, naltreksonem lub nalmefenem.

Również w przypadku farmakoterapii współwystępujących zaburzeń lękowych i zaburzeń hazardowych to *N*-acetylocysteina, naltrekson lub nalmefen i memantyna okazały się skuteczne. Ponadto wykazano skuteczność escitalopramu (Dowling *et al.*, 2016).

Di Nicola i wsp. (2014) przeanalizowali efekty leczenia farmakologicznego w zaburzeniach hazardowych współistniejących z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Jak wskazują, skutecznym środkiem jest tu lit, który ma dobrze udokumentowane właściwości stabilizujące nastrój i poprawiające kontrolę impulsów, a także uznaną skuteczność w leczeniu ChAD. Lit może więc być dobrą opcją terapeutyczną dla pacjentów z zaburzeniami hazardowymi i ChAD. Leki przeciwdrgawkowe są grupą środków szeroko stosowaną w leczeniu ChAD, szczególnie w zaostrzonej fazie choroby, i mają udowodnioną skuteczność w stabilizowaniu nastroju (Geddes i Miklowitz, 2013). One też okazały się efektywne u pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych i cierpiących na zaburzenia afektywne:

ograniczały głód i zapobiegały nawrotom (Vornik i Brown, 2006). Wstępne wyniki badań pokazują, że leki przeciwdrgawkowe mogą być przydatne także w leczeniu zaburzeń hazardowych – zarówno jako jedyne zaburzenia, jak i współwystępujących z ChAD (Di Nicola *et al.*, 2014). Substancją z grupy leków przeciwdrgawkowych, która wykazuje skuteczność w leczeniu ChAD, jest karbamazepina – efektywna również (w dawce dobowej 600 mg) w terapii zaburzeń hazardowych. Pacjenci z zaburzeniami hazardowymi zażywający karbamazepinę dłużej utrzymywali abstynencję od grania niż badani z grupy kontrolnej, przyjmujący placebo (Haller i Hinterhuber, 1994). Brakuje danych pozwalających wnioskować o skuteczności karbamazepiny u osób z ChAD i równocześnie zaburzeniami hazardowymi (Di Nicola *et al.*, 2014).

W przeglądzie literatury Di Nicoli i wsp. (2014) przytoczono tylko jedno badanie (studium przypadku), w którym zastosowano topiramát w ChAD ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi. W pracy wykazano, że dołączenie topiramátu do standardowego leczenia litem przyczyniło się do całkowitej remisji w zakresie pragnienia grania i podejmowania zachowań hazardowych. Inny związek z grupy leków przeciwdrgawkowych – lamotrygina – w połączeniu z litem i kwasem walproinowym okazał się skuteczny w leczeniu ChAD i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród osób, które nie reagowały na leczenie samym litem i kwasem walproinowym. Wykorzystanie lamotryginy u pacjentów z ChAD nadużywających kokainy przyniosło pozytywne efekty. Nie badano skuteczności lamotryginy w grupie osób z zaburzeniami hazardowymi.

Kilku autorów analizowało zastosowanie gabapentyny w zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Stwierdzono, że przyczynia się ona do zmniejszenia spożycia alkoholu i odczuwania głodu, dzięki czemu ułatwia utrzymanie abstynencji. Brakuje badań oceniających skuteczność gabapentyny w zaburzeniach hazardowych, ale dobre wyniki stosowania tej substancji jako dodatkowej w terapii ChAD i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu dają podstawy do wnioskowania o jej potencjale (Di Nicola *et al.*, 2014). Podobnie pregabalina, również będąca strukturalnym analogiem GABA, pozwala uzyskiwać dobre wyniki w leczeniu ChAD, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i uzależnienia od alkoholu/benzodiazepin (Schaffer *et al.*, 2013). Ze względu na właściwości stabilizujące nastrój oraz wpływ na zachowania impulsywne i kompulsywne pregabalina może być przydatna w grupie pacjentów z ChAD i współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi (Di Nicola *et al.*, 2014).

Zastosowanie leków glutaminergicznych, w szczególności *N*-acetylocysteiny i memantyny, przynosi obiecujące rezultaty w leczeniu zaburzeń hazardowych – przyczynia się do ograniczenia grania (Black *et al.*, 2011; Di Nicola *et al.*, 2014; Grant *et al.*, 2010). Pozytywne efekty dostrzeżone są też w leczeniu depresji dwubiegunowej (Grant *et al.*, 2014; Magalhães *et al.*, 2011). Memantina jako środek

wspomagający leczenie wykazywała działanie przeciwniakalne i stabilizujące nastrój u pacjentów z ChAD opornych na leczenie (Sani *et al.*, 2012). W świetle przytoczonych wyników wykorzystanie leków glutaminergicznych w ChAD i współwystępujących zaburzeniach hazardowych wydaje się obiecującą opcją (Di Nicola *et al.*, 2014).

OMÓWIENIE

Celami niniejszego artykułu są identyfikacja, opis i analiza wykorzystania podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi. Jak pokazują nasze badania, brakuje wytycznych do leczenia tak zdefiniowanej grupy. Profesjonaliści doświadczają więc licznych trudności terapeutycznych (Wieczorek i Dąbrowska, 2020). Prezentowane niżej rekomendacje są jedynie wskazówkami, nie zobowiązują specjalistów do prowadzenia procesu psychoterapeutycznego w określony sposób. To specjalista wraz z pacjentem powinien ustalić najlepszą formę oddziaływań.

Dotychczasowe badania pokazały, że CBT – indywidualna i grupowa – może być skuteczna w leczeniu zaburzeń hazardowych i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Terapia grupowa nie tylko jest opłacalna ekonomicznie, ale również pozwala pacjentom uczyć się od siebie i wspierać nawzajem. Z kolei terapia indywidualna może być bardziej odpowiednia dla osób, które preferują omawianie wydarzeń życiowych twarzą w twarz (Oei *et al.*, 2010). Alternatywą dla tradycyjnej formuły jest terapia przez internet, atrakcyjna szczególnie dla pacjentów, którzy niechętnie decydowaliby się na klasyczną terapię. Jak wskazują badania, terapia online – mimo swoich ograniczeń – ma istotne zalety. Pozwala zachować anonimowość, a dla niektórych osób (przykładowo: uzależnionych od alkoholu) obawa przed utratą anonimowości stanowi jedną z barier (Wieczorek, 2017).

Echeburúa i wsp. (2017a) zaproponowali zmodyfikowane leczenie psychologiczne oparte na CBT, w większym stopniu angażujące pacjenta, rodzinę i profesjonalistów. Badania potwierdziły, że takie zindywidualizowane podejście przynosi pozytywne rezultaty. Również Winters i Kushner (2003) w swoich rekomendacjach postulują, by indywidualizować podejście do leczenia osób z więcej niż jednym zaburzeniem.

Skuteczne w leczeniu zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych okazały się dialog motywujący i desensytyzacja z ekspozycją na bodźce. Istnieje coraz więcej dowodów naukowych na skuteczność interwencji takich jak dialog motywujący (technika łatwa do zastosowania, mało czasochłonna, opłacalna) w zaspokajaniu potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Istnieją jednak znaczne bariery organizacyjne, szkoleniowe i związane z zaangażowaniem pacjentów w leczenie, które utrudniają wdrażanie podobnej oferty (Yakovenko *et al.*, 2015). Badania prowadzone w Polsce wskazują, że brakuje leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi – program skupiony jest przede

wszystkim na alkoholu i narkotykach, a terapeuci, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatry nie zawsze mają wiedzę i kompetencje potrzebne do pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Dostępność krótkich interwencji i odpowiednich programów jest marginalna (Dąbrowska *et al.*, 2017).

Do nieodzownych elementów leczenia należy farmakoterapia. Z przeglądu literatury wynika, że u pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, które współistnieją z innymi zaburzeniami psychicznymi, zastosowanie znajdują: lit, leki przeciwdrgawkowe (np. karbamazepina, topiram, lamotrygina, gabapentyna, pregabalina), leki z grupy antagonistów receptorów opioidowych (np. naltrekson lub nalmeften), leki glutaminergiczne (np. *N*-acetylocysteina, memantyna) i selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (np. citalopram). Kompleksowe programy łączące farmakoterapię z terapią psychospołeczną przynoszą dobre rezultaty i zapobiegają przedwczesnemu kończeniu leczenia (Echeburúa *et al.*, 2011).

W literaturze można znaleźć nieliczne rekomendacje dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Zaleca się przeprowadzanie testów przesiewowych w kierunku różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia z powodu zaburzeń hazardowych. I odwrotnie: wśród osób podejmujących leczenie z powodu zaburzeń psychicznych należałoby przeprowadzać testy przesiewowe na obecność zaburzeń hazardowych. Terapeuci i inni profesjonaliści zajmujący się leczeniem zaburzeń hazardowych powinni być wyczuleni na niespecyficzne zachowania, które mogą być symptomami zaburzeń psychicznych. W dalszym toku leczenia, kiedy dotkliwie objawy zaburzeń hazardowych ustąpią, warto po raz kolejny dokonać oceny występowania zaburzeń psychicznych (Echeburúa *et al.*, 2011; Green *et al.*, 2007; Linnet *et al.*, 2017; Winters i Kushner, 2003).

Niestety istnieje niewiele badań, które pozwalałyby rozwiązać wątpliwość, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie, czy też sekwencyjnie. Jest to obszar wymagający dalszych, pogłębionych analiz (Winters i Kushner, 2003).

WNIOSKI

Jak wskazał przegląd literatury, brakuje wytycznych do leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi i współwystępującymi innymi zaburzeniami psychicznymi. W literaturze przedmiotu można znaleźć wyłącznie autorskie modyfikacje podejść terapeutycznych wykorzystywanych w leczeniu pojedynczych zaburzeń. Najpopularniejszym podejściem okazuje się CBT, coraz częściej stosowane są również podejścia oparte na motywacji do zmiany. By wesprzeć profesjonalistów w niesieniu pomocy, należałoby wypracować wytyczne do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi. Niezbędnym elementem postępowania jest tu farmakoterapia. Dostępność różnych leków rośnie, co pozwala

lekarzom na coraz trafniejszy dobór środków. Rekomenduje się także prowadzenie badań nad skutecznością i adekwatnością poszczególnych oddziaływań, co pomogłoby rozstrzygnąć dylemat dotyczący kolejności leczenia zaburzeń, które ze sobą współwystępują.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Projekt finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, będących w dyspozycji Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (numer umowy: 211/HT/2021).

Piśmiennictwo

- Black DW, Allen J, Bormann NL: 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* 2021; 37: 1219–1230.
- Black DW, McNeilly DP, Burke WJ et al.: An open-label trial of acamprostate in the treatment of pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23: 250–256.
- Błaszczynski A, Nower L: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487–499.
- Chaim CH, Nazar BP, Hollander E et al.: Pathological gambling treated with lithium: the role of assessing temperament. *Addict Behav* 2014; 39: 1911–1913.
- Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y et al.: Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8: 334–339.
- Dąbrowska K, Moskalewicz J, Wieczorek Ł: Barriers in access to the treatment for people with gambling disorders. Are they different from those experienced by people with alcohol and/or drug dependence? *J Gambl Stud* 2017; 33: 487–503.
- Di Nicola M, De Risi L, Pettorruso M et al.: Bipolar disorder and gambling disorder comorbidity: current evidence and implications for pharmacological treatment. *J Affect Disord* 2014; 167: 285–298.
- Dowling NA, Merkouris SS, Lorains FK: Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: advancing a developing field of research. *Addict Behav* 2016; 58: 21–30.
- Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC et al.: Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49: 519–539.
- Echeburúa E: Clinical management of gambling disorder. In: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M (eds.): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Vol. 3, Springer, Milano 2015: 1475–1490.
- Echeburúa E, Amor PJ, Gómez M: Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: a narrative review. *Salud Mental* 2017a; 40: 299–305.
- Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J: Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behav Cogn Psychother* 1996; 24: 51–72.
- Echeburúa E, Gómez M, Freixa M: Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behav Res Ther* 2011; 49: 808–814.
- Echeburúa E, Gómez M, Freixa M: Prediction of relapse after cognitive-behavioral treatment of gambling disorder in individuals with chronic schizophrenia: a survival analysis. *Behav Ther* 2017b; 48: 69–75.

- Geddes JR, Miklowitz DJ: Treatment of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381: 1672–1682.
- Grant JE, Chamberlain SR: Gambling and substance use: comorbidity and treatment implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020; 99: 109852.
- Grant JE, Kim SW: Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 203–207.
- Grant JE, Odlaug BL: Psychosocial interventions for gambling disorders. In: *Increasing the Odds. What Clinicians Need to Know About Gambling Disorders*. National Center for Responsible Gaming, Washington, DC 2012; 7: 38–51.
- Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN: Treatments for gambling disorder and impulse control disorders. In: Nathan PE, Gorman JM (eds.): *A Guide to Treatments That Work*. 4th ed., online ed., Oxford Academic, New York, 2015: 801–826.
- Grant JE, Williams KA, Kim SW: Update on pathological gambling. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 53–58.
- Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL et al.: Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)* 2010; 212: 603–612.
- Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL et al.: A 6-month follow-up of imaginal desensitization plus motivational interviewing in the treatment of pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23: 3–10.
- Grant JE, Kim SW, Hollander E et al.: Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl)* 2008; 200: 521–527.
- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR et al.: A randomized, placebo-controlled trial of *N*-acetylcysteine plus imaginal desensitization for nicotine-dependent pathological gamblers. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 39–45.
- Green AI, Drake RE, Brunette MF et al.: Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 402–408.
- Haller R, Hinterhuber H: Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27: 129.
- Hodgins DC, Holub A: Treatment of problem gambling. In: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (eds.): *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*. Elsevier, Amsterdam 2007: 372–397.
- Hodgins DC, Currie SR, Currie G et al.: Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: more is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 950–960.
- Hollander E, Pallanti S, Allen A et al.: Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 137–145.
- Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R et al.: Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychother Res* 2007; 17: 544–552.
- Kessler RC, Hwang I, LaBrie R et al.: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38: 1351–1360.
- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C et al.: Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 774–780.
- Ledgerwood DM, Petry NM: Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *J Trauma Stress* 2006; 19: 411–416.
- Linnet J, Jeppsen Mensink M, de Neergaard Bonde J et al.: Treatment of gambling disorder patients with comorbid depression. *Acta Neuropsychiatr* 2017; 29: 356–362.
- Magalhães PV, Dean OM, Bush AI et al.: *N*-acetyl cysteine add-on treatment for bipolar II disorder: a subgroup analysis of a randomized placebo-controlled trial. *J Affect Disord* 2011; 129: 317–320.
- Młynarczyk M: Techniki pracy z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym w terapii poznawczo-behawioralnej. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 2018; 22: 33–54.
- Moskowitz JA: Lithium and lady luck; use of lithium carbonate in compulsive gambling. *N Y State J Med* 1980; 80: 785–788.
- Najavits LM: Seeking safety: an implementation guide. In: Rubin A, Springer DW (eds.): *The Clinician's Guide to Evidence-Based Practice*. John Wiley, Hoboken, NJ 2009: 311–347.
- Najavits LM, Smylie D, Johnson K et al.: Seeking safety therapy for pathological gambling and PTSD: a pilot outcome study. *J Psychoactive Drugs* 2013; 45: 10–16.
- Nelson SE, Kleschinsky JH, LaBrie RA et al.: One decade of self exclusion: Missouri casino self-excluders four to ten years after enrollment. *J Gambl Stud* 2010; 26: 129–144.
- Oei TPS, Raylu N, Casey LM: Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2010; 38: 233–238.
- Petry NM, Roll JM: Cognitive-behavioral treatments for pathological gambling. In: Ghezzi P, Lyons CA, Dixon MR et al. (eds.): *Gambling: Behavior Theory, Research, and Application*. Context Press, Reno, NV 2006: 249–260.
- Rodda SN, Lubman DI, Iyer R et al.: Subtyping based on readiness and confidence: the identification of help-seeking profiles for gamblers accessing web-based counselling. *Addiction* 2015; 110: 494–501.
- Sani G, Serra G, Kotzalidis GD et al.: The role of memantine in the treatment of psychiatric disorders other than the dementias: a review of current preclinical and clinical evidence. *CNS Drugs* 2012; 26: 663–690.
- Schaffer LC, Schaffer CB, Miller AR et al.: An open trial of pregabalin as an acute and maintenance adjunctive treatment for outpatients with treatment resistant bipolar disorder. *J Affect Disord* 2013; 147: 407–410.
- Vornik LA, Brown ES: Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl 7: 24–30.
- Waluk OR, Youssef GJ, Dowling NA: The relationship between problem gambling and attention deficit hyperactivity disorder. *J Gambl Stud* 2016; 32: 591–604.
- Wieczorek Ł: Barriers in the access to alcohol treatment in outpatient clinics in urban and rural community. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 125–138.
- Wieczorek Ł, Dąbrowska K: Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *J Subst Use* 2020; 25: 350–356.
- Winters KC, Kushner MG: Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud* 2003; 19: 261–277.
- Wulfert E, Blanchard EB, Freidenberg BM et al.: Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: a pilot study. *Behav Modif* 2006; 30: 315–340.
- Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR et al.: The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2015; 43: 72–82.
- Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA: An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 44–48.