

Przekonania pacjentów i profesjonalistów o wpływie społecznej stygmatyzacji na podejmowanie leczenia z powodu zaburzeń związanych z hazardem

Patients' and professionals' beliefs about the impact of social stigmatization on treatment of gambling-related disorders

Katarzyna Dąbrowska, Łukasz Wieczorek

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

Summary

Objectives. Studies carried out so far have shown that negative stereotypes concerning people with gambling disorders and, in particular, the belief that these people bear personal responsibility for their illness, can significantly contribute to the stigmatization of these people. Shame and fear of stigmatization significantly hinder the decision to start treatment.

This study investigates the beliefs of respondents about the impact of stigmatization of people with gambling disorders on the social perception of treatment of gambling disorders and the beliefs of respondents about the impact of stigmatization on undertaking treatment or seeking help. Furthermore, the study investigates whether treatment can help reduce stigma and whether professionals, in some way, take this problem into account in their practice.

Material and methods. In the first half of 2015, 90 semi structured individual interviews were conducted with people with gambling disorders, social workers, therapists employed in addiction treatment facilities, General Practitioners and psychiatrists.

Results. The public reaction to the fact of starting treatment depends on how gambling disorder is perceived: in terms of a medical problem or rather in moral terms. Positive reviews were mainly manifested by significant others who, according to Goffman's terminology, are 'wise'. Very often, treatment means having to reveal your problem and face stigmatization. Women in particular are stigmatized because of gambling disorders. This study showed that treatment allows to get rid of guilt by acquiring knowledge on the subject of gambling disorders.

Conclusions. Addressing stigma during early stages of treatment may contribute to the continuity of treatment. Professionals should be aware of their prejudices, as their stigmatizing attitudes can influence treatment outcomes.

Słowa klucze: stygmatyzacja, zaburzenia hazardowe, leczenie

Key words: stigmatization, gambling disorders, treatment

Wstęp

Stygmatazacja

Osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia hazardowe, podobnie jak i inne osoby z zaburzeniami psychicznymi często są negatywnie postrzegane przez społeczeństwo [1, 2]. Jedną z możliwych reakcji społecznych jest stygmatazacja osób z zaburzeniami hazardowymi [3]. Proces stygmatazacji to proces poznawczego naznaczenia jednostki jako posiadacza pewnej negatywnej cechy, która jest na tyle dyskredytująca, że przesądza o sposobie traktowania tej jednostki przez innych. Stygmatazacja społeczna jest mechanizmem społecznym, jest odpowiedzią na jednostkowe (lub właściwe szerszej grupie czy kategorii społecznej) piętno [4]. Stygmatazacja przejawia się takimi reakcjami społecznymi jak dewaluacja i dyskredytacja jednostek z powodu jakiejś ich cechy, zachowania, przynależności społecznej i skutkuje oporem społeczeństwa, by w pełni zaakceptować taką osobę [5, 6].

Link i Phelan [7], badając proces i konsekwencje stygmatazacji, zwrócili uwagę na takie jej cechy jak: etykietowanie, postrzeganie przez pryzmat stereotypów, budowanie dystansu społecznego, utrata statusu społecznego i dyskryminacja. Wszystkie te kluczowe elementy procesu stygmatazacji znalazły odzwierciedlenie w badaniach dotyczących osób z zaburzeniami hazardowymi. Badania te pokazały, że osoby z zaburzeniami hazardowymi są postrzegane na podstawie negatywnych stereotypów, doświadczają negatywnych emocjonalnych reakcji ze strony innych, mogą utracić status społeczny i być dyskryminowane [1, 8–11]. Osoby z zaburzeniami hazardowymi są opisywane przez innych jako impulsywne, zachowujące się nieracjonalnie i kompulsywnie, jako skłonne do podejmowania ryzyka, antyspołeczne i agresywne [10]. Hing i wsp. [12] wykazali, że osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się, że mogą doświadcząć ze strony innych negatywnych reakcji takich jak odrzucenie, wrogość i dewaluacja.

W odpowiedzi na stygmatazację pojawia się samostygmatazacja definiowana jako proces psychologiczny, w którego trakcie osoba z dyskredytującą cechą staje się świadoma społecznej stygmatazacji, przyswaja i internalizuje stereotypowe opinie na swój temat [13]. Samostygmatazujące przekonania działają niszcząco na poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności i wartości społecznej, bez względu na to, czy osoba doświadcza stygmatazacji, czy jedynie ma świadomość jej istnienia [14, 15].

Stygmatazacja a postrzeganie podejmowania leczenia

Jak pokazują badania, zaburzenia hazardowe są postrzegane jako wstydlivy problem, w dużej mierze wynikający z niedostatków charakterologicznych osoby (zły charakter, skłonność do uzależnień, brak samokontroli) [1, 16]. W związku z tym zaburzenia hazardowe nie są postrzegane w kategoriach medycznych, ale opisywane w kategoriach moralnych. Prowadzone dotychczas badania wykazały, że negatywne stereotypy dotyczące osób z zaburzeniami hazardowymi, a szczególnie przekonanie, że osoby te ponoszą osobistą odpowiedzialność za swoją chorobę, mogą się znacząco przyczyniać do ich stygmatazowania [9, 17].

Reprezentatywne badanie przeprowadzone wśród Polaków pokazało, że około 40% spośród nich nie jest pewnych, czy hazard ma uzależniający potencjał, albo neguje możliwość uzależnienia się od hazardu. O ile istnieje powszechna akceptacja bezpłatnego leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, o tyle nie ma już takiego poparcia oferta bezpłatnego leczenia uzależnienia od hazardu. Osoby z zaburzeniami hazardowymi są obwiniane za swoje uzależnienie [18]. Podobne wyniki przyniosło badanie kanadyjskie, potwierdzając znacznie surowszy osąd osób z zaburzeniami hazardowymi aniżeli osób z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych. Ocena ta związana jest z przypisywaniem osobom z uzależnieniami behawioralnymi odpowiedzialności za rozwiązanie własnych problemów [19].

Stygmatyzacja a gotowość do podejmowania leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi

Wstyd i strach przed stygmatyzacją ze strony innych często stanowią barierę w podejmowaniu leczenia [20–25]. Samonaznaczenie, które jest konsekwencją stygmatyzacji, znajduje odzwierciedlenie w oporze, by poszukiwać profesjonalnej pomocy [25]. Przegląd badań australijskich wykazał, że wstyd i zakłopotanie związane z poszukiwaniem leczenia powodują, że osoby z zaburzeniami hazardowymi decydują się podjąć leczenie dopiero, gdy doświadczą kryzysu [26]. Podjęcie leczenia wymaga przyznania, że potrzebna jest pomoc, co może być postrzegane jako oznaka słabości i przyznanie się do porażki [27].

Zaburzenia hazardowe są stosunkowo łatwe do ukrycia przed innymi, gdyż nie powodują oznak fizycznych. Powszechną strategią radzenia sobie ze stygmatyzacją jest utrzymywanie ich w tajemnicy, ukrywanie przed innymi [22, 28]. Jednostki, ukrywając wstydlive problemy czy cechy, próbują przeciwdziałać stygmatyzacji i odrzuceniu przez innych [12, 16]. Wraz z podjęciem decyzji o leczeniu jednostka traci możliwość utrzymywania problemu w tajemnicy. Goffman [5] rozróżnia osoby zdyskredytowane – te, których stygmatyzująca właściwość została ujawniona, oraz dyskredytowalne – te, które ukrywają swoją właściwość. W tym ujęciu osoby z zaburzeniami hazardowymi, dopóki nie podejmą leczenia, zaliczają się do drugiej kategorii, a ich stygmatyzująca charakterystyka nie jest powszechnie znana.

Radzenie sobie z problemem stygmatyzacji podczas leczenia

Reith i Dobbie [29], badając proces zdrowienia osób z zaburzeniami hazardowymi, ustalili, że kluczowymi elementami tego procesu są zmiana i redefinicja koncepcji własnej osoby. Strategie mające na celu ograniczenie samostygmatyzacji obejmują wysiłki zmierzające do zmiany stygmatyzujących przekonań na własny temat oraz rozwinięcia umiejętności radzenia sobie z samostygmatyzacją, m.in. przez budowanie poczucia własnej wartości [30].

Znikoma liczba badań diagnozowała, w jaki sposób terapeuci w swojej pracy uwzględniają problem stygmatyzacji. Anderson [31] przeprowadził sześć indywidualnych wywiadów z doradcami do spraw hazardu i z sześcioma klientami i na tej

podstawie stwierdził, że efektywne leczenie wymaga zaangażowania klienta w otwarty i szczerzy dialog oraz terapeuty charakteryzującego się akceptującym, pozbawionym osądu i niestygmatyzującym podejściem. Jednakże jego badanie pokazało, że część profesjonalistów myśli o osobach z zaburzeniami hazardowymi w stereotypowy sposób. Skutkuje to stygmatyzującymi postawami i zachowaniami, które są również obecne w placówkach kierujących swoją ofertę do osób z zaburzeniami psychicznymi [32, 33]. W ramach innego badania jakościowego przeprowadzono dziewięć wywiadów z doradcami do spraw hazardu z różnych instytucji pomagających osobom z zaburzeniami hazardowymi [11]. W relacji profesjonalistów jednym z pierwszych realizowanych celów terapii jest praca nad osłabieniem samonaznaczania, co umożliwia zrozumienie problemu, przebaczenie sobie i zdrowienie.

Pytania badawcze i ich uzasadnienie

Omawiane badanie diagnozuje, czy w oczach osób z zaburzeniami hazardowymi i profesjonalistów stygmatyzacja wpływa na społeczne postrzeganie leczenia zaburzeń hazardowych.

Drugie zagadnienie badawcze dotyczy tego, czy w opiniach respondentów stygmatyzacja ma konsekwencje dla podejmowania leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi. O ile potwierdzono, że osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się podjęcia leczenia z powodu stygmatyzacji [20–25], o tyle nie wiadomo, czy wszystkie formy leczenia stygmatyzują osoby z zaburzeniami hazardowymi w podobny sposób. Omawiane badanie uzupełni tę lukę w wiedzy.

Po trzecie, badanie diagnozuje, czy leczenie może pomóc w ograniczeniu stygmatyzacji oraz czy profesjonalści w jakiś sposób uwzględniają to zagadnienie w swojej praktyce.

Jak do tej pory nie przeprowadzono badań o takiej tematyce w Polsce. Większość badań dotyczących zagadnienia stygmatyzacji i jej wpływu na podejmowanie leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi pochodzi z Australii, tymczasem takie aspekty stygmatyzacji jak jej znaczenie, przejawy i rezultaty są w dużej mierze uwarunkowane kulturowo [34].

Material i metoda

Próba badawcza

W pierwszej połowie 2015 roku przeprowadzono w Warszawie 90 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów indywidualnych z osobami z zaburzeniami hazardowymi ($n = 30$), z pracownikami socjalnymi, terapeutami, psychiatrami i lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (15 wywiadów w każdej grupie).

W badaniu znalazła zastosowanie procedura doboru celowego pozwalająca na zdobycie wyczerpujących informacji z punktu widzenia postawionych pytań badawczych. Profesjonaliści byli pozyskiwani do badania w miejscu zatrudnienia. Status pracownika placówki oraz wykonywany zawód stanowiły kryteria włączenia do badania.

Pacjenci byli rekrutowani do badania w placówkach leczenia zaburzeń używania alkoholu lub narkotyków, a także podczas spotkań Anonimowych Hazardzistów. W poradniach ambulatoryjnych osoby z zaburzeniami hazardowymi były rekrutowane przez terapeutów. Na spotkaniach Anonimowych Hazardzistów informacja o badaniu była rozprowadzana przez lidera grupy. Po uzyskaniu wstępnej zgody z potencjalnymi respondentami kontaktował się badacz. Kryterium włączenia do badania była diagnoza zaburzeń hazardowych postawiona przez psychiatrę.

Badani nie podawali swojego imienia i nazwiska, a prowadzone z nimi wywiady były oznaczone kodem. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celu badania, a osoby, które się zgodziły na udział w badaniu, podpisały formularz zgody. Wywiady były nagrywane, a następnie przepisywane.

Charakterystyka próby badawczej

Jeśli chodzi o osoby z zaburzeniami hazardowymi, to w badaniu wzięły udział jedynie trzy kobiety. Średnia wieku badanych to 38 lat. W badaniu nie było osób z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym, a tylko 10% (3 osoby) miało wykształcenie zasadnicze zawodowe. Więcej niż połowa badanych ($n = 18$) miała tytuł wyższej uczelni. Tylko jedna osoba była bezrobotna, reszta respondentów pracowała na podstawie umowy o pracę, prowadziła własną działalność gospodarczą lub była na emeryturze. Przeważały osoby grające na automatach do gier lub w kasynach. Około 30% badanych ($n = 13$) grało za pośrednictwem internetu i podobny odsetek grał w karty poza kasynem bez użycia internetu.

Wśród profesjonalistów dominowały kobiety (70%, $n = 42$). Średnia wieku w tej grupie to 43 lata. Najmłodszą grupą badanych byli terapeuci, a najstarszą – psychiatry.

Dyspozycje do wywiadów jakościowych

Przygotowano trzy rodzaje dyspozycji do wywiadów indywidualnych: dla osób z zaburzeniami hazardowymi, dla pracowników socjalnych i pozostałych profesjonalistów. Zagadnienia uwzględnione w dyspozycjach dla osób z zaburzeniami hazardowymi obejmowały doświadczenia z leczeniem i rekomendacje dla jego poprawy, społeczne postrzeganie osób z zaburzeniami hazardowymi i podejmowania przez nie leczenia na podstawie własnych doświadczeń. Dyspozycje do wywiadu dotyczące omawianej w artykule tematyki oraz instrukcja dla ankietera zostały sformułowane następująco:

*Jak postrzegane są przez innych osoby uprawiające hazard?
Czy spotkała się Pani/spotkał się Pan osobiście z niechęcią,
odrzuconiem, gorszym traktowaniem z powodu problemowego
uprawiania hazardu?*

Jeśli respondent odczuł, że był w taki sposób traktowany w związku z uprawianiem przez siebie hazardu, należy dopytać:

*Przez kogo był tak traktowany?
W jakich sytuacjach się to przejawiało?*

Jeśli respondent nie spotkał się osobiście z takimi sytuacjami, należy zapytać, czy słyszał o przypadkach takiego traktowania wśród znajomych.

Jak społeczeństwo postrzega osoby, które podejmują leczenie z powodu zaburzeń hazardowych?

Wytyczne do wywiadów z profesjonalistami odnosiły się do motywów podejmowania leczenia, dostępności leczenia, poprawy istniejącej oferty oraz społecznego postrzegania osób z zaburzeniami hazardowymi i podejmowania przez nie leczenia. Dyspozycje dla pracowników socjalnych uwzględniały te same zagadnienia, natomiast dopasowane były do realiów wykonywanej przez nich pracy. Wytyczne do wywiadów z profesjonalistami odnoszące się do tematyki poruszonej w artykule były następujące:

*Jak postrzegane są przez innych osoby uprawiające hazard?
Czy spotkała się Pani/spotkał się Pan z przypadkami okazywania niechęci osobom z zaburzeniami hazardowymi, z odrzuceniem czy gorszym traktowaniem tych osób?*

Jeśli respondent spotkał się z sytuacjami, w których osoby mające problem z hazardem były tak traktowane, należy dopytać:

*Przez kogo były tak traktowane?
W jakich sytuacjach się to przejawiało?
Jak społeczeństwo postrzega osoby, które podejmują leczenie z powodu zaburzeń hazardowych?*

Analiza danych

Do analizy materiału wykorzystano analizę tematyczną [35]. Rozpoczęto ją od dokładnego przeczytania wszystkich transkrypcji i wynotowania pomysłów na kody wyłaniające się ze zgromadzonego materiału. W następnym kroku kody i dane zostały poddane jeszcze raz oglądowi, by zidentyfikować szersze kategorie tematyczne.

Analiza była prowadzona przez dwóch niezależnych badaczy, co w założeniu miało przyczynić się do uwzględnienia wszystkich kategorii tematycznych oraz uzgodnienia wspólnego rozumienia pojawiających się zagadnień. Wspólna matryca kodowa powstała na drodze przedyskutowania wątpliwości i problemów z klasyfikacją danych. Ostatni etap polegał na dokładnej analizie transkrypcji pod kątem każdej kategorii i zweryfikowaniu jej zasięgu.

Zagadnienia etyczne

Komisja Bioetyczna przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie po zapoznaniu się z badaniem wydała zgodę na jego realizację (ref. 24/2015).

Wyniki

Stygmatyzacja a społeczne postrzeganie leczenia zaburzeń hazardowych

Przypisywanie odpowiedzialności

Reakcje na informację, że osoba z zaburzeniami hazardowymi podejmuje leczenie, mogą być różne: wspierające lub ambiwalentne. Społeczeństwo, w opinii respondentów, może obwiniać osoby z zaburzeniami hazardowymi za sytuację, w której się znalazły; uważać, że zaburzenia hazardowe są konsekwencją stylu życia i wyborów, jakich dokonuje jednostka. Przyjmując ten punkt widzenia, problemy, których doświadcza osoba z zaburzeniami hazardowymi, są rezultatem niedoskonałości jej charakteru i nie powinny być definiowane w kategoriach medycznych, tak jak definiowane jest uzależnienie od alkoholu czy narkotyków.

Zaburzenia hazardowe postrzegane są tak, jak w przeszłości postrzegane było uzależnienie od narkotyków, że ktoś zasłużył sobie na taki los. Albo podobnie jak w przypadku ludzi chorych na AIDS – gdyby nie prowadzili takiego życia, to nie zachorowaliby. Taka choroba na własne życzenie. (OPS1002K1)

O alkoholizmie jest jednak większa wiedza w społeczeństwie. Coraz częściej się patrzy na to jak na chorobę, a nie jak na brak silnej woli, brak motywacji. Hazardzistów traktuje się ewidentnie jako osoby, które chcą w łatwy i szybki sposób dorobić się pieniędzy i nie chce się im pracować. Wydaje mi się, że jest tu mniejsze przyzwolenie społeczne na leczenie tych osób. (T0705K2)

Cóż, ludzie są różni – niektórzy patrzą na rozpoczęcie leczenia z pozytywnego punktu widzenia, inni uważają, że to nie jest choroba. To kaprys i człowiek powinien sobie z tym poradzić. Podatnicy nie powinni za to płacić. (PG2703M1)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą doświadczać braku współczucia i zrozumienia, gdyż ich problemy są postrzegane jako kara za brak umiaru. Są one obarczane wyłączną odpowiedzialnością za problemy, których doświadczają.

Wydaje mi się, że panuje przekonanie, że hazardzista zasłużył na własny los, bo przecież nie musiał grać. Myślę, że definiowanie hazardu jako choroby nie jest powszechne. (POZ1802M1)

Wstydę się swojej choroby, nie mówię o swoich problemach. Myślę, że jeśli ktoś nie poradził sobie ze swoim życiem, to w jakiś sposób jest gorszy. Społeczeństwo uważa, że jeśli ktoś jest chory, jest gorszy. I nie chcę być gorszy, chcę być normalny. I traktowany normalnie. (PG3103M1)

Według respondentów również profesjonalści mogą podzielać opisany powyżej punkt widzenia. Obarczanie osób z zaburzeniami hazardowymi odpowiedzialnością może prowadzić do niechęci, by je leczyć. Część profesjonalistów może żywić prze-

konanie, że osoby z zaburzeniami hazardowymi są w stanie rozwiązać swój problem we własnym zakresie, jeśli tylko poradzą sobie z niedostatkami swojej osobowości.

Myszę, że nawet profesjonalści tacy jak psychiatrzy czy psychologowie postrzegają zaburzenia behawioralne w taki sposób [z perspektywy moralnej – autorzy]. Zaburzenia hazardowe zwykle postrzegane są jako zawinione, nie są postrzegane jako problem medyczny. Te osoby postrzegane są jako obciążone jakąś wadą. Personel medyczny może odczuwać niechęć, by pomagać osobie, której problem wynika ze słabości jej charakteru. (PS1002M1)

W konsekwencji leczenie może być postrzegane jako niepotrzebne, gdyż w odbiorze społecznym silna wola wystarczy, by poradzić sobie z problemem. Niektórzy nie wierzą, że terapia może przynieść pozytywne rezultaty, bo osoba z zaburzeniami hazardowymi, gdyby tylko miała taką wolę, poradziłaby sobie z problemem samodzielnie.

Po pierwsze, inni ludzie nie rozumieją, że to jest choroba i nie wierzą w sukcesy terapii. Spotkałem się również z opiniami, że to strata pieniędzy, że leczenie nie działa, że wystarczy silna wola. (H2204M1)

Postrzeżenie przez „zorientowanych” i „normalsów”

Jedna z osób z zaburzeniami hazardowymi podkreśliła, że postrzeżenie osób z zaburzeniami hazardowymi i podejmowania przez nie leczenia uzależnione jest od tego, czy osoby dokonujące oceny są zorientowane w tematyce uzależnień, czy zetknęły się osobiście z tym problemem. Takie osoby, w opinii badanego, są bardziej życzliwe wobec osób podejmujących leczenie i pozostają w opozycji do osób, które charakteryzuje stereotypowe postrzeżenie osób z zaburzeniami hazardowymi. Te ostatnie mogą żywić negatywne odczucia w stosunku do osób z zaburzeniami hazardowymi.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi będą inaczej postrzegane przez osoby znające ten problem. Te osoby mogą mieć kogoś uzależnionego w rodzinie lub kogoś znajomego i mają wiedzę na ten temat. Inaczej osoby niemające w ogóle pojęcia na ten temat. Uważam, że takie osoby to raczej czują niechęć. Takie osoby raczej wrogo patrzą na osobę z zaburzeniami hazardowymi. Osoby, które znają ten problem chociaż trochę, to raczej trzymają kciuki za powodzenie leczenia i czasami też się zapytają, jak tam leci. (H2204M1)

Powyższą opinię potwierdzają wypowiedzi świadczące o tym, że poddanie się leczeniu jest postrzegane pozytywnie głównie przez rodzinę i przyjaciół. Osoba z zaburzeniami hazardowymi, która podjęła leczenie, może liczyć na słowa wsparcia ze strony najbliższych. Rodzina i przyjaciele, ale także pracodawca mogą stanowić źródło wsparcia dla takiej osoby.

Mój szef wie o moim problemie, bo mu powiedziałem w momencie, kiedy podjąłem leczenie. Zaakceptował to i przyjął ze spokojem, tak że nawet byłem zdziwiony jego reakcją. Myślałem, że mnie wywali z pracy. Ale nie, zaoferował mi pomoc, pozytywnie mnie zaskoczył. (H1805M1)

Stygmatyzacja a decyzja o rozpoczęciu leczenia

Obawa przed naznaczeniem. Negatywne odczucia związane z podjęciem leczenia

Stygmatyzacja może być powodem, dla którego osoby z zaburzeniami hazardowymi nie podejmują leczenia. Podjęcie leczenia potwierdza posiadanie cechy, która dyskredytuje jej posiadacza w oczach innych, wymaga zaakceptowania etykiety osoby uzależnionej.

Kiedy byłem hazardzistą, ale bez diagnozy, to byłem traktowany jako taki fajny człowiek, który może coś opowiedzieć w towarzystwie, że on zna się na kartach, na kasynie i to była ciekawostka. No jest taki koleś, co to lubi sobie pograć. A potem jak zacząłem się leczyć, to człowiek z problemem, ale ja się do tego przyzwyczaiłem, ja się śmieję tylko. Wiem, że ludzie tak to traktują. (H1004M1)

Stygmatyzacja pociąga za sobą negatywne reakcje społeczne. Osoby z zaburzeniami hazardowymi, w opinii respondentów, nie podejmują leczenia z powodu obawy przed reakcjami innych. Inne odczucie, jakie żywią w związku z podjęciem leczenia, to wstyd.

Stygma może sprawiać, że osoba, która zaczyna leczenie, odczuwa strach. (PS2004M1)

Znam osoby uzależnione, które wstydzą się nie samego uzależnienia, ale leczenia. Dlatego że podczas leczenia dostają etykietę alkoholika. Podejrzewam, że ten sam mechanizm może działać w przypadku uzależnienia od hazardu. (PS1002M1)

Należy jednak podkreślić, że nie wszyscy pacjenci doświadczyli stygmatyzujących reakcji ze strony innych. Część badanych nie spotkała się bezpośrednio z negatywnymi reakcjami społecznymi ani nie wie o takich przypadkach.

Płeć

Szczególnie kobiety mogą odczuwać obawy związane z ujawnieniem problemu i podjęciem leczenia. Kobiety zwykle spotykają się z większym potępieniem z powodu uzależnienia niż mężczyźni.

Kobiety bardziej wstydzą się podjęcia leczenia niż mężczyźni. Kobiety odczuwają jeszcze większy strach przed stygmatyzacją; to jest podobnie jak w przypadku alkoholu. Kiedy mężczyzna się upije, to wywołuje to co najwyżej uśmieszek, ale kiedy upije się kobieta, to nie jest to tak liberalnie potraktowane. (T2703M2)

Rodzaj pomocy/leczenia

Pracownicy socjalni zauważyli, że korzystanie z pomocy społecznej może być szczególnie stygmatyzujące, gdyż w powszechnej świadomości oferta tej instytucji kierowana jest do osób o niskim statusie społecznym, obarczonych wielorakimi problemami. Poza tym w małych społecznościach trudno jest utrzymać korzystanie z pomocy socjalnej w tajemnicy.

Ludzie mogą myśleć, że pomoc społeczna pomaga ludziom obciążonym poważnymi dysfunkcjami. Obawiają się, że jeśli będą korzystali z pomocy społecznej, będą gorzej postrzegani w swojej społeczności. Pójście do specjalistycznego centrum może być łatwiejsze, bo tam łatwiej jest klientowi pozostać anonimowym. W małych społecznościach trudno jest ukryć korzystanie z pomocy społecznej. (PSI201F1)

Podobnie leczenie psychiatryczne może być obciążone większą stygmatą w porównaniu z innymi formami leczenia. Osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się, że będą postrzegane jak osoby z zaburzeniami psychicznymi i dotknie ich jeszcze większa stygmatyzacja niż ta wynikająca z uzależnienia.

Leczenie psychiatryczne w sposób oczywisty stygmatyzuje. Jest to związane z faktem, że pacjent musi pójść do poradni i ktoś go tam może zobaczyć. Ta osoba natomiast nie wie, czy przychodzi z problemem schizofrenii, czy z powodu alkoholu, czy narkotyków. (POZI604K1)

Pacjenci odmawiają przyjmowania zwolnień lekarskich wydanych przez lekarzy psychiatrów, gdyż obawiają się ujawnienia faktu korzystania z opieki psychiatrycznej. Tymczasem pacjentom zależy na utrzymaniu tego w tajemnicy. Szczególnie dbają, żeby nikt się nie dowiedział w ich miejscu zatrudnienia.

Jest coś takiego w naszym społeczeństwie, że ludzie nie chcą, by zwolnienie lekarskie było wystawione przez psychiatrę. Miałem pacjenta, który przyniósł mi potwierdzenie diagnozy zaburzeń hazardowych od psychiatry z prośbą o wypisanie zwolnienia. Ludzie nie chcą stempla psychiatry, bo obawiają się, że ich problem będzie utożsamiany z zaburzeniem psychicznym. Nie chcą, żeby w pracy ktoś się o tym dowiedział. (POZ0403F1)

Rola leczenia w radzeniu sobie ze stygmatyzacją

Niektórzy profesjonaliści dostrzegają potrzebę osłabienia samostygmatyzacji pacjentów i na początku terapii wspierają pacjentów, by mogli lepiej poradzić sobie z poczuciem winy i wstydu. Są przekonani, że przedefiniowanie przez pacjenta własnych problemów i popatrzenie na nie z perspektywy medycznej, a nie moralnej, pozwala mu na utrzymanie się w terapii.

W momencie rozpoczęcia terapii musimy jakoś pracować z poczuciem winy u pacjenta. Kiedy zrozumie, że nie jest złym człowiekiem, a jego zachowanie wynika z choroby, i kiedy zobaczy, że terapia jest jego szansą na lepsze życie, to utrzyma się w terapii. (PS2004M1)

Potwierdza to jeden z respondentów, który w trakcie terapii dowiedział się więcej o zaburzeniach hazardowych i pozwoliło mu to przynajmniej częściowo pozbyć się poczucia winy. Przestał negatywnie myśleć o sobie, zwiększyło się jego poczucie własnej wartości.

Terapia pomogła mi w zaakceptowaniu, że uzależnienie jest chorobą. Pomogła popatrzeć na problem nie w kategoriach moralnych, że to coś złego, bo tak to było oceniane przez najbliższych. Byłem postrzegany jako idiota, kretyn, który traci pieniądze, lub jako ktoś zły, kto oszukuje i wyłudza pieniądze. Ale to niestety konsekwencje tej choroby. I miałem duży problem, żeby zaakceptować siebie jako kogoś, kto jest chory. Pomogła mi w tym terapia. (H3003M1)

Omówienie wyników

Badanie wykazało, że w opinii respondentów podjęcie leczenia jest negatywnie postrzegane przez osoby, które problem hazardowy traktują jako konsekwencję niedostatków charakterologicznych. Społeczeństwo, w opinii respondentów, może obarczać osoby z zaburzeniami hazardowymi odpowiedzialnością za ich problemy; uważać, że są one konsekwencją stylu życia i jednostkowego wyboru. Prowadzone dotychczas badania wykazały, że negatywne stereotypy dotyczące osób z zaburzeniami hazardowymi, a szczególnie przekonanie, że osoby te ponoszą osobistą odpowiedzialność za zaburzenia związane z uprawianiem hazardu, mogą się znacząco przyczyniać do stygmatyzacji tych osób [9, 17]. Przekonanie to może się przekładać na odmawianie osobom z zaburzeniami hazardowymi prawa do leczenia [18, 19]. Omawiane badanie pokazuje, że w opinii respondentów nie tylko społeczeństwo, ale także profesjonalści mogą obwiniać osoby z zaburzeniami hazardu za ich sytuację życiową. Tymczasem ich stygmatyzujące postawy mogą wpływać na wyniki leczenia [32, 33, 36, 37].

Jednakże reakcje na fakt, że ktoś rozpoczął leczenie, mogą być również pozytywne, a osoba z zaburzeniami hazardowymi może uzyskać wsparcie rodziny lub pracodawcy. Decyzja o podjęciu leczenia może sprawić, że osoba z zaburzeniami hazardowymi będzie lepiej postrzegana przez innych – jako ktoś, kto podejmuje kroki w celu uporania się z problemem. Pozytywne opinie są charakterystyczne głównie dla osób z bliskiego kręgu osoby z zaburzeniami hazardowymi, które zgodnie z terminologią Goffmana są „zorientowane” [5]. Według Goffmana osoby, które miały bezpośredni kontakt ze stygmatyzowanymi osobami, mają zwykle wobec nich bardziej przyjazny stosunek niż reszta „normalsów”. Są one zaznajomione ze szczegółami życia osób ze stygmatyzacją i są przychylnie nastawione wobec nich. „Zorientowany”, utrzymując kontakt ze stygmatyzowanymi osobami, częściowo dzieli ich los. Wynik ten jest zgodny z wynikami innych badań dokumentujących,

że przyjaciele i członkowie rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi wykazują mniej stygmatyzujących postaw [17, 38].

Często leczenie oznacza konieczność stawienia czoła stygmatyzacji. Przed rozpoczęciem leczenia można ukrywać zaburzenia hazardowe, co wiele osób czyni, obawiając się stygmatyzacji [22, 28]. Po podjęciu leczenia zmiana statusu z osoby „dyskredytowalnej” na „zdyskredytowaną” wydaje się nieunikniona. Unikanie stygmatyzacji jest najważniejszą przyczyną powstrzymującą przed podjęciem leczenia [14]. Według respondentów osoba z zaburzeniami hazardowymi może spotkać się z potępieniem i utratą zaufania, które trudno odzyskać pomimo podjęcia leczenia. Ludzie w trakcie leczenia, a nawet po jego zakończeniu wciąż muszą się mierzyć ze stygmatyzacją [39]. Takie doniesienia pochodzą z badań prowadzonych w populacji osób nadużywających substancji (chodzi o osoby nadużywające metamfetaminy [40], użytkowników dożylnych i użytkowników leków przeciwdepresyjnych [41]).

Jak pokazało niniejsze badanie, szczególnie kobiety mogą się obawiać ujawnienia problemu i poszukiwania leczenia, ponieważ zazwyczaj spotykają się z większym potępieniem społecznym w związku z uzależnieniem. Przypuszcza się, że kobiety są i czują się mocniej stygmatyzowane z powodu zaburzeń hazardowych, gdyż ich problemy interpretowane są jako niepowodzenie w pełnieniu tradycyjnych ról społecznych [12]. Chociaż kobiety w Australii uprawiają hazard równie często jak mężczyźni, uważa się, że są bardziej narażone na stygmatyzację za uprawianie hazardu, ponieważ hazard jest powszechnie uznawany za część męskiej kultury [26]. To uprzedzenie wydaje się szczególnie silne w wypadku problemowego hazardu. Kobiety są uznawane za nieodpowiedzialne i samolubne w związku ze zidentyfikowanymi u nich zaburzeniami hazardowymi [42–44].

W opinii profesjonalistów bardziej narażone na stygmatyzację są osoby korzystające z opieki społecznej i opieki psychiatrycznej w porównaniu z osobami, które leczą się w wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie chcą być kojarzone czy identyfikowane z klientami tych instytucji. Nawet jeśli osoby z zaburzeniami hazardowymi zdecydują się skorzystać z opieki psychiatrycznej, to odmawiają przyjęcia zwolnienia lekarskiego, by ukryć swoją wizytę w placówce. Inne badania również potwierdzają, że konsultacja psychiatryczna niesie ze sobą ryzyko stygmatyzacji [45]. Chociaż stygmatyzacja nie dotyczy tylko osób z zaburzeniami psychicznymi, to są one bardziej narażone na negatywne reakcje społeczne niż osoby z innymi zaburzeniami [46].

Omawiane badanie pokazało, że leczenie pozwala pozbyć się poczucia winy przez zdobycie wiedzy, że zaburzenia hazardowe są chorobą, a nie konsekwencją słabości charakteru. Jeden z pacjentów wyznał, że przed leczeniem przypisywał wystąpienie zaburzeń hazardowych niedostatkowi charakterologicznym. Tak więc przyjrzenie się zakłopotaniu klienta, jego wstydu i obawie przed stygmatyzacją na wczesnych etapach leczenia może być ważnym elementem terapii hazardowej [47]. Podjęcie problemu stygmatyzacji na wczesnych etapach leczenia może się przyczynić do poprawy ciągłości leczenia. Terapeuci lub inni specjaliści powinni być świadomi swoich uprzedzeń i zachowywać nieosądzającą postawę wobec swoich klientów, ponieważ ich stygmatyzujące postawy mogą wpływać na wyniki leczenia [32, 33, 36, 37]. Jak poka-

zuje niniejsze badanie, niektórzy specjaliści są tego świadomi i na początku leczenia starają się osłabić poczucie winy pacjentów, co może się przyczynić do utrzymania się przez nich w leczeniu.

Strategie, które mają na celu ograniczenie samostygmatyzacji, zostały wypracowane na polu zaburzeń psychicznych, ale mogą być również użyteczne w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Polegają one w dużej mierze na wzmocnieniu osobistych zasobów pacjenta, tak by lepiej radził sobie z piętnem [30]. Zdecydowanie brakuje badań diagnozujących, w jaki sposób terapeuci i ich klienci radzą sobie z problemem stygmatyzacji podczas leczenia zaburzeń hazardowych [48]. Proponowane strategie mają w dużej mierze charakter ogólny i odnoszący się do ogólnie znanych kanonów pracy terapeutycznej.

Zmiana negatywnego wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi przez edukowanie na temat zaburzeń hazardowych powinna się przyczynić do mniejszej stygmatyzacji i samostygmatyzacji osób z zaburzeniami hazardowymi, co może ułatwiać im decyzję o podjęciu leczenia [25, 27, 49].

Jeśli chodzi o ograniczenia badania, to uczestniczyły w nim wyłącznie osoby, które leczyły się z powodu hazardu, a więc nie uwzględniono perspektywy osób spoza systemu opieki. Badania jakościowe zapewniają lepsze zrozumienie problemu, ale nie zapewniają reprezentatywności danych. Ponadto na dane łatwiej wpływają osobiste uprzedzenia badacza. Efekt ten został wzięty pod uwagę w omawianym projekcie i podjęto próbę jego osłabienia przez zaangażowanie w analizę danych dwóch doświadczonych naukowców, którzy wykonywali swoją pracę niezależnie. Ewentualne różnice w kodowaniu danych były przez badaczy za każdym razem dyskutowane. Ta procedura pomaga w uwzględnieniu wszystkich kategorii badawczych i zapewnia podobne rozumienie danych.

W aktualnym badaniu wzięto pod uwagę wypowiedzi osób z zaburzeniami hazardowymi i osób pracujących z nimi. Ludzie z zaburzeniami hazardowymi mogą wstydzić się mówić o pewnych formach dyskryminacji, czasem mogą nie zdawać sobie z nich sprawy, traktować je jako zasłużone lub je pomniejszać. Specjaliści z racji wykształcenia mogą być bardziej świadomi różnych aspektów stygmatyzacji, a także mogą mieć bardziej obiektywny ogląd sytuacji. Z drugiej strony raczej nierealistyczne są oczekiwania, że będą otwarcie mówić o własnych uprzedzeniach lub stereotypowym postrzeganiu osób z zaburzeniami hazardowymi. Wykorzystanie różnego rodzaju źródeł danych (wypowiedzi pacjentów i profesjonalistów), by odpowiedzieć na pytania badawcze, może poprawić zrozumienie danego zjawiska przez dostarczenie różnych perspektyw, a także sprawić, że temat zostanie bardziej wyczerpująco opisany [50].

Wnioski

Badanie wykazało, że w opinii respondentów leczenie jest negatywnie postrzegane przez osoby, które wystąpienie problemu hazardowego przypisują niedostatkom charakterologicznym osób nim dotkniętych. Społeczeństwo, w opinii respondentów, może obarczać odpowiedzialnością osoby z zaburzeniami hazardowymi za ich problemy, uważać, że osoba z zaburzeniami hazardowymi może rozwiązać swój problem bez

leczenia, wystarczy silna wola i chęć zmiany. Wskazuje to na potrzebę edukowania społeczeństwa, czym są zaburzenia hazardowe, co może się w konsekwencji przyczynić do zmniejszenia stygmatyzacji i ułatwić zainteresowanym osobom podjęcie leczenia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą liczyć na wsparcie rodziny, a także pracodawcy. Jednak jak dotychczas brakuje badań, na czym konkretnie takie wsparcie polega i jaką rolę odgrywa w procesie zdrowienia.

Piśmiennictwo

1. Horch JD, Hodgins DC. *Public stigma of disordered gambling: Social distance, dangerousness, and familiarity*. J. Soc. Clin. Psychol. 2008; 27(5): 505–528. doi: 10.1521/jscp.2008.27.5.505.
2. Hing N, Holdsworth L, Tiyce M, Breen H. *Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions*. Int. Gambl. Stud. 2014; 14(1): 64–81. doi.org/10.1080/14459795.2013.841722.
3. Tavares H, Martins SS, Zilberman ML, El-Guebaly N. *Gamblers seeking treatment: Why haven't they come earlier?* Addict. Disord. Their. Treat. 2002; 1(2): 65–69. doi:10.1097/00132576-200206000-00005.
4. Kudlińska I. *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*. Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica 2011; 38: 51–72.
5. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1963.
6. Crocker J, Major B, Steele C. *Social stigma*. W: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G red. *The handbook of social psychology*, t. 2, 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc.; 1998. S. 505–553.
7. Link BG, Phelan JC. *Conceptualising stigma*. Annu. Rev. Sociol. 2001; 27: 363–385. doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363
8. Dhillon J, Horch JD, Hodgins DC. *Cultural influences on stigmatization of problem gambling: East Asian and Caucasian Canadians*. J. Gambl. Stud. 2011; 27(4): 633–647.
9. Feldman DB, Crandall ChS. *Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?* J. Soc. Clin. Psychol. 2007; 26(2): 137–154.
10. Horch JD, Hodgins DC. *Stereotypes of problem gambling*. J. Gambl. Issues 2013; 28: 1–19.
11. Hing N, Russell A, Nuske E, Gainsbury S. *The stigma of problem gambling: Causes, characteristics and consequences*. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation; 2015.
12. Hing N, Nuske E, Gainsbury S, Russell A. *Perceived stigma and self-stigma of problem gambling: Perspectives of people with gambling problems*. Int. Gambl. Stud. 2016; 16(1): 31–48. doi:10.1080/14459795.2015.1092566
13. Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. *Social psychology of the stigma of mental illness: Public and self-stigma models*. W: Maddux J, Tangney J red. *Social psychology foundations of clinical psychology*. New York: The Guilford Press; 2010. S. 51–70.
14. Corrigan PW. *How stigma interferes with mental health care*. Am. Psychol. 2004; 59(7): 614–625. Doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.

15. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Wells M. *Self-stigma in people with mental illness*. Schizophr. Bull. 2007; 33(6): 1312–1318. DOI: 10.1093/schbul/sbl076.
16. Carrol A, Rodgers B, Davidson T, Sims S. *Stigma and help-seeking for gambling problems*. Canberra: Australian National University; 2013.
17. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. *Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness*. Schizophr. Bull. 2001; 27(2): 219–225.
18. CBOS. *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej CBOS; 2015.
19. Konkoly Thege B, Colman I, el-Guebaly N, Hodgins DC, Patten SB, Schopflocher D i wsp. *Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study*. Addict. Behav. 2015; 42: 24–31.
20. Evans L, Delfabbro PH. *Motivators for change and barriers to help-seeking*. J. Gambl. Stud. 2005; 21(2): 133–155.
21. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. *Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature*. J. Gambl. Stud. 2009; 25(3): 407–424.
22. Hodgins DC, el-Guebaly N. *Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers*. Addiction 2000; 95(5): 777–789.
23. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. *Professional help-seeking for gambling problems: Aversion, barriers and motivators for treatment*. J. Gambl. Stud. 2014; 30(2): 503–519.
24. Dąbrowska K, Moskalewicz J, Wiecek L. *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(2): 487–503.
25. Hing N, Nuske E, Gainsbury S, Russell A, Breen. *How does the stigma of problem gambling influence help-seeking, treatment and recovery? A view from counselling sector*. Int. Gambl. Stud. 2016. DOI: 10.1080/14459795.2016.1171888.
26. Delfabbro P. *Australasian gambling review*, 5th ed. Adelaide: Independent Gambling Authority; 2012.
27. Vogel D, Wade N, Haake S. *Measuring self-stigma associated with seeking psychological help*. J. Counsel. Psychol. 2006; 56(3): 325–337.
28. Hing N, Nuske E, Gainsbury S. *Gamblers at risk and their help-seeking behaviour*. Melbourne: Gambling Research Australia; 2012.
29. Reith G, Dobbie F. *Lost in the game: Narratives of addiction and identity in recovery from problem gambling*. Addict. Res. Theory 2012; 20(6): 511–521. DOI: 10.3109/16066359.2012.672599.
30. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan P. *Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature*. Psychiatr. Serv. 2012; 63(10): 974–981.
31. Anderson M. *Spoiled identity: Problem gamblers and the moral management of stigmatized identities through moral agency*. Calgary, AB: Unpublished PhD thesis; 2014.
32. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. *Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades*. Br. J. Psychiatry 2013; 203(2): 146–151. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.122978.
33. Griffiths K. *Consumer and career experiences of stigma from mental health and other health professional*. Canberra: Mental Health Council of Australia; 2011.
34. Yang LH, Kleinmen A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good, B. *Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory*. Soc. Sci. Med. 2007; 64(7): 1524–1535.

35. Guest G, MacQueen K, Namey E. *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012.
36. Wahl OF, Aroesty-Cohen E. *Attitudes of mental health professional about mental illness: A review of the recent literature*. J. Community Psychol. 2010; 38(1): 49–62. DOI: 10.1002/jcop.20351
37. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. *Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications*. Harv. Rev. Psychiatry 2006; 14(5): 249–256.
38. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. *Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(7): 953–958.
39. Kreek MJ. *Extreme marginalization: Addiction and other mental health disorders, stigma, and imprisonment*. Ann. N Y Acad. Sci. 2011; 1231(1): 65–72.
40. Semple SJ, Grant I, Patterson TL. *Female methamphetamine users: Social characteristics and sexual risk behavior*. Women Health 2005; 40(3): 35–50.
41. Luoma J, Twohig M, Waltz T, Hayes S, Roget N, Padilla M i wsp. *An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse*. Addict. Behav. 2007; 32(7): 1331–1346.
42. Casey E. *Domesticating gambling: Gender, caring and the UK National Lottery*. Leisure Studies 2006 25(1): 3–16.
43. Holdsworth L, Hing N, Breen H. *Exploring women's problem gambling: A review of the literature*. Int. Gambl. Stud. 2012; 12(2): 199–213.
44. Piquette-Tomei N, Norman E, Dwyer SC, McCaslin E. *Group therapy for women problem gamblers: A space of their own*. J. Gambl. Issues 2008; 22: 275–296.
45. Tyszkowska M, Podgrodzka M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(6): 1011–1022.
46. Socall D, Holtgraves T. *Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs*. Sociol. Q. 1992; 33(3): 435–445.
47. Dunn KI, Delfabbro P, Harvey P. *A preliminary, qualitative exploration of the influences associated with drop-out from cognitive-behavioral therapy for problem gambling: An Australian perspective*. J. Gambl. Stud. 2011; 28(2): 253–272. DOI: 10.1007/s10899-011-9257-x
48. Hing N, Russell A, Nuske E, Gainsbury S. *The stigma of problem gambling: Causes, characteristics and consequences*. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation; 2015.
49. Cunningham J. *Little use of treatment among problem gamblers*. Psychiatr. Serv. 2005; 56(8): 1024–1025.
50. Barbour RS. *Checklists for improving rigor in qualitative research: A case of the tail wagging the dog?* BMJ 2001; 322(7294): 1115–1117.

Adres: Katarzyna Dąbrowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: dabrow@ipin.edu.pl

Otrzymano: 13.06.2019
Zrecenzowano: 15.07.2019
Otrzymano po poprawie: 16.09.2019
Przyjęto do druku: 16.09.2019