LXXV. ÉVFOLYAM 23. SZÁM 2621–2912. OLDAL 2025. december 23.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTÉRIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ
Személyi rész

II. RÉSZ
Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

2025. évi LXXXV. törvény a Magyarország 2024. évi központi költségvetéséről szóló 2023. évi LV. törvény végrehajtásáról (kivonatos közlés) 2622

383/2025. (XII. 8.) Korm. rendelet egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról 2635

1516/2025. (XI. 28.) Korm. határozat a Gyógyszertámogatás kiadásai jogcímcsoport év végi kifizetéseinek biztosításához szükséges intézkedésekről 2637

III. RÉSZ
Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

45/2025. (XI. 28.) BM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról 2639

46/2025. (XI. 28.) BM rendelet a képalkotó vizsgálatokkal kapcsolatos egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról 2641

48/2025. (XII. 8.) BM rendelet egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról 2709

24/2025. (XII. 5.) BM utasítás az Országos Kórházi Főigazgatóság szervezeti és működési szabályzatáról szóló 13/2024. (VI. 20.) BM utasítás módosításáról 2740

IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a cisztás fibrózis diagnosztikájáról, terápiájáról és gondozásáról 2753

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szerencsejáték-használati zavarról és kezeléséről 2843

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a várandósok gyógyszertárakban végzett gyógyszerbiztonsági ellenőrzéséről és gyógyszerészi gondozásáról 2873

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar közleménye Manuális medicina tanfolyam meghirdetéséről 2910

VI. RÉSZ
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ
Vegyes közlemények

Pályázati hirdetmény betölthető állásokra 2911

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szerencsejáték-használati zavarról és kezeléséről

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 002347
Érvényesség időtartama: megjelenést követő 3 évig

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Addiktológia Tagozat**
   Dr. Szemelyácz János, pszichiátria, addiktológia szakorvosa, pszichoterapeuta, elnök, kapcsolattartó, társszerző
2. **Pszichiátria Tagozat**
   Dr. Réthelyi János, pszichiátria, klinikai genetika szakorvosa, pszichoterapeuta, elnök
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök
   Fejlesztő munkacsoport tagjai:
   Dr. Kapitány-Fövény Máté, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző
   Dr. Farkas Judit, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Dr. Andó Bálint, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző
   Köves Cecília, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Batal Brigitta Aishah, pszichológus, társszerző
   Kormány Adrienn, pszichológus, társszerző
   Dr. Lázár Bence András, pszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Ápolás, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, egészségfejlesztési szakember, elnök, véleményező
2. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező
3. **Neurológia Tagozat**
   Dr. Óváry Csaba, neurológus, vascularis neurológia szakorvosa, elnök, véleményező
4. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) tagozat**
   Lőrinczi Orsolya Éva, védőnő, okleveles szakvédőnő – területi szakvédőnő specializáció (MSc), elnök, véleményező
5. **Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan**
   Dr. Szabados György, igazságügyi orvostan, egészségbiztosítás szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete
Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
1. Magyar Addiktológiai Társaság
2. Magyar Pszichiátriai Társaság
3. Magyar Pszichológiai Társaság

Független szakértő(k):
Dr. Berczik Krisztina, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	a szerencsejáték-használati zavarral kapcsolatos diagnosztikai és kezelési kérdések.
Ellátási folyamat szakasza(i):	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés.
Érintett ellátottak köre:	szerencsejáték-használati zavarral küzdő felnőttek.
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1804 pszichiátriai rehabilitáció 1805 pszichoterápia 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7302 pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné 0900 neurológia
Ellátási forma:	A1 alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás – nappali kórházi ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint
Egyéb specifikáció:	az egészségügyi és szociális szolgáltatások olyan más területei, ahol a szerencsejáték-használati zavarban érintett kliensek megfordulhatnak, ideértve például a családsegítő szolgálatokat, a mentálhigiénés tanácsadást, illetve a rehabilitációs intézményeket.

V. MEGHATÁROZÁSOK

1. **Fogalmak**

eHealth és mHealth: az eHealth gyűjtőfogalma olyan elektronikus egészségügyi megoldásokat takar, amelyek digitális technológiák, például számítógépek, internet és adatbázisok segítségével támogatják az egészségügyi ellátást, az adminisztrációt és a betegkommunikációt. Idetartoznak például az online orvosi konzultációk, az egészségügyi adatok tárolása és elemzése, valamint a telemedicina. Ezen fogalom alkategóriájaként értelmezhető az mHealth (mobile health), mely a hordozható okoseszközökön, például okostelefonokon és tableteken keresztül nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat és alkalmazásokat foglalja magában. Idetartozhatnak a különböző egészségügyi applikációk, a viselhető eszközök (például okosórák, fitneszpántok) és az SMS-alapú egészségügyi támogatás.

Go/No-Go és Stop-signal feladatok: a kognitív és neuropszichológia területén gyakran alkalmazott tesztek, melyek elsősorban az impulzuskontrollt és a végrehajtó funkciókat vizsgálják. A Go/No-go paradigma esetén a résztvevőnek egy adott ingerre (Go) gyorsan kell reagálnia, míg egy másik inger esetén (No-Go) tartózkodnia kell a válaszadástól. Ez a feladat az inhibíciós, vagyis gátló kontroll mérésére szolgál. A Stop-signal feladat esetén a résztvevőnek szintén egy megadott ingerre kell reagálnia, de bizonyos esetekben egy késleltetett stop jel érkezik, amely jelzi, hogy a már elindított választ meg kell szakítani. Ez a feladat különösen a válaszgátlás és a reakcióidő vizsgálatára alkalmas.

Iowa Gambling Task: a kognitív pszichológia/neuropszichológia területén szintén széles körben alkalmazott tesztfeladat, mely kiemelten a következő jellemzőket vizsgálja: impulzivitás és kockázatvállalás, döntéshozatali stratégiák, egyes neurológiai zavarok.

Kognitív viselkedés terápia (CBT): időhatáros, tudományos bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer, mely a páciens diszfunkcionális hiedelmeinek, gondolkodásának és viselkedésének módosításával a hangulat és magatartás kedvező változását éri el.

Minnesota Modell: a beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbelátás), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. A kezelés során fontos szerepet kap a multiprofesszionális szemlélet, az önsegítő csoportok felépülési programja, a csoportterápia, valamint a tapasztalati szakértők terápiás munkába való bevonása.

Pszichoedukáció: a páciensnek és családtagjainak szakszerű, de közérthető felvilágosítása a betegség lényegéről (többek között a korai figyelmeztető tünetekről és azok folyamatos monitorozásának szükségességéről), a betegség kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás alternatívákról, a terápiák esetleges mellékhatásairól.

2. Rövidítések

ADHD: attention deficit hyperactivity disorder / figyelemhiányos hiperaktivitás zavar
BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CBT: Cognitive Behavioural Therapy / kognitív viselkedés terápia
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve
GA: Gamblers Anyonymous / Anonim Szerencsejátékosok
NICE: National Institute for Health and Care Excellence / Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
OLAAP: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network / Skót Kollégiumközi Irányelvfejlesztési Hálózat
SZHZ: Szerencsejáték-használati zavar
TFP: Transference-Focused Therapy / áttétel-fókuszú pszichoterápia
WHO: World Health Organization / Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

A jelen egészségügyi szakmai irányelvben a bizonyítékok szintje a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján került meghatározásra. [1]

A bizonyítékok szintje részletezve [1]:

Bizonyítékok szintje	Magyarázat
1. szint	Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), dupla vak, randomizált, placebokontrollos vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
2. szint	Az eredmény(ek) legalább egy DB-RCT-ből származik (származnak), amely(ek) placebo- vagy aktívszer-kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
3. szint	Az eredmények prospektív, nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.
4. szint	Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből („expert opinion") származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Ajánlás szintje	Ajánlás magyarázata
Erős ajánlás	a fejlesztőcsoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *egyértelműen* meghaladják a hátrányokat.
Feltételes ajánlás	a fejlesztőcsoport meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *feltehetően* meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „*erős ajánlás*" megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (például az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.

Elsőként választandó: 1-es vagy 2-es szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Másodikként választandó: 3-as vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Harmadikként választandó: 4-es vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Nem ajánlott: 1-es vagy 2-es szintű, a hatástalanság mellett szóló bizonyítékok állnak rendelkezésre.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A szerencsejáték-használati zavar mind népegészségügyi, mind az érintett egyén és hozzátartozói életminősége és kilátásai szempontjából értelmezett súlyosságát jól jelzi, hogy ez volt az első olyan viselkedési addikció, mely a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) legutóbbi, 5. revíziójában az addiktológiai zavarok közé került [2]. E döntés mögött azon klinikai tapasztalatok és empirikus vizsgálati eredmények jelentős ismeretanyaga állt, mely alapján elmondható, hogy a szerencsejáték-használati zavar és a szerhasználati zavarok között számos epidemiológiai (lásd például: magas komorbiditás), etiológiai és tünettani átfedés feltételezhető [3].

Maga a szerencsejátékkal összefüggő tevékenység hazánkban is elterjedt magatartási formának tekinthető: a 2019-es, a felnőtt lakosság körében végzett reprezentatív mintás Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) vizsgálat például 67,6%-os (teljes minta), illetve 80%-os (csak konzisztens válaszokat adók körében) életprevalencia-értéket azonosított erre vonatkozóan [4]. A problémás és patológiás esetek becsült aránya ennél természetesen jóval alacsonyabb. Egy, az elérhető nemzetközi szakirodalom szisztematikus áttekintése mellett végzett metaanalízis eredményei szerint globális viszonylatban a felnőtt népesség 8,7%-a (95%-os konfidencia-intervallum: 6,6–11,3%) tekinthető a problémás szerencsejáték szempontjából kockázati csoportba tartozónak, míg 1,41% (95%-os konfidenciaintervallum: 1,06–1,84%) teljesíti a problémás szerencsejáték kritériumait [5]. Ezen metaanalízis a hazai adatokra vonatkozóan még egy korábbi, 2009-es OLAAP-kutatás eredményeit vette alapul [6], mely alapján a vizsgált minta 1,9%-a volt problémás és 1,4%-a patológiás szerencsejáték-használattal jellemezhető. A 2019-es OLAAP-adatok értelmében a vizsgálatot megelőző évben is szerencsejátékozó válaszadók (a minta 29,3%-a) körében a problémás szerencsejáték 9,2%-ánál fordult elő. Ezen belül 4,3% alacsony, 2,5% közepes súlyosságú, míg 2,3% kifejezetten problémás használati kockázattal volt jellemezhető. Az érintett férfiak és nők között szignifikáns eltérés mutatkozott: a közepesen súlyos és kifejezetten problémás kockázati csoportba sorolt válaszadók aggregált kategóriája a férfiak 7,1%-ára, míg a nők 3%-ára volt jellemző [7].

A jelen egészségügyi szakmai irányelvben a jelenség/probléma megnevezésére a szerencsejáték-használati zavart alkalmazzuk, melyre vonatkozóan, és főként az önálló diagnosztikai kategóriaként való elismerést megelőzően, egyes szakirodalmi források súlyosabb eseteknél a „patológiás szerencsejáték" terminust alkalmazták ekvivalens vagy legalábbis közel ekvivalens kifejezésként. A szerencsejáték-használati zavar kifejezést elsősorban nem diagnosztikai formulaként használjuk (tekintettel arra, hogy a különböző klasszifikációs rendszerek eltérő terminológiát alkalmaznak), hanem a következetesség érdekében, hogy végig egységes módon hivatkozzunk a zavarra. A BNO és

DSM rendszerekben megjelenő eltérő megnevezésekről a jelen egészségügyi szakmai irányelv *1.2. Szerencsejáték-használati zavar – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika* alpontjában bővebben is írunk.

A szerencsejáték-használati zavar ártalmas következményei között említhetjük a súlyos depresszív epizódok magasabb arányát, a szorongásos és szerhasználati zavarok kialakulását vagy súlyosbodását, az impulzív döntéshozatali mechanizmusok térnyerését, az eladósodással összefüggő jogsértések magasabb kockázatát, a munkahelyi produktivitás drasztikus csökkenését, az interperszonális kapcsolatokban bekövetkező jelentős károkat [8], illetve az emelkedett szuicid kockázatot. Ez utóbbi kapcsán az elérhető metaanalitikus becslések alapján az érintettek körében 31,6%-os (95%-os konfidenciaintervallum: 29,1–34,3%) a szuicid ideáció és 13,2% (95%-os konfidenciaintervallum: 11,3–15,5%) a tényleges szuicid kísérlet élettartam prevalenciája, mely így, a szerencsejáték-használati zavarban nem érintett populációhoz képest közel 3-szoros szuicid rizikót jelent [9].

A szerencsejáték-használati zavar társadalmi/gazdasági terhei szintén jelentősek, igaz, ezzel összefüggésben meglehetősen kevés elérhető tudományos bizonyíték áll rendelkezésre. A publikált becslések alapján elsősorban a szerencsejáték-használati zavar mellett komorbid jelleggel megjelenő egyéb mentális zavarok (például: hangulatzavarok, szorongásos zavarok, szerhasználati zavarok) kapcsán megfigyelt kezelési költségek, valamint a kriminalitással és a betegségköltségekkel összefüggő egyéb költségek jelentik a kiindulási alapot. A szerencsejáték-használati zavarral is diagnosztizált kliensek esetén, így például a Massachusetts államban (Egyesült Államok) kezeltek körében 2012-ben közel 10 000 amerikai dollár (USD) volt a kliensre jutó átlagos éves összes egészségügyi kiadás [10], míg 2018-ban, Dániában a becsült közvetlen költségek 2,9 millió eurónak megfelelő összeget, illetve 13,2 millió eurónak megfelelő közvetett költséget tettek ki ezen betegpopulációban [11]. Egy szintén 2018-ra, de Svédországra vonatkozó becslés szerint a problémás szerencsejáték társadalmi költségei 1,42 milliárd eurót tettek ki, ami a bruttó hazai termék (GDP) 0,30%-ának felelt meg. A közvetlen költségek az összes költségnek 13%-át, míg a közvetett költségek az összes költség több mint felét (59%) tették ki. A társadalmi költségek több mint kétszer akkorák voltak, mint a szerencsejátékokból származó adóbevételek [12].

Tekintettel arra, hogy milyen komplex – nemcsak egyéni és családi, de rendszerszintű – problémakörről van szó, egyre relevánsabbá válik annak felismerése, hogy (hasonlóképpen más addikciók érdemi megelőzéséhez és kezeléséhez) az individuális terápiás megközelítés mellett közegészségügyi szinten is új lépések megtétele szükséges. Egy, az elérhető népegészségügyi megközelítéseket összegző tanulmány [13] értelmében a szerencsejáték-használati zavar rendszerszintű prevenciója és kezelése a legtöbb országban még nem manifesztálódik átfogó politikai cselekvések formájában, miközben 2018–2021 között azért egyes országokban jelentős szerencsejáték-szabályozási változásokat vezettek be a jogszabályok szintjén. A jellemző gyakorlat mindezzel együtt továbbra is az, hogy a joghatóságok a problémás/patológiás szerencsejátékot ugyan elismerik mentális zavarként, ennek ellenére szinte kizárólag az egyéni szintű károkra összpontosítanak (ezen belül is az egyén felelősségét hangsúlyozva), és kevésbé veszik figyelembe a szélesebb körben értelmezhető társadalmi, gazdasági és egyéb károkat, illetve a szerencsejáték-használati zavar szociokulturális háttértényezőit.

Célok

A jelen egészségügyi szakmai irányelv több célt hivatott betölteni. Legfőbb célja, hogy egységes iránymutatást nyújtson a Magyarországon pszichiátriai és addiktológiai betegellátásban dolgozó klinikai szakpszichológusok és szakpszichológus-jelöltek, szakorvosok és szakorvosjelöltek, valamint addiktológiai konzultánsok számára, a bizonyítékokon alapuló orvoslás elveit és az elmúlt évek kutatási eredményeit a gyakorlatban igazolt tapasztalatokkal ötvözve. Emellett az irányelv célja egyértelmű útmutatót nyújtani az ellátásszervezőknek és döntéshozóknak, valamint megkönnyíteni a betegképviseleti szervezetek és civil csoportok számára az ellátási szabályok megértését.

Konkrét célok:

1. Csökkenjen a költséges kórházi felvételt igénylő esetek száma.
2. A páciensek a lehető leghosszabb ideig legyenek tünetmentesek.
3. A páciensek életminősége javuljon.
4. Csökkenjen a páciensek adósságterhe.

2. Felhasználói célcsoport

A szerencsejáték-használati zavarra és annak kezelésére vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv a felnőtt betegpopulációra vonatkozik. Célcsoportját a szerencsejáték-használat következményeiként kialakult problémák diagnosztizálásában és kezelésében részt vevő addiktológus és pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok és más segítő foglalkozásúak képezik, a háziorvos kompetenciájának

ismertetése mellett, mely elsősorban a szerencsejáték-használati zavarra vonatkozó állapotfelmérés során alkalmazható szűrőtesztek, valamint az addiktológiai ellátórendszerbe történő továbbküldési lehetőségek ismeretét jelenti. A szerencsejáték-használati zavarral küzdő kliensek gyógykezelése és gondozása addiktológiai, pszichiátriai vagy egyéb fekvőbeteg-gyógyintézetben (rehabilitációs otthonokban), drogambulanciákon, pszichiátriai gondozókban, mentálhigiénés gondozókban, szociális alap- és szakszolgálatokban történik. A szerencsejáték-használati zavarral küzdő érintettek egy nem elhanyagolható része nem kerül az addiktológiai ambulanciákra, emiatt indokolt a szakmai útmutatás kiterjesztése az egészségügyi és szociális szolgáltatások más területeire is (lásd a jelen egészségügyi szakmai irányelv III. Hatókör fejezet, Egyéb specifikáció bekezdésben tárgyalt területeit).

Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportjait* az alábbiakban specifikusabban is definiáljuk:

1. *elsősorban* mint *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnózisalkotásban és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá szakpszichológus-jelöltek és klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok,

2. *másodsorban* mint *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/diagnózisalkotás/kezelés/gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek az alábbi területekről: háziorvoslás, pszichiátriai szakápolás, neurológia, védőnő,

3. *harmadsorban* az adminisztratív, igazságszolgáltató, finanszírozó és betegirányítási szervek (Belügyminisztérium, NNGYK, bíróságok, önkormányzatok) dolgozói és a betegjogi szervezetek munkatársai,

4. *negyedsorban az érintettek*, vagyis a szerencsejáték-használati zavarral küzdő személyek és hozzátartozóik.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* az 1-es pontban felsorolt *„ellátók”* és a 2-es pontban említett *„társszakmák képviselői”* tekintetében az, hogy egységes útmutatóként szolgáljon a szakmai tevékenységükhöz; a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson a szerencsejáték-használati zavarral kapcsolatos nehézségek állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával, illetve az érintett személyeket érintő egészségpolitikai, finanszírozási, továbbá jogi/jogorvoslati döntések meghozatalában, míg a 4-es pontban felsorolt *„érintettek”* vonatkozásában az, hogy tájékoztassa őket a szerencsejáték-használati zavarral kapcsolatos nehézségek kezelésének legújabb, bizonyítékokon alapuló lehetőségeiről. Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* a civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek) vonatkozásában az, hogy szakszerű tájékoztatást nyújtson a nevesített zavar különböző aspektusairól.
Jelen diagnosztikai és terápiás egészségügyi szakmai irányelv bevezetése az alapfeltétele a szerencsejáték-használati zavar ellátásának szakmán belüli és a szakmán kívüli kontrolljának, amelyet egyrészről az addiktológiai, pszichiátriai, klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás munkát végző szakma, másrészről pedig a finanszírozó és adminisztratív szervek, az igazságügyi szakértők, illetve civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek, médiumok) képesek – természetesen saját kompetenciahatáruknak megfelelően – hatékonyan gyakorolni.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Cím:	Gambling-related harms: identification, assessment and management
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2025
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng248/resources/gamblingrelated-harms-identification-assessment-and-management-pdf-66143963317957 [14]

Tudományos szervezet:	Office of Addiction Services and Supports (New York State)
Cím:	Guidance Document for the Implementation of Problem Gambling Treatment Services
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2024
Elérhetőség:	https://oasas.ny.gov/system/files/documents/2024/01/guidance-document-for-implementation.pdf [15]
Tudományos szervezet:	Office of Problem Gambling Services
Cím:	Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2018
Elérhetőség:	https://www.mass.gov/resource/practice-guidelines-for-treating-gambling-related-problems [16]

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban:

Azonosító szám:	002237
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A pszichoterápiás ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIV. évfolyam, 6. szám (2024)
Elérhetőség:	https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf [17]
Azonosító szám:	002182
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám (2023)
Elérhetőség:	https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf [18]
Azonosító szám:	002143
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A Parkinson-kór és a parkinsonizmus kezelése
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIV. évfolyam, 6. szám (2024)
Elérhetőség:	https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a már említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1.1. Szerencsejáték-használati zavar – Elméleti háttér

A szerencsejáték-használati zavar diagnosztizálása jelentős változáson ment keresztül az elmúlt évtizedekben. A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének 4. kiadása (DSM-IV) [19] a kóros játékszenvedélyt az impulzuskontroll-zavarok közt tárgyalta. Ezzel összhangban jelenleg a BNO-10 is az F63 Kóros szokások és impulzuskontroll-zavarok között tartja számon (F63.0 Kóros játékszenvedély kód alatt). Ebbe a kategóriába sorolandó a kényszeres szerencsejáték-használat is. A 2013-ban megjelenő DSM-5-ben [2] a szerencsejáték-használati zavar már kikerült az impulzuskontroll-zavarok közül, és az addiktológiai zavarokhoz került áthelyezésre, mint viselkedéses addikció. Ezzel együtt a diagnózis neve is változáson esett át: játékszenvedélyről szerencsejáték-használati zavarra módosult. Ennek oka [20], hogy a szerencsejáték-használat számos neurobiológiai és tünettanbeli hasonlóságot mutat a szerhasználati zavarokkal [21]. Világszerte a zavar prevalenciája 0,12–5,8% közé tehető. A kockázati tényezők közül fontos megemlíteni a demográfiai tényezőket; a fiatal felnőttek (18–29 év) különösen veszélyeztetettek, csakúgy, mint a szerencsejátékot a korai életszakaszokban elkezdő fiatalok. A legtöbb tanulmány szerint a férfiak válnak nagyobb arányban problémás szerencsejáték-használóvá, a nők inkább érzelmi megküzdésként folytatnak szerencsejáték-tevékenységet. Családi állapotot tekintve az egyedülállók, az egyedül élők és a frissen házasodottak nagyobb kockázatnak vannak kitéve. Az iskolai végzettség önmagában nem jelent rizikófaktort, sokkal inkább a magas jövedelem hordoz magában nagyobb kockázatot. Számos tanulmány rávilágított arra, hogy a szerencsejáték-használati zavar komorbiditást mutat más pszichiátriai megbetegedésekkel, különösképpen a depresszióval, szorongásos zavarokkal és a hangulatzavarokkal, valamint a kényszeres zavarokkal és a figyelemhiányos hiperaktivitás-

zavarral (ADHD). Továbbá a zavar gyakoribb előfordulást mutat a B-klaszter személyiségzavarokban (borderline, hisztrionikus vagy nárcisztikus). A pszichológiai etiológiai/kockázati tényezők tekintetében megállapítható, hogy a szerencsejáték-használati zavarral küzdők jellegzetes kognitív torzításokat mutatnak, például a kontroll birtoklásának illúzióját (ideértve a szerencse kontroll-illúzióját), a véletlen félreértelmezését vagy a „következő biztosan nyerő lesz" típusú gondolkodást. A legmeghatározóbb kockázati tényező azonban az impulzivitás [22], amelyhez jelentős kognitív impulzivitás is társul. A kognitív impulzivitást vizsgáló átfogó tanulmányok az alábbi területeket vizsgálták: figyelmi gátlás (például: Stroop-feladat), motoros gátlás (Go/No-Go és Stop-signal feladatok), diszkontálás (azonnali jutalom előnyben részesítése), döntéshozatal (például: Iowa Gambling Task). Az eredmények valamennyi területen, de kiemelten a diszkontálás (erőteljes impulzivitás) és a döntéshozatal (döntéshozatali zavar) területén jelentős deficiteket mutatnak, alátámasztva a fronto-striátális diszregulációról szóló neurobiológiai modellek létjogosultságát.
A szerencsejáték-használati zavar nemcsak impulzív, hanem kompulzív – a szabályokhoz való rugalmatlan ragaszkodás, a hibás döntések ismétlése – tevékenység is, amely ismétlődően előfordul, annak ellenére, hogy negatív következményekkel jár. Míg az impulzív viselkedés hirtelen és megfontolatlan, a kompulzivitás ismétlődő és kitartó, még akkor is, ha az káros. Legerősebben érintett funkciók: kognitív rugalmasság hiánya, figyelmi kontroll zavarai, visszajelzésekre való rugalmatlan reagálás. A kutatások eredményei megerősítik, hogy a kompulzivitás mint transzdiagnosztikus tényező fontos szerepet játszik a viselkedési addikciókban [23]. A szerencsejáték-használati zavar viselkedési függőségként történő azonosítása miatt tehát fokozottan szükség van arra, hogy a viselkedés kényszeres aspektusaira is összpontosítsunk, amelyek központi szerepet játszhatnak a zavar – és általában a függőségek – patomechanizmusának megértésében. A függőséget úgy is értelmezhetjük, mint átmenetek sorozatát, amely a céltudatos viselkedéstől a megszokáson keresztül a kényszeres függőségi viselkedésig terjed. A függőség fenomenológiai modelljei is azt a motivációs váltást hangsúlyozzák, melynek során az impulzivitásból idővel kényszeresség válik. Mivel a szerencsejáték-használati zavar a pszichoaktív szerhasználattól független addikció modelljét jelentheti, lehetőséget kínál a kényszeresség, mint a függőség endofenotípusának vizsgálatára. Más viselkedési addikciók, mint például az evés-, a vásárlás- és a munkafüggőség, potenciálisan szintén lehetnek kényszeresek, ám ezen addiktív magatartásformák nem tartoznak a jelen egészségügyi szakmai irányelv tárgykörébe, többek között azért sem, mert a DSM-5-ben – kellő tudományos bizonyítékok hiányában – még nem szerepelnek a „Szerrel összefüggő és addiktív zavarok" kategóriájában.
Kiegészítésként érdemes megemlíteni, hogy bizonyos neuropszichiátriai kórképek esetén a kezelés járulékos következményeként felléphet szerencsejáték-használati zavar, így például a Parkinson-kór, a nyugtalan lábak szindróma, a fibromialgia és egyes hipofízis tumorok gyógyszeres terápiájának mellékhatásaként [24]. A Parkinson-kór és a kezeléséhez kapcsolódó szerencsejáték-használati zavar megelőzési és terápiás lehetőségeit illetően ajánljuk az *„A Parkinson-kór és Parkinson-szindrómák kezelése"* című egészségügyi szakmai irányelv megismerését [25].

1.2. Szerencsejáték-használati zavar – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Általános diagnosztikai alapelvek

Mint a fentiekben láthattuk, a szerencsejátékkal összefüggő problémakör diagnosztikai kritériumrendszerei jelentős változásokon, fejlődésen mentek/mennek keresztül, erre való tekintettel jelenleg 3 klasszifikációs rendszer bemutatása szükséges a jelen egészségügyi szakmai irányelvben is. A bemutatásra kerülő BNO-10 és -11 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. és 11. kiadás) [26] rendszerét elsősorban a betegellátás során alkalmazzuk, és a BNO-10 helyett hamarosan a BNO-11 lesz használatos a WHO javaslata alapján. Ezzel együtt a DSM-5 rendszer (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition) [2], illetve ennek revíziója, a DSM-5-TR [27] is használatos, elsősorban kutatási tevékenységek során. A fentiek alapján a betegellátási/klinikai munka esetében egyszerre kell, hogy ismerjük a BNO és DSM rendszereket.
A szerencsejáték klinikai diagnózisának meghatározása, felállítása jelenleg a BNO-10 kritériumai alapján történik hazánkban. A BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján 5 vagy több kritérium teljesülése esetében a Kóros játékszenvedély (F63.0) diagnózis felállítható, melynek lényege a gyakori, ismétlődő szerencsejátékokba való belefeledkezés, ami meghatározó része a személy életének, aláásva a szociális, munkahelyi, házassági és családi értékeket és kötelezettségeket. Idetartozik: kényszeres szerencsejáték. Kivéve: a mániás páciens szerencsejátékokkal való foglalkozása (F30); szerencsejátékok és fogadás m.n.o. (Z72.6), szerencsejátékok folytatása disszociatív személyiségzavarban (F60.2).
A DSM-5 alapján a szerencsejáték-használati zavarra jellemző a tartósan fennálló és visszatérő szerencsejátékkal kapcsolatos problémás viselkedés, mely klinikailag jelentős károsodást vagy szenvedést eredményez, és amelyet a kritériumok közül négy (vagy több) jelez egy 12 hónapos időszak során. A DSM-5 dimenzionális szemléletű, így

különböző súlyosságú diagnózis felállítására ad lehetőséget; enyhe zavarról van szó 4–5 kritérium teljesülése esetében, mérsékelten súlyos 6–7 kritérium teljesülése esetében, és súlyos, amennyiben 8–9 kritérium teljesül (lásd: 1. Táblázat).

A diagnózisalkotás és betegdokumentáció tekintetében a BNO-10 helyett a jövőben várhatóan hazánkban is bevezetésre kerül a BNO-11 diagnosztikai rendszer. A BNO-11 6C50 Szerencsejáték-függés zavar elnevezést használja, és a középpontban az állandó vagy visszatérő szerencsejáték-tevékenység áll, továbbá: 1. gyenge kontroll a szenvedélyen, minden vonatkozásban (gyakoriság, intenzitás, tartam, befejezés, kontextus), 2. a játék olyan mértékű előtérbe kerülése, ami az életvitel minden más érdekeltségét megelőzi, 3. folytatása minden negatív következmény ellenére. A viselkedésminta elég súlyos ahhoz, hogy jelentős hátrányt eredményezzen az érintett életének fontos területein. A viselkedés visszatérő, ezen belül lehet folytonos vagy epizódszerű. Bár az állapot nyilvánvaló, a kódoláshoz legalább 12 havi időszakot kell alapul venni, de ez lehet rövidebb, ha a tünetek súlyosak. Az eddigi rendszerekhez képest jellemzője a BNO-11 Szerencsejáték-függés zavarnak, hogy lehet offline vagy online, bevezetve az internet szerepét a függőség jellemzőinek komplexebb leírására.

A DSM-5 rendszerben szereplő tüneti kritériumokat az 1. Táblázatban felsoroltak szerint foglalhatjuk össze:

1. Táblázat: A szerencsejáték-használati zavar lehetséges tünetei [2]

Szerencsejáték-használati zavar tünetei
Tolerancia
Megvonás
A személy ismételten sikertelen próbálkozásokat tesz a szerencsejáték kontrollálására, visszaszorítására vagy abbahagyására
Gondolati lekötöttség, a szerencsejátékkal való intenzív foglalkozás
A szerencsejáték folytatása a problémáitól, vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja
Veszteség utáni vadászat; ha a szerencsejátékon pénzt veszít, gyakran másnap visszatér, hogy egyenlítsen
Hazudik a családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét
Illegális cselekményeket, mint hamisítást, csalást, lopást, vagy sikkasztást követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát
Játékszenvedély miatt veszélyeztet, vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási vagy karrierlehetőséget
Az érintett másokra támaszkodva gondoskodik pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen

Ajánlás1

A beteg kivizsgálásának elemi részét kell, hogy képezze a megfelelő klinikai kivizsgálás, melynek tartalmi elemei között kell, hogy szerepeljen a kezelésbe kerülés oka/indoka, a klinikai pszichológiai exploráció, a klinikai pszichológiai/pszichiátriai anamnézis, szomatikus anamnézis, pszichés státusz, valamint az élettörténeti anamnézis. A DSM-5 kritériumait is javasolt figyelembe venni a szerencsejáték diagnosztikus vizsgálata során. Amennyiben felmerül a kettős diagnózis lehetősége, a hatályban lévő szakmai irányelvek alapján [17] **válasszunk a rendelkezésre álló mérőeszközök között. Szerencsejátékhoz társuló vagy az azt megalapozó pszichés jellegzetességek egyéni variációinak leírásához további támpontot adhat a pszichés státusz vizsgálata. Az ebben azonosított eltérések alapját képezhetik a további pszichodiagnosztikai vizsgálatoknak, illetve az egyénre szabott kezelési tervnek. Azonosítani szükséges a komplex kivizsgálás során pszichés állapotot/jegyeket és a komorbid pszichiátriai zavarokat. (Erős ajánlás)**

Fontos, hogy célirányosan, direkt, proaktív módon kérdezzünk rá a szerencsejátékkal kapcsolatos ártalmakra, problémákra. Rutineljárások során rákérdezünk például a dohányzásra, alkoholfogyasztásra és egyéb szerhasználatra, ezért is fontos egy, a szerencsejátékkal kapcsolatos egyszerű kérdés feltétele is. Direkt kérdések használata javasolt, például: „Szokott szerencsejátékozni?" vagy „Aggódik önmagáért vagy másért a szerencsejáték miatt?". Tudni érdemes, hogy bizonyos embereknek nehéz lehet a szerencsejátékról beszélni.

Abban az esetben is szükséges mérlegelni a szerencsejátékkal kapcsolatos kérdések feltételét, amennyiben nincsenek jelen egyértelmű rizikótényezők a szerencsejáték-használattal kapcsolatos ártalmak tekintetében [14].

Pszichodiagnosztika

A szerencsejáték-használati zavar diagnózis felállításához segítséget nyújthatnak az egyes mérőeszközök, bár ezek az eszközök leginkább a szerencsejáték-probléma súlyosságának felmérésében használhatóak, mintsem a diagnózis felállításához. Az egyik leggyakrabban használt ilyen mérőeszköz a Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív (PGSI: Problem Gambling Severity Index) [28], mely magyar nyelvre validált változatban is elérhető [29]. A kérdőív 9 tételből áll, melyből négy magát a problémás szerencsejátékot méri (1., 2., 3. és 5. tétel), és további öt a játékkal kapcsolatos negatív következményekre kérdez rá (4., 6., 7., 8. és 9. tétel). A kérdőívben a 0 pont a problémamentes játékosokat kategorizálja, az 1–2 pont az alacsony problémájú játékosokat, 3–7 pont között a közepesen problémás, míg 8 pont vagy annál több pont a kifejezetten problémás játékosok veszélyét jelzi. A PGSI-nél valamivel összetettebb mérőeszköz a szintén elterjedt és a klinikai gyakorlatban is gyakorta használt South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (SOGS: South Oaks Gambling Screen) [30, 31]. A SOGS 20 tételből álló kérdőív, a kiszámított pontértékek alapján pedig, akárcsak a PGSI esetén, rangsorolhatjuk a szerencsejáték-használat súlyosságát: 0 pont a problémamentes használatot, 1–2 pont az enyhe/kevés használatot, 3–4 pont a problémás használatot, míg a patológiás használatot az 5 vagy a fölötti pontszám jelzi. Az állapotfelmérés és diagnosztikai célú exploráció során továbbá érdemes feltárni a kliens szerencsejáték-tevékenységének hátterében meghúzódó, sok esetben látens motivációs tényezőket is. E célból alkalmazható a Szerencsejáték Motivációi Kérdőív (GMQ: Gambling Motives Questionnaire) [32], mely az alábbi szerencsejáték-motivációs dimenziókat vizsgálja: 1. szociális, 2. megküzdéses, 3. fokozásos motiváció. E mögöttes motivációs faktorok feltárása a klienssel végzett terápiás munka célkitűzései kapcsán is releváns lehet. Ezen mérőeszközök a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezet, az *1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok* pont alatt érhetőek el. A magyar nyelven még nem validált, de a jövőben potenciálisan hazánkban is alkalmazható mérőeszközök között említhetjük még a Szerencsejátékhoz kapcsolódó Protektív Viselkedési Stratégiák Skálát (GPBS: Gambling Protective Behavior Scale) [33], valamint a Szerencsejáték Énhatékonyság Kérdőívet (GSEQ: Gambling Self-Efficacy Questionnaire) [34].

A szerencsejáték-használathoz kapcsolható, leggyakrabban előforduló komorbid zavarok közül kiemelendő a nikotinfüggőség, alkoholhasználati és egyéb pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok, hangulatzavarok, szorongásos zavarok [35, 36], és egyes személyiségzavarok [37], vagy a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD: attention deficit hyperactivity disorder) megléte [38]. Mindezen komorbid zavarok a szerencsejáték-használati zavarhoz köthető rendkívül magas szuicid kockázat szempontjából is relevánsak, így diagnosztikai felmérésük mindenképpen javasolt.

A Minnesota Multiphasic Personality Inventory/Minnesota Többtényezős Személyiségleltár (MMPI-2) [39] alkalmazható a megjelenő pszichés állapotok és személyiségstruktúrák feltérképezésében. Az MMPI-2-ben kifejezetten szerhasználati zavarokra, annak változóinak és mértékének felmérésére szolgálnak az Átdolgozott MacAndrew Alkoholizmus Skála (MAC-R), az Addikciós Potenciál Skála (APS) és az Addikció Elismerése Skála (AAS). Klinikai skálái közül a D, Pd, Pt és az Sc skálák, az újrastrukturált klinikai skálák közül az RCd, RC1, RC4, RC9, tartalmi skálák esetében az ANG, CYN, ASP, PSY-5 skálák elemzésekor az AGGR, DISC, NEGE skálák értelmezésére kell figyelni. Klinikai skálák mentén kirajzolódó csúcskódok (különös tekintettel a 2–4/4–2, 2–4–7/2–7–4, 3–4/4–3, 4–6/6–4, 4–8/8–4, 4–9/9–4 csúcskódok) segíthetnek az addikció és a hozzá társuló vonások és zavarok meglétének és felismerésének vizsgálatában [40], nemcsak szerhasználati, hanem akár szerencsejáték-használati zavar gyanúja esetén is.

Az esetlegesen társuló hangulatzavarok felmérésében az alábbi skálák alkalmazása javasolt: 1. Depresszív zavarok esetében a Beck Depresszió kérdőív (BDI) [41], a Hamilton Depresszió Skála (HAM-D) [42], a Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála (ZSDS) [43], Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [44], 2. Bipolaritás és kapcsolódó zavarok esetében Hypomania-Checklist 32 (HCL-32) [45], valamint a SCID-5-CV [46] strukturált klinikai interjú felvétele is indokolt lehet, 3. Szorongásos zavarok felmérésére és a meglévő szorongás súlyosságának becslésére a Beck Szorongás Leltár (BAI) [47], a Hamilton Szorongás Skála (HAM-A) [48], és a Spielberger Szorongás Kérdőív (STAI) [49] önkitöltős kérdőívek felvétele javasolt.

Szerencsejáték-zavarban magas a kockázata öngyilkossági gondolatok és kísérletek megjelenésének [9], nem függetlenül a felhalmozott adósság mértékétől [50]. Elengedhetetlen tehát a zavarban szenvedők öngyilkossági kockázatának folyamatos monitorozása. Szuicid hajlam/késztetés vizsgálatára a pszichológiai exploráció nyújtja az első felületet. A klinikai interjúban rá kell kérdezni a meglévő öngyilkossági gondolatokra, szándékokra, és meglévő kidolgozott tervekre is. Öngyilkossági krízis esetében azonnali pszichiátriai osztályos ellátás és medikáció szükséges. A klinikai gyakorlatban leggyakrabban használt mérőeszközök között találjuk a Reménytelenség Skálát (RS) [51], ami az affektív, kognitív és motivációs faktorokat egyaránt méri. Emellett számontartjuk a vizsgáló által kitölthető szuicid szándékot mérő becslőskálát, a Szuicid Gondolatok Skálát (SSI) [52], illetve a Rövid Kockázatbecslő Skálát (RKS) [53].

A potenciálisan társuló személyiségzavarok azonosításában a Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára SCID-5-PD [54], illetve a SCID-5-AMPD [55] interjúkat használhatjuk.
Felnőttkori ADHD felmérésére a DIVA 2.0 [56], vagyis a Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD felmérésére tekinthető elsődlegesen javasolt strukturált klinikai interjúnak.
Társuló alkoholhasználati zavar felmérésére az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT) [57] a leggyakrabban használt mérőeszköz, de hasonlóan a szerencsejáték-használati zavarok szűrésére kidolgozott, többnyire önjellemzős kérdőívekhez, ez is inkább a zavar súlyosságának felmérésére, semmint diagnosztikai célokra szolgál. Az AUDIT esetén elért magas pontszám (20 vagy annál több pont) esetében az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFS-K/ SADQ) [58] felvétele is megfontolandó.
A szerencsejáték-használati zavar és a társuló zavarok terápiájának tervezéséhez támpontot nyújthat továbbá a személyiségstruktúra becslése során alkalmazható Operacionalizált Pszichodinamikus Interjú (OPD-2) [59], illetve a Kernberg-féle Strukturális Interjú is [60].

1.3. Szerencsejáték-használati zavar – Terápia

A szerencsejáték-használati zavar eredményes terápiás ellátásának általános vezérelvei a NICE irányelv [14] ajánlásai szerint a következőek:

I. Annak felismerése, hogy a szerencsejátékkal kapcsolatos problémákat elszenvedő személyek holisztikus ellátásában szükség esetén multidiszciplináris csapatoknak kell részt venniük, így egészségügyi szakembereknek, szociális munkásoknak és az önkéntes szektorban dolgozóknak egyaránt.
II. Szükséges a szerencsejátékkal kapcsolatos károkat elszenvedő személy partnerét, családtagját vagy más, hozzá közel álló személyt bevonni a kezelésbe és az ellátást végző szakmai csapattal való kommunikációba, amennyiben az érintettek beleegyeznek ebbe.
III. Az érintett klienst mindenkor szükséges beavatni a szerencsejáték-használati zavar kezelésének céljaiba (jellemzően az absztinencia) és az alkalmazott módszerekbe.
IV. Annak megvitatása a klienssel és hozzátartozóival, hogy vannak-e más, számára/számukra fontos egyéb célok, mint például a pénzügyi nehézségek csökkentése, a kapcsolatok javítása, a mentális egészségük javítása, például a szorongás és a szorongás csökkentése által.
V. Az alkalmazott módszerek tisztázásába beleértendő annak egyértelműsítése, hogy míg a telemedicinális (telefon, videóhívás, távkonzultáció) kezelés kényelmesebb és kevésbé időigényes lehet, mint a személyes formában kivitelezett terápia, ez utóbbi jellemzően nagyobb valószínűséggel vezet támogató terápiás kapcsolat kialakulásához, mint a távkezelés, és ez segítheti a folyamatos elköteleződést.
VI. Annak felismerése, hogy bizonyos mentális zavarok, alkohol vagy egyéb pszichoaktív szerek használati zavara, vagy bizonyos szerzett kognitív károsodások lehetnek: *a)* a szerencsejáték káros következményei, melyek így a szerencsejáték-használati zavar sikeres kezelésével megszűnhetnek vagy javulhatnak, vagy *b)* olyan alapbetegségek/zavarok, amelyek a szerencsejáték előtt vagy azzal együtt jelentkeznek (pre- vagy komorbid jelleggel), és egyidejű kezelést igényelnek, vagy *c)* olyan súlyosak (például súlyos poszttraumás stressz zavar, alkohol- vagy droghasználati zavar), hogy előbb ezek kezelésére van szükség annak érdekében, hogy a szerencsejáték-használati zavar terápiás prognózisa javulhasson.
VII. Biztosítani kell, hogy ezen említett társbetegségek/zavarok kezelését végző más egészségügyi szolgáltatókkal vagy az adott intézményen belüli szakemberekkel stabil munkakapcsolat alakulhasson ki, hogy a társbetegségben szenvedők számára időben, átfogó, összehangolt szolgáltatást nyújtsanak, és elkerüljék a különböző szolgáltatásokhoz való többszöri időpont-egyeztetést.
VIII. A beavatkozásokat képzett, hozzáértő szakembereknek kell nyújtaniuk, akik elfogadott kompetenciakeret alapján praktizálnak. Idetartoznak azok is, akik sorstárssegítséget nyújtanak vagy csoportterápiákat facilitálnak.
IX. A szakembereknek a terápia implementáció során oda kell figyelnie arra, hogy: *a)* megértő, empatikus, támogató és segítőkész attitűddel ösztönözze az érintett kliensek személyes felelősségvállalását és elkötelezettségét, *b)* kerülje az aggodalmak bagatellizálását, *c)* kerülje a megbélyegző nyelvezetet, *d)* jól működő terápiás kapcsolatot alakítson ki és tartson fenn a klienssel, *e)* ösztönözze a kétirányú párbeszédet és a folyamatos kommunikációt, illetve, amennyiben ez megoldható, *f)* biztosítsa az ellátás folyamatosságát.

1.3.1. Gyógyszeres terápia

Ajánlás2

A szerencsejáték-használati zavar esetén specifikusan javasolt farmakoterápia nem áll rendelkezésre. Egyes nemzetközi irányelvek a naltrexon alkalmazását javasolják a pszichoterápia ineffektivitása esetén [14], illetve elérhető olyan metaanalízis, mely szintén a naltrexon, illetve a nalmefén alkalmazását ajánlja [61], de összességében kijelenthető, hogy a szerencsejáték-használati zavarban érintett kliensek egyénre szabott farmakoterápiás kezelési tervében elsősorban a komorbid mentális zavarok fennállásának függvényében érdemes kiválasztani a felírásra kerülő gyógyszert. A szerencsejáték-használati zavar esetén ugyanis gyakran találkozunk olyan komorbid pszichiátriai tünetekkel, tünetcsoportokkal és megbetegedésekkel, melyek optimális gyógyszeres kezelése elengedhetetlen a szerencsejáték-használati zavar eredményes terápiájához. (Feltételes ajánlás)

Alkoholhasználati zavar komorbiditása esetén az elsőként választandó szernek a naltrexont tekinthetjük, társuló bipoláris affektív zavar esetén a lítiumot, míg társuló hangulat- és szorongásos zavarok esetén a szelektív szerotonin visszavétel gátlókat [62]. Pszichózis spektrum betegségek komorbiditása esetén az ide vonatkozó gyógyszeres kezelési algoritmusokat érdemes alkalmazni, azzal a kikötéssel, hogy az addiktív viselkedésformák esetén az első generációs antipszichotikumok alkalmazása kerülendő, előnyben kell részesíteni a második és harmadik generációs antipszichotikus terápia alkalmazását. Ugyanakkor a parciális agonista, aripiprazol alkalmazása kontraindikáltnak tekinthető [63].

Összességében elmondható, hogy a szerencsejáték-használati zavar esetében elsőként a pszichoterápia választandó, továbbá pszichiátriai komorbiditások fennállása esetén a fenti elveket szükséges követni.

1.3.2. Pszichoterápiák

Ajánlás3

Számos metaanalízis alátámasztja, hogy a szerencsejáték-használati zavar terápiájában elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszer a kognitív viselkedésterápia, mely főleg a motivációs komponensen keresztül, valamint a gondolatok átstrukturálásával facilitálja a felépülést [64–66]**. Módszereinek segítségével az érintettek nagyobb rálátást kapnak a kognitív torzításaikra (például: szerencsével kapcsolatos kontrollhit és mágikus gondolkodás), diszfunkcionális hiedelmekre és egyéb fenntartó tényezőkre, amelyek befolyásolják szokásaikat, viselkedésüket. A viselkedésterápiás megközelítések közül az expozíció és válaszgátlás 6 hónapos utánkövetés után, az ingerkontroll akár egyéves utánkövetés után is sikeresen segítheti a relapszus prevenciót. (Erős ajánlás)** [67]

A szerencsejáték-használati zavarral küzdő kliensek terápiás ellátásának (elsősorban CBT szemléletben értelmezhető) algoritmikus lépéseihez ad támpontot Chóliz és Marcos tanulmánya [68], melynek algoritmusábráját a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklete fejezet 3. Algoritmus pontjában, A szerencsejáték-használati zavarban szenvedő kliens CBT-fókuszú pszichoterápiás ellátásának algoritmusa címmel található, 1. ábra szemlélteti. Az algoritmus egyes lépéseiben, eldöntendő terápiás kérdéseiben kiemelt szerepet kap továbbá a Prochaska és DiClemente nevéhez köthető elméleti keret, a viselkedésváltozás transzteoretikus modell szemléletmódja [69].

Tekintettel a szerencsejáték-használati zavarral együtt járó nagyfokú eladósodás kockázatára, illetve a tünetként is manifesztálódó „veszteség utáni vadászat" (lásd 1. Táblázat) jelenség relevanciájára, a kezelési folyamat fontos eleme lehet a pénzügyi problémák kezelésének stratégiai megtervezése. Ez magában foglalhatja a pénzzel való gazdálkodással kapcsolatos készségek fejlesztését, a pénzhez való hozzáférés korlátozását, a hitelezőkkel és/vagy uzsorásokkal/bookie-kkal való bánásmódot, az adósságtörlesztési terv kidolgozását, valamint a hitelkártyák megnyitásának vagy a szerencsejátékhoz való pénzhez való hozzáférés egyéb módjainak korlátozását. A klinikusoknak a kezelés során a pénzügyi stratégiákkal és kérdésekkel való foglalkozásban is otthonosan kell mozogniuk, és rendelkezniük kell az ügyfelet segítő közösségi kapcsolatokkal, amelyek magukban foglalhatják a hiteltanácsadási szolgáltatásokat is [70].

Szintén metaanalízisek által igazolt hatékonyságú módszer a tudatos jelenlét/mindfulness megközelítés [71]. A mindfulness-alapú beavatkozások, bár az internalizált ingerek és válaszok formális megközelítésében akár zavarspecifikusak is lehetnek, jellemzően mind a tapasztalati/átélési elkerülést célozzák. A tapasztalati/átélési elkerülés akkor fordul elő, amikor egy személy nem hajlandó megtapasztalni a nem kívánt magánéleti vagy intrapszichés élményeket (például testi érzések, gondolatok, emlékek, késztetések), és lépéseket tesz ezen események gyakoriságának vagy formájának csökkentésére, például disszociáció, menekülés és elkerülés útján.

Az ilyen jellegű elkerülést kezelő mindfulness technikák a maladaptív válaszadás funkciójára (azaz a menekülésre és/vagy az elkerülésre), és nem a válasz formájára összpontosítanak, hogy növeljék az averzív ingerekre való adaptív válaszadást. A problémás szerencsejátékosok esetében az averzív ingerek elől való menekülés vagy elkerülés gyakran a szerencsejátékos viselkedésen keresztül valósul meg és marad fenn. Ezekben az esetekben a tudatosság, a relaxáció és a vizualizációs technikák alkalmazása segítheti az érintettet az adaptív megküzdési viselkedés kiválasztásában. Példaként említhető az imaginatív deszenzitizáció, melynek kapcsán a szerencsejáték-használati zavarral küzdő kliens arra vonatkozó instrukciót kap, hogy egy elképzelt forgatókönyv mentén szerencsejátékra vonatkozó késztetést él át, majd elképzeli/imaginálja, hogy a szerencsejátéktól tartózkodva miként lép ki ebből a forgatókönyvből.

További kognitív szemléletű, magas szintű empirikus bizonyítékokkal is alátámasztottan [72] hatékony módszer a motivációs interjú, mely a viselkedésváltozását a problémafelismerés elősegítése és a lehetséges lépések tervezésének, illetve végrehajtásának támogatása által teszi lehetővé. Módszerei és szemlélete jól alkalmazható a probléma felismerésének elutasítása, valamint a változással szembeni ambivalencia esetén, de a későbbi viselkedésváltozási szakaszokban is. A terápiás attitűd mellőzi a konfrontatív, autoriter hozzáállást, helyette pozitív légkör megteremtése jellemzi, mely az együttműködés és az aktivitás kiváltására törekszik, az autonómia tiszteletben tartásával egyetemben. A motivációs interjú módszere egyes kutatások szerint önmagában is sikeres eszköze lehet a viselkedésváltozás elindításának szerencsejáték-használati zavar esetében [73], különösen a kezeléssel kapcsolatos ambivalenciák feloldása kapcsán, de egyes adatok szerint kombinált módszerként is hasznos lehet, például deszenzitizációs technikákkal ötvözve [74].

A szerencsejáték-használati zavar mellett komorbid jelleggel gyakran fennálló személyiségzavarok [37] megléte esetén az evidenciaalapú pszichoterápiás módszerek között kiemelhetjük a sématerápiát [75]. A sématerápia képes feltárni és módosítani azokat a mélyen gyökerező maladaptív sémákat és az azokhoz kapcsolódó diszfunkcionális működési folyamatokat, amelyek mindkét zavar hátterében állhatnak, ideértve az érzelemszabályozási nehézségeket, az önértékelési problémákat és a diszfunkcionális kapcsolati mintázatokat. A módszer célja, hogy a páciensek felismerjék ezeket a sémákat (például elhagyatottság, kudarc, érzelmi depriváció), és új, adaptív megküzdési módokat sajátítsanak el [76, 77].

Bár a szerencsejáték-használati zavar empirikus bizonyítékokon alapuló pszichodinamikus pszichoterápiás kezelése még jelenleg is korai szakaszban jár a relatív kevés klinikai kísérlet, valamint a zavar klasszifikációját és konceptualizációját illető jelentős véleménykülönbségek miatt, ugyanakkor a CBT és a farmakoterápiás kezelés megtartási aránya egyes esetekben limitáltnak bizonyulhat. Randomizált kontrollált vizsgálatok nem állnak rendelkezésre, de elérhetőek olyan esettanulmányok, ahol sikeresnek bizonyult a pszichoanalízis és a pszichodinamikus pszichoterápia a szerencsejáték-használati zavar kezelésében. Az érzelemszabályozás és az önismeret fejlesztése a hosszú távú siker egyik kulcsa lehet [78].

A pszichoanalitikusan orientált terápiák célja a páciens azon tudattalan folyamatainak feltárása, amelyek a szerencsejáték-használati zavarhoz vezetnek, valamint annak megértése, hogy mit jelent a szerencsejáték a páciens számára [79]. Ez a terápiás megközelítés segíthet azokat a konfliktusokat feloldani, amelyek hozzájárultak a problémás szerencsejáték kialakulásához. Emellett a szerencsejáték-használati zavar következményeivel járó bűntudat és szégyen érzésének enyhítését is elősegítheti [80].

Clarkson és munkatársai 2016-ban kidolgozták a szerencsejáték-használati zavar kezelésének rövid pszichoanalitikus pszichoterápiás módszerét, amely egy 12 üléses folyamat. Ennek során egy, a szerencsejáték-függőség kialakulásában szerepet játszó kapcsolati probléma feltárása történik, a terápiás kapcsolatban megjelenő áttétel segítségével [79].

Amennyiben a szerencsejáték-használati zavar mellett borderline (érzelmileg labilis) személyiségzavar vagy narcisztikus személyiségzavar is diagnosztizálható a páciensnél, alkalmazhatjuk az *áttétel-fókuszú pszichoterápiát* (TFP). Ez a terápia a személyiségzavar tüneteinek mérséklésére irányul, amely hosszú távon támogathatja az addikciós relapszusok megelőzését. A kezelés megkezdéséhez elengedhetetlen a páciens legalább három hónapos absztinenciája, valamint az üléseken való józan megjelenése [81]. Az absztinencia eléréséhez és fenntartásához kiegészítő terápia is szükségessé válhat, mint például kórházi elvonó, rehabilitáció, 12 lépéses anonim önsegítő csoportok (elsősorban GA), ambuláns addiktológiai kezelések. Ugyanakkor a kizárólag a függőségre irányuló kezelések nem eredményeznek jelentős változást a patológiás személyiségszerveződésben [82]. A TFP hatékonyságát többek között randomizált kontrollált vizsgálatok is alátámasztották [83].

Végül pedig fontos tényező, hogy a szerencsejáték-használati zavar negatív következményeinek számos eleme közvetlenül kihathat a családra, párkapcsolatokra is. Családterápia elsődleges választás lehet a családi dinamikák áttekintésére, függő játszmák azonosítására, családon belüli konfliktusok csökkentésére. Ezek mellett fontos járulékos tényező lehet az érintett ellenállásának a csökkentésében is, valamint a betegségtudat elmélyítésében, a leszokási motiváció növelésében [84].

1.3.2.1. Telemedicinális lehetőségek

Tekintettel az egészségügyi ellátórendszer leterheltségére, valamint a szerencsejáték-használati zavarral küzdők alacsony kezelésbe fordulási arányára, a szerencsejáték-használati zavar kezelésében is egyre nagyobb szerepet kapnak a telemedicinális megoldások, különösen az eHealth és mHealth alapú intervenciók. Ezek az eszközök lehetővé teszik a problémás szerencsejátékosok számára, hogy földrajzi korlátok nélkül, anonim módon férjenek hozzá pszichológiai támogatáshoz, önsegítő programokhoz vagy terápiás tanácsadáshoz. Az online platformokon elérhető kognitív viselkedésterápiás (CBT) programok, mobilalkalmazások és virtuális támogató csoportok hatékonyan segíthetik a viselkedésváltozást, különösen azoknál, akik nem keresnek személyes segítséget. Ezen intervenciók jellemzően a pszichoedukáció, a motivációs interjú, a CBT (például kognitív átstrukturálás) és a relapszus prevenció automatizálható elemeit, módszereit alkalmazzák. Bár Magyarországon még kevés ilyen célzott program működik (a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet munkatársai által kidolgozott, '*Új tét*' névre keresztelt automatizált, online intervenció jelenleg tesztelési fázisban van) [85], nemzetközi példák [86–88] már bizonyították hatékonyságukat. A digitális intervenciók különösen fontosak lehetnek a fiatalabb korosztály elérésében.

Magyarországon az ELTE PPK Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék munkatársai 2013 óta működtetik Szerencsejátékos Segélyszolgálatukat [89], mely a szerencsejátékkal (és videójátékkal) összefüggésben megjelenő problémák és veszélyeztető helyzetek kezelésében segíti az érintetteket és hozzátartozóikat. Az anonimitás és teljes titoktartás biztosítása mellett zajló telefonos segélyszolgáltatást végző munkatársak 30 órás elméleti és gyakorlati képzésen vesznek részt, illetve folyamatos szupervízióban és továbbképzésben részesülnek.

1.3.3. Szociális terápiák

Hazánkban a legkönnyebben hozzáférhető, felépülés szemléletű, közösségi támogatási formát a 12 lépésre épülő, kölcsönös segítésen alapuló Anonim Szerencsejátékosok (GA: Gamblers Anonymous) csoportjai jelentik. A GA önsegítő közösség tagjai megosztják egymással tapasztalataikat, egymást segítve a felépülésben. A GA működésének alapelvei: nyitottság és önkéntesség (a tagság egyetlen feltétele a szerencsejáték abbahagyásának vágya), függetlenség (a GA nem kapcsolódik semmilyen vallási, politikai vagy gazdasági szervezethez), önfenntartás (a közösség saját hozzájárulásokból működik, nincs tagsági díj), tizenkét lépéses program (a felépülés egy strukturált folyamaton alapul, amelyet más önsegítő csoportok is alkalmaznak). A GA hatékonyságát vizsgáló átfogó metaanalízis nem elérhető. A témában publikált scoping-jellegű áttekintő tanulmány [90] értelmében a GA hatékonyságára vonatkozó empirikus bizonyítékok – a GA-t akár kontroll-kondícióként, akár hagyományos terápiával és/vagy farmakoterápiával együttesen vizsgálva – jelenleg ellentmondásosak. Ezen kutatások tapasztalatai alapján elmondható, hogy a GA felépülési szemléletében és gyakorlatában kiemelt szerepet kap a türelem hangsúlyozása, a „nyugalom ima" használata a pénzügyi helyzet és a valóság elfogadása érdekében, valamint a „kényszeres szerencsejátékos" identitás abszolút érvényesítése. Egy, a GA és a kognitív-motivációs viselkedésterápia hatékonyságát összehasonlító tanulmány [91] eredményei szerint ugyan a GA kevésbé tűnik eredményesnek a szerencsejáték-használati zavar súlyosságának csökkentésében, valamint az eljátszott pénzmennyiség csökkenésének mértékét illetően, mint a CBT szemléletű pszichoterápiás megközelítések, a klinikai tapasztalatok alapján elmondható, hogy az egyéni és/vagy csoportos pszichoterápia mellett párhuzamosan zajló GA gyűléslátogatás, sorstárstámogatás, lépésmunka együttesen kedvezőbb terápiás prognózist eredményezhet.

A szerencsejáték-használati zavarral küzdő, kezelésben nem részesülő személyek hozzátartozóinak támogatást nyújthat a Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (*Közösségerősítés és Családok Képzése*) módszer [92]. Ez a megközelítés egyéni vagy csoportos formában segíti a hozzátartozókat abban, hogy saját viselkedésük és életminőségük javításán keresztül ösztönözzék a problémás szerencsejátékot mutató családtagot a kezelés és változás elfogadására.

1.3.4. Rehabilitációs programok

A szerencsejáték-használati zavar kezelése az egészségügyi ellátórendszer színterein (például addiktológiai gondozók és osztályok) túl a rehabilitációs központokban is elérhető. Ezen központok különféle szemléletmódjai közül a szerencsejáték-használati zavar terápiája kapcsán kiemelhető a felépülési szemléletű Minnesota-modell, melynek főbb jellemzői között említhetjük a betegségmodellt (a függőséget krónikus, progresszív betegségként kezeli, amely tünetmentessé tehető, de nem gyógyítható teljesen), a tizenkét lépéses programok integrációját; a multiprofesszionális megközelítést (a terápiában orvosok, pszichológusok, addiktológiai szakemberek és felépülésben lévő segítők is részt vesznek), a csoportterápiás módszerek előnyben részesítését (a közösségi támogatás kulcsfontosságú, a betegek

egymást segítik a felépülésben), valamint a spirituális és pszichológiai szemlélet integrációját (a program hangsúlyozza a személyes felelősségvállalást és a lelki fejlődést).

1.3.5. Ingerexpozíciós terápiák

A közelmúltban egyre több, az addikciók eredményes terápiájával foglalkozó empirikus kutatás foglalkozik a szerencsejátékkal összefüggő helyzeteknek való kitettség átstrukturálásának lehetőségeivel, illetve az ingerexpozíciós terápiák, mint önállóan is alkalmazható módszerek vizsgálatával. Az expozíciós terápiák alapvető kiindulási elve szerint az addiktív zavarok jellemzően tanult viselkedési formák, azaz a tanulási folyamat során kapcsolódik össze egymással az addiktív inger (annak bármely modalitása és szituatív jegye), valamint a megerősítő hatást kiváltó pozitív érzet (például eufória, megkönnyebbülés, izgalom). Az asszociatív tanulás révén így az addiktológiai szempontból egyébként semlegesnek nevezhető ingerek is kondicionált sóvárgó választ provokálhatnak. A terápiás folyamat az ingerexpozíció útján igyekszik kioltani a kondicionált választ (például sóvárgás csökkentése). Az elérhető vizsgálati eredmények metaanalitikus elemzése [93] alapján elmondható, hogy az ingerexpozíciós terápia hatékony lehet a szerencsejátékkal összefüggő sóvárgás és a zavar súlyosságának csökkentése, valamint a szerencsejátékkal töltött idő visszaszorítása szempontjából.

1.3.6. Terápiás módszerek összegzése

A fentiekben megfogalmazott terápiás lehetőségek és ajánlások figyelembevételével a 2. táblázat összegzi a szerencsejáték-használati zavar kezelésében elérhető pszicho-, farmako- és szocioterápiás lehetőségeket:

2. táblázat: A szerencsejáték-használati zavar kezelésében ajánlott pszicho-, szocio- és farmakoterápiás intervenciók [14, 65, 71, 72, 76, 79, 81, 93]

Pszicho- és szocioterápiás intervenciók OHZ-ban
Pszichoterápia
Kognitív viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
Mudfulness/tudatos jelenlétalapú terápia
Család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
Áttételfókuszú pszichoterápia
Sématerápia
Pszichodinamikus pszichoterápia
Szociális terápia
12 lépéses programok
CRAFT
Egyéb terápia
Ingerexpozíciós terápiák
Farmakoterápia
Naltrexon

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazása a legtöbb felsorolt ajánlás esetén addiktológus pszichiáter szakorvosi kompetenciakörbe tartozik, ily módon szakvizsgához kötött. A további ajánlások (például pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás feladatok) klinikai szakpszichológusi, illetve pszichoterápiás szakvizsgákhoz köthetőek. Az egészségügyi szakmai irányelv egyes ajánlásai továbbá alkalmazandóak mind az alapellátásban (a háziorvos kompetenciái között említve a szerencsejáték-használati zavar felismerésére alkalmas szűrőtesztek, valamint az addiktológiai ellátórendszerbe történő továbbküldés lehetőségeinek

ismeretét), mind az intézményi ellátás (ambuláns- és fekvőbeteg-ellátás) keretein belül, megfelelő működési engedéllyel és megfelelően képzett szakszemélyzettel rendelkező ellátóhelyek esetében. Ide sorolhatóak kiemelten az addiktológiai ambulanciák és gondozók, valamint az addiktológiai osztályok.

A háziorvosok, amennyiben valamely páciensüknél felmerül a szerencsejáték-tevékenység gyanúja vagy ténye, a jelen egészségügyi szakmai irányelv mellékletében is elhelyezett szűrőtesztek alkalmazásával állapíthatják meg az érintett addikciójának súlyosságát, valamint az így végzett súlyosságbecslés alapján (például 8 pont feletti PGSI összpontszám esetén) küldhetik tovább páciensüket az addiktológiai ellátás irányába, első lépésként az ambuláns ellátás felé, ahol az állapotfelmérést követően már az addiktológus pszichiáter szakorvos kompetenciája annak eldöntése, hogy a páciens járó- vagy fekvőbetegkeretek között látható-e el eredményesebben.

A háziorvos ezen túlmenően edukációs szerepet is betölthet: tájékoztathatja a pácienst a szerencsejáték-használati zavar természetéről, a lehetséges következményekről, valamint az elérhető kezelési lehetőségekről. Fontos, hogy a háziorvos érzékenyen és ítélkezésmentesen közelítse meg a problémát, mivel a szerencsejáték-függőség gyakran rejtve marad, és a páciensek szégyenérzete akadályozhatja a segítségkérést. A háziorvosi ellátásban tehát kulcsszerepe van a korai felismerésnek, a motiváció támogatásának, valamint a megfelelő szakellátásba történő irányításnak.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A felsorolt, szűréssel, állapotfelméréssel és diagnosztikai teendőkkel kapcsolatos tevékenységekhez szükséges szűrőtesztek és félig strukturált interjúk elérhetőek (ezek egy részét jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezet tartalmazza). A betegek vizsgálatához és a terápiás munkához nyugodt, zavartalan környezet biztosítása szükséges (például iroda). A betegek hatékony továbbirányítása elsődlegesen az ellátóhelyek közötti aktív kommunikáció által biztosítható.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az egészségügyi szakmai irányelv felnőtt, szerencsejáték-használati zavarban érintett populáció ellátására vonatkozik. A terápia fontos része a pszichoedukáció, vagyis a beteg saját egészségügyi állapotával és addikciójával kapcsolatos információk mélyítése, az esetleges tévhitek feloszlatása.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Az egyes addiktológiai ellátóhelyek saját tevékenységi körébe tartozik az esetleges betegtájékoztatók és további, pszichoedukációs oktatási anyagok betegek számára történő biztosítása.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Az egészségügyi szakmai irányelvben említett szűrőtesztek és félig strukturált interjúk nem csak az állapotfelmérésben és a kezelési célok meghatározásában, de az ellátás során bekövetkező potenciális változások monitorozása céljából is alkalmazhatóak.

1. Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív (PGSI)
2. Szerencsejáték Motivációi Kérdőív
3. South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (SOGS-HU)

2.3. Táblázatok

1. táblázat: A szerencsejáték-használati zavar lehetséges tünetei

2. táblázat: A szerencsejáték-használati zavar nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A szerencsejáték-használati zavarban szenvedő kliens CBT-fókuszú pszichoterápiás ellátásának algoritmusa

2.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Külső indikátorok:

Ajánlás1

A beteg kivizsgálásának elemi részét kell, hogy képezze a megfelelő klinikai kivizsgálás, melynek tartalmi elemei között kell, hogy szerepeljen a kezelésbe kerülés oka/indoka, a klinikai pszichológiai exploráció, a klinikai pszichológiai/pszichiátriai anamnézis, szomatikus anamnézis, pszichés státusz, valamint az élettörténeti anamnézis. A DSM-5 kritériumait is javasolt figyelembe venni a szerencsejáték diagnosztikus vizsgálata során. Amennyiben felmerül a kettős diagnózis lehetősége, a hatályban lévő szakmai irányelvek alapján [17] **válasszunk a rendelkezésre álló mérőeszközök között. Szerencsejátékhoz társuló vagy az azt megalapozó pszichés jellegzetességek egyéni variációinak leírásához további támpontot adhat a pszichés státusz vizsgálata. Az ebben azonosított eltérések alapját képezhetik a további pszichodiagnosztikai vizsgálatoknak, illetve az egyénre szabott kezelési tervnek. Azonosítani szükséges a komplex kivizsgálás során pszichés állapotot/jegyeket és a komorbid pszichiátriai zavarokat. (Erős ajánlás)**

A szerencsejáték-használati zavar gyanújával vizsgált esetek hány százalékában teljesült a megfelelő klinikai kivizsgálás, az állapotfelmérés részeként ideértve a kezelésbe kerülés okának/indokának feltárását, a klinikai pszichológiai/pszichiátriai explorációt és anamnézisfelvételt, a szomatikus anamnézis felvételét, valamint a pszichés státusz körültekintő meghatározását?

Ajánlás2

A szerencsejáték-használati zavar esetén specifikusan javasolt farmakoterápia nem áll rendelkezésre. Egyes nemzetközi irányelvek a naltrexon alkalmazását javasolják a pszichoterápia ineffektivitása esetén [14], illetve elérhető olyan metaanalízis, mely szintén a naltrexon, illetve a nalmefén alkalmazását ajánlja [61], de összességében kijelenthető, hogy a szerencsejáték-használati zavarban érintett kliensek egyénre szabott farmakoterápiás kezelési tervében elsősorban a komorbid mentális zavarok fennállásának függvényében érdemes kiválasztani a felírásra kerülő gyógyszert. A szerencsejáték-használati zavar esetén ugyanis gyakran találkozunk olyan komorbid pszichiátriai tünetekkel, tünetcsoportokkal és megbetegedésekkel, melyek optimális gyógyszeres kezelése elengedhetetlen a szerencsejáték-használati zavar eredményes terápiájához. (Feltételes ajánlás)

A szerencsejáték-használati zavarral kezelésbe vett esetek hány százalékánál teljesült a komorbid pszichopatológiai jellemzők feltárása, valamint a farmakoterápiás kezelési terv ezen komorbid mentális zavarok figyelembevételével történő meghatározása?

Ajánlás3

Számos metaanalízis alátámasztja, hogy a szerencsejáték-használati zavar terápiájában elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszer a kognitív viselkedésterápia, mely főleg a motivációs komponensen keresztül, valamint a gondolatok átstrukturálásával facilitálja a felépülést. (Erős ajánlás) [64–66]

A szerencsejáték-használati zavarral kezelt esetek hány százalékában került alkalmazásra kognitív viselkedésterápia, vagy kognitív-motivációs terápiás megközelítés?

Belső indikátorok:

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az egyes kliensekre fordítható szabad explorációs idő biztosítása a részletes epikrízis megismerésére.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a szerencsejáték-használati zavarban érintett kliensek folyamatos monitorozása a terápiás ellátás során, rendszeres kontrollvizsgálatok és utánkövetéses konzultációs alkalmak biztosításával.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a laboratóriumi vizsgálatok, valamint az EKG alkalmazása a gyógyszerre adott reakciók pontosabb feltárásában.

Annak felülvizsgálata, hogy 1. az adott kezelőhelyeken, illetve 2. összességében magyar nyelven elérhetőek-e az egészségügyi szakmai irányelvben felsorolt, javasolt szűrőtesztek.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a farmakoterápiát biztosító szakemberek saját farmakoterápiás kezelési tervükkel kapcsolatos, szükség szerinti átértékelése és felülvizsgálata.

Kimeneti indikátorok

A szerencsejáték-használati zavarhoz kapcsolódó problémák és tünetek csökkenése vagy megszűnése pozitívan befolyásolja az egyén társadalmi és (re)szocializációs eredményességét. Ennek különböző aspektusai közé tartozik a családi kapcsolatok javulása, a közösségekbe való sikeres beilleszkedés (például munkahelyi vagy felsőoktatási környezetben), a munkába állás vagy annak megtartása, az önálló életvitel fejlesztése, az adósságterhek csökkenése, valamint az életminőség és személyes közérzet pozitív alakulása. Emellett hatással van a társas környezetre is, amelyben az egyén működik.

Az eredményesség értékelése egyéni szempontok alapján történik, figyelembe véve az érintett képességeit, kompetenciáit, a szerencsejáték-használati zavar súlyosságát és az esetleges kísérő problémák mértékét.

Minőségi indikátorok

a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:

- Az ellátórendszer által dokumentált, szerencsejáték-használati zavarral diagnosztizált betegek között:
  - Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya,
  - Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya,
  - Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, absztinens időszakok hosszúsága, társuló pszichiátriai tünetek alakulása,
  - A relapszust mutató, kezelésbe visszakerülő betegek aránya,
  - Az akut ellátásra szorulók (például sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés stb.) aránya.

b) Ellátás különböző színterein vizsgált indikátorok:

- A szerencsejáték-használati zavarral összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása,
- Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása,
- Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikérdezésével,
- Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai szerencsejáték-használati probléma felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttért illető releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológia tagozat elnöke végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

IX. IRODALOM

[1.] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). *SIGN 50 – A guideline developer's handbook (Revised version)*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8–10 Hillside Crescen. Online elérés: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[2.] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

[3.] Andó, B., Kovács, I., Janka, Z., Demetrovics, Zs. (2016). Szerencsejáték-használati zavar és alkoholhasználat-zavar – hasonlóságok és különbségek. *Psychiatria Hungarica*, 31 (2), 169–175.

[4.] Paksi, B., Pillók, P., Magi, A., Demetrovics, Zs., Felvinczi, K. (2021). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23(1), 184–207.

[5.] Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J., Volberg, R., Marionneau, V., Saxena, S., Bunn, C., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling:

a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 9(8), e594–e613. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9

[6.] Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., Demetrovics, Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10 (4), 273–300. https://doi.org/Mentál.10.2009.4.1

[7.] Magi, A., Demetrovics, Zs., Paksi, B. (2021). Problémás szerencsejáték-használat. In Paksi, B., Demetrovics, Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. II. Kötet: Viselkedési addikciók*. ELTE PPK - L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 50–64.

[8.] Marionneau, V., Egerer, M., & Raisamo, S. (2023). Frameworks of gambling harms: A comparative review and synthesis. *Addiction Research & Theory*, 31(1), 69–76. https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2113071

[9.] Kristensen, J. H., Pallesen, S., Bauer, J., Leino, T., Griffiths, M. D., & Erevik, E. K. (2024). Suicidality among individuals with gambling problems: A meta-analytic literature review. *Psychological Bulletin*, 150(1), 82–106. https://doi.org/10.1037/bul0000411

[10.] Rodriguez-Monguio, R., Brand, E., & Volberg, R. (2018). The Economic Burden of Pathological Gambling and Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 12(1), 53–60. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000363

[11.] Vestergaard, S. V., Ulrichsen, S. P., Dahl, C. M., Marcussen, T., & Christiansen, C. F. (2023). Comorbidity, Criminality, and Costs of Patients Treated for Gambling Disorder in Denmark. *Journal of Gambling Studies*, 39(4), 1765–1780. https://doi.org/10.1007/s10899-023-10255-6

[12.] Hofmarcher, T., Romild, U., Spångberg, J., Persson, U., & Håkansson, A. (2020). The societal costs of problem gambling in Sweden. *BMC Public Health*, 20(1), 1921. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10008-9

[13.] Ukhova, D., Marionneau, V., Nikkinen, J., & Wardle, H. (2024). Public health approaches to gambling: a global review of legislative trends. *The Lancet. Public Health*, 9(1), e57–e67. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00221-9

[14.] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2025). *Gambling-related harms: identification, assessment and management*. Online elérés: https://www.nice.org.uk/guidance/ng248/resources/gamblingrelated-harms-identification-assessment-and-management-pdf-66143963317957 (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[15.] Office of Addiction Services and Supports (New York State) (2024). *Guidance Document for the Implementation of Problem Gambling Treatment Services*. Online elérés: https://oasas.ny.gov/system/files/documents/2024/01/guidance-document-for-implementation.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[16.] Office of Problem Gambling Services (2018). *Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems*. Online elérés: https://www.mass.gov/resource/practice-guidelines-for-treating-gambling-related-problems (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[17.] Kovács, P., Németh, A., Gonda, X., Csigó, K., Purebl, Gy., Kiss, D.B., Ozvald, G. (2024). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a pszichoterápiás ellátásról. *Egészségügyi Közlöny,* 74 (6), 909–1043. Online elérés: https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[18.] Kovács, P., Csigó, K., Kiss, D.B., Gonda, X., S. Nagy, Z., Takács, M., Mészáros, A., Demeter, Gy., Kárpáti, J., Verseghi, A., Csabai, M., Martos, T., Kapitány-Fövény, M., Farkas, J., Kiss, A., Tremkó, M., Köves, C.J., Guti, A., Holczer, B., Batal, B.A., Palásti, F., Maráz, A., Purebl, Gy. (2023). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, 71 (24), Online elérés: https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[19.] American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.

[20.] van Timmeren, T., Daams, J. G., van Holst, R. J., & Goudriaan, A. E. (2018). Compulsivity-related neurocognitive performance deficits in gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84, 204–217. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.022

[21.] Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. (2023). Risk Factors for Gambling Disorder: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 39(2), 483–511. https://doi.org/10.1007/s10899-023-10195-1

[22.] Ioannidis, K., Hook, R., Wickham, K., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2019). Impulsivity in Gambling Disorder and problem gambling: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*, 44(8), 1354–1361. https://doi.org/10.1038/s41386-019-0393-9

[23.] Solly, J. E., Albertella, L., Ioannidis, K., Fineberg, N. A., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2025). Recent advances in understanding how compulsivity is related to behavioural addictions over their timecourse. *Current Addiction Reports*, 12(1), 26. https://doi.org/10.1007/s40429-025-00621-2

[24.] Wolfschlag, M., & Håkansson, A. (2023). Drug-Induced Gambling Disorder: Epidemiology, Neurobiology, and Management. *Pharmaceutical Medicine*, *37*(1), 37–52. https://doi.org/10.1007/s40290-022-00453-9

[25.] Aschermann, Zs., Dibó, Gy., Klivényi, P., Kovács, N., Takács, A., Varannai, L. (2018). A Parkinson-kór és Parkinson-szindrómák kezelése – egészségügyi szakmai irányelv. Online elérés: https://parkinson-tarsasag.hu/upload/parkinson/document/szakmai_iranyelv_parkinson-kor_es_parkinson-szindromak_kezelese_20182.pdf?web_id= (Elérés dátuma: 2025. szeptember 28.)

[26.] World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. https://icd.who.int/

[27.] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

[28.] Ferris, J. A., & Wynne, H. J. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index*. Canadian Centre on Substance Abuse.

[29.] Gyollai, A., Urbán, R., Kun, B., Kökönyei, G., Eisinger, A., Magi, A., Demetrovics, Z. (2013). A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 274–280.

[30.] Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188. https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184

[31.] Gyollai, A., Urbán, R., Kun, B., Paksi, B., Arnold, P., Balázs, H., Kökönyei, G., Oláh, A., & Demetrovics, Z. (2011). Problémás és patológiás szerencsejáték Magyarországon: a South Oaks szerencsejáték kérdőív magyar verziójának (SOGS-HU) hazai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 26(4), 230–240.

[32.] Stewart, S. H., & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103(7), 1110–1117. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02235.x

[33.] Lostutter, T. W., Lewis, M. A., Cronce, J. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2014). *Gambling Protective Behavior Scale (GPBS) [Database record]*. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t32806-000

[34.] May, R. K., Whelan, J. P., Steenbergh, T. A., & Meyers, A. W. (2003). The gambling self-efficacy questionnaire: an initial psychometric evaluation. *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 339–357. https://doi.org/10.1023/a:1026379125116

[35.] Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564–574. https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0504

[36.] Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., Lucht, M., Grabe, H. J., & Rumpf, H. J. (2015). Suicidal events among pathological gamblers: the role of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Psychiatry Research*, 225(3), 413–419. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.074

[37.] Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 735–754. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_168

[38.] Waluk, O. R., Youssef, G. J., & Dowling, N. A. (2016). The Relationship Between Problem Gambling and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 591–604. https://doi.org/10.1007/s10899-015-9564-8

[39.] Butcher, J. N (2006). *MMPI-2: The Practitioner's Handbook*. Washington, DC: American Psychological Association.

[40.] Girasek, H.., Batal, B.A.., Soós, A., Kiss, A. (2025) Az MMPI-2 értelmezési és alkalmazási lehetőségei addiktológiai zavarok esetében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 80(2), 1–25.

[41.] Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

[42.] Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56–61. https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56

[43.] Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

[44.] Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382

[45.] Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., Skeppar, P., Vieta, E., & Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217–233. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011

[46.] First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.

[47.] Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). *Beck Anxiety Inventory [Database record].* APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t02025-000

[48.] Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

[49.] Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD) [Database record].* APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t06496-000

[50.] Wong, P. W., Chan, W. S., Conwell, Y., Conner, K. R., & Yip, P. S. (2010). A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 213–216. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.001

[51.] Perczel-Forintos, D., Sallai, J., Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*, 19, 2, 307–321.

[52.] Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343

[53.] Blazsek, P., Wernigg, R. (2015). *Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában*. Oriold és Társai, Budapest

[54.] First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L. (2018). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára - SCID-5-PD*. Oriold és Társai, Budapest

[55.] First, M.B., Skodol, A.E., Bender, D.S., Oldham, J.M. (2021). *Strukturált klinikai interjú a DSM-5 alternatív személyiségzavar-modelljéhez - SCID-5-AMPD*. Oriold és Társai, Budapest

[56.] Kooij, J.J.S. & Francken, M.H. (2010) *DIVA 2.0. Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 20 Diagnostic Interview ADHD in Adults]*. DIVA Foundation.

[57.] Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791–804. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

[58.] Stockwell, T., Murphy, D., & Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78(2), 145–155. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb05502.x

[59.] OPD Munkaközösség (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2 - A diagnosztika és a terápiavezetés kézikönyve*. Oriold és Társai Kft, Budapest

[60.] Kernberg, O.F. (2005). Differenciáldiagnózis és kezelés. *Pszichoterápia*, 14, 501–514.

[61.] Ioannidis, K., Del Giovane, C., Tzagarakis, C., Solly, J. E., Westwood, S. J., Parlatini, V., Bowden-Jones, H., Grant, J. E., Cortese, S., & Chamberlain, S. R. (2025). Pharmacological management of gambling disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 137, 152566. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152566

[62.] College of Family Physicians of Canada (2023). *Practical Approach to Gambling Disorder for the Family Physician.* Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada.

[63.] Food and Drug Administration (2016). *FDA Drug Safety Communication: FDA warns about new impulse-control problems associated with mental health drug aripiprazole (Abilify, Abilify Maintena, Aristada)*. Online elérés: https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-warns-about-new-impulse-control-problems-associated-mental-health (Elérés dátuma: 2025. 05. 10.)

[64.] Rash, C. J., & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 285–295. https://doi.org/10.2147/PRBM.S40883

[65.] Choi, S. W., Shin, Y. C., Kim, D. J., Choi, J. S., Kim, S., Kim, S. H., & Youn, H. (2017). Treatment modalities for patients with gambling disorder. *Annals of General Psychiatry*, 16, 23. https://doi.org/10.1186/s12991-017-0146-2

[66.] Raylu, N., Oei, T. P., Loo, J. M., & Tsai, J. S. (2016). Testing the Validity of a Cognitive Behavioral Model for Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 773–788. https://doi.org/10.1007/s10899-015-9567-5

[67.] Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31(2), 351–364. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80019-2

[68.] Chóliz M., Marcos M. (2024). "Gambler": Behavioural-Cognitive Treatment of Online Gambling Disorder. A Step-by-Step Treatment Guide. *Clinical Case Reports and Studies,* 5(3), 1–16. https://doi.org/10.59657/2837-2565.brs.24.095

[69.] Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

[70.] Office of Addiction Services and Supports (2024). *Guidance Document for the Implementation of Problem Gambling Treatment Services*. Online elérés: https://oasas.ny.gov/system/files/documents/2024/01/guidance-document-for-implementation.pdf (Elérés dátuma: 2025.05.12.)

[71.] Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuzienski, E., & Whiting, S. W. (2018). Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(3), 348–362. https://doi.org/10.1177/1049731515606977

[72.] Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C., & Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72–82. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011

[73.] Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G., & Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 950–960. https://doi.org/10.1037/a0016318

[74.] Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J., & Petry, N. M. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 266–267. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062414

[75.] Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Phukao, D., & Guadamuz, T. E. (2023). Early maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1416–1432. https://doi.org/10.1002/cpp.2882

[76.] McIntosh, C. (2017): Schema Therapy for Problem Gamblers, In: McIntosh, C. & O'Neill, K. (2017): *Evidence-Based Treatments for Problem Gambling*, Springer Cham, pp. 51–62.

[77.] Lacy, E. (2024). STAT: schema therapy for addiction treatment, a proposal for the integrative treatment of addictive disorders. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1366617. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1366617

[78.] Rosenthal, R. J. (2008). Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico [Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 Suppl 1, S41–S50. https://doi.org/10.1590/s1516-44462008005000004

[79.] Okray, Z., & Direktör, C. (2021). Diagnosis and treatment of gambling addiction. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 8(3), 194–200.

[80.] Ribeiro, E. O., Afonso, N. H., & Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21(1), 105. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2

[81.] Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie*. 2. Aufl . Stuttgart, Schattauer

[82.] Walter, M., Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 57, 425–433.

[83.] Yeomans F. E., Diamond D. (2012). Áttétel-fókuszú pszichoterápia és a borderline személyiségzavar. In Clarkin J. F., Fonagy P., Gabbard G. O. (szerk.): *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és társai, Budapest, pp. 225–257.

[84.] Hraba, J., & Lee, G. (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, *12*(1), 83–101. https://doi.org/10.1007/BF01533191ű

[85.] Kapitány-Fövény, M., Farkas, J. (2019). *Új tét: online, automatizált intervenció a szerencsejáték-függőség kezelésére*. Előadás a Magyar Addiktológiai Társaság XII. Országos Kongresszusán, 2019. november 28–30. Siófok

[86.] Augner, C., Vlasak, T., Aichhorn, W., & Barth, A. (2022). Psychological online interventions for problem gambling and gambling disorder – A meta-analytic approach. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 86–94. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.006

[87.] Rodda S. N. (2022). A Systematic Review of Internet Delivered Interventions for Gambling: Prevention, Harm Reduction and Early Intervention. *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 967–991. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10070-x

[88.] Rolvien, L., Buddeberg, L., Gehlenborg, J., Borsutzky, S., & Moritz, S. (2024). A Self-Guided Internet-Based Intervention for the Reduction of Gambling Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 7(6), e2417282. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17282

[89.] ELTE Szerencsejátékos Segélytelefon. Online elérés: https://pszi.ppk.elte.hu/content/elte-szerencsejatekos-segelytelefon.t.13328?m=4578 (Elérés dátuma: 2025. 05. 12.)

[90.] Schuler, A., Ferentzy, P., Turner, N. E., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P., & Matheson, F. I. (2016). Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1261–1278. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9596-8

[91.] Wulfert, E., Wemm, S. E., & Broussard, J. D. (2025). Betting on change: An analysis of cognitive motivational behavior therapy versus referral to gamblers anonymous for gambling disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/adb0001063

[92.] Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L., & Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. *Addiction*, 115(6), 1024–1037. https://doi.org/10.1111/add.14901

[93.] Bergeron, P.Y., Giroux, I., Chrétien, M., Bouchard, S. (2022). Exposure Therapy for Gambling Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Current Addiction Reports*, 9, 179–194. https://doi.org/10.1007/s40429-022-00428-5

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A Egészségügyi Szakmai Irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Addiktológia Tagozat elnöke és egyben irányelvfejlesztő kapcsolattartója határozta meg a fejlesztőcsoport tagjait és a tagok feladatait. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a jelen egészségügyi szakmai irányelv tartalmában szakértők, illetve az ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelvfejlesztés során a szakirodalomkeresés és -szelekció elsődleges célja a hazai és nemzetközi kutatási és klinikai gyakorlat kapcsán elérhető, az SzHZ-vel kapcsolatos ajánlások és irányelvek azonosítása és integrálása volt, kiegészítve azokat a lehető legkurrensebb empirikus adatok áttekintésével. Ahol erre lehetőség adódott, a jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztőcsapata a szisztematikus áttekintő tanulmányokat és metaanalíziseket részesített előnyben.

Az irodalomkeresés során elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed és a Cochrane-adatbázis jelentette a fő szakirodalmi forrásadatbázisokat. A keresés során az alábbi keresőszavak mentén azonosítottuk a felhasznált irodalmakat: „szerencsejáték-használati zavar", „problémás szerencsejáték", „patológiás szerencsejáték", „szerencsejáték-függőség", „szerencsejáték-addikció", „káros szerencsejáték-használat", „irányelv", „ajánlás", „metaanalízis", „szisztematikus áttekintő tanulmány", „randomizált kontrollált vizsgálat", „pszichoterápia", „farmakoterápia", „szociális terápia", „szocioterápia", „etiológia", „kockázati tényező*". Angol nyelven: „gambling disorder", „problematic gambling", „pathological gambling", „gambling addiction", „gambling dependence", „harmful gambling", „guideline", „recommendation", „meta-analysis", „systematic review", „randomized controlled trial", „psychotherapy", „pharmacotherapy", „social therapy", „sociotherapy", „etiology", „risk factor*". A szakirodalmi keresés lezárásának időpontja: 2025. április 1.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az egészségügyi szakmai irányelv konszenzuson alapuló ajánlásokat tartalmaz, az adaptálásra felhasznált dokumentumok a szakterületen általánosan elfogadottak, melyet az V. Bevezetés melléklet 3. pontja, valamint a IX. Irodalom fejezet tartalmaz. A fejlesztőcsoport a szakirodalmat kritikusan értékelte; elfogadta az irányelveket kiadó nemzetközi szervezetek feldolgozásának eredményét, a szakértők véleményét. Ezeket a bizonyítékokat a fejlesztőcsoport tagjai adaptálták és sorolták be a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). SIGN 50 figyelembevételével, miután ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti adaptálhatóságát. Amennyiben a bizonyíték nem magyarországi viszonyoknak megfelelő adatokra támaszkodott, akkor a fejlesztőcsoport konszenzusa volt a mérvadó.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

5. Véleményezés módszere

Véleményező Tagozatoknak azokat a Tagozatokat jelölte ki az Addiktológia Tagozat elnöke, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértőként Dr. Berczik Krisztina, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta került bevonásra tanácskozási joggal. A független szakértőtől beérkező módosítási, kiegészítő javaslatokat a fejlesztőcsoport minden esetben mérlegelte, és azokat az irányelvtervezet módosítása során beépítette az újabb változatba.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1.2.1. Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív (PGSI) [29]

Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy...

	Soha	Néha	Gyakran	Majdnem mindig
… nagyobb összeget kockáztatott, mint amekkora veszteséget megengedhet magának	0	1	2	3
… nagyobb összeget kellett kockáztatnia ahhoz, hogy ugyanazt az izgalmat élhesse át, mint korábban?	0	1	2	3
… hogy egy veszteséget követően rövid időn belül visszament, hogy visszanyerje a korábban elveszített pénzét?	0	1	2	3
… pénzt kért kölcsön valakitől vagy eladott valamit, hogy pénzhez jusson a játékhoz?	0	1	2	3
… úgy érezte, hogy problémája van a szerencsejátékkal kapcsolatosan?	0	1	2	3
… a szerencsejáték miatt valamilyen egészségügyi problémája volt; beleértve a stresszt és a szorongást is?	0	1	2	3
… mások szóvá tették, hogy Ön szerencsejátékozik, vagy azt mondták, hogy Önnek problémája van a szerencsejátékkal (függetlenül attól, hogy Ön szerint igazuk volt vagy sem)?	0	1	2	3
… anyagi nehézségei támadtak Önnek vagy az Önnel együtt élőknek a szerencsejáték miatt?	0	1	2	3
… bűntudatot érzett a szerencsejátékozása vagy annak következményei miatt?	0	1	2	3

Értékelés módja: Adja össze a kérdésekre adott válaszok pontértékeit! A teszt eredményeit az alábbiak szerint értelmezheti:

0 pont: Problémamentes játékos

1–2 pont: Alacsony/enyhe problémájú játékos

3–7 pont: Közepesen problémás játékos

8 pont felett: Kifejezetten problémás játékos. Valószínűsíthető, hogy szerencsejáték-függőség áll fenn. Ez esetben már javasolt szakemberhez fordulni segítségért!

1.2.2. South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (SOGS-HU) [31]

1/a		
Kérjük, jelölje minden egyes alábbi szerencsejáték-típus esetében, hogy valaha életében kipróbálta-e azt? **Minden típus esetén (azaz minden sorban) egy választ jelöljön meg!**	**Soha**	**Igen, játszottam már ilyet**
a) kártyázás pénzben	0	1
b) fogadás lóversenyre, kutyafuttatásra vagy egyéb állatokra történő fogadás (akár a verseny helyszínén, akár fogadóirodán keresztül vagy máshogy)	0	1
c) sportfogadás (például: Totó, Góltotó, Tippmix)	0	1
d) kockajáték pénzben	0	1
e) kaszinózás	0	1
f) lottózás vagy egyéb olyan játék, ahol számokra lehet fogadni (tippelni) (például Kenó, Luxor, Puttó)	0	1
g) sorsjegyek (például Legyen Malaca, Astro, Méhecske, Bankó, Fáraók kincse stb.)	0	1
h) tőzsdézés (rövid távú tőzsdei tranzakciók), valutázás	0	1
i) játék nyerőgépen (pókergép, gyümölcsös, rulettautomata vagy egyéb játékgép)	0	1
j) internet-kaszinózás	0	1
k) biliárdozás, bowlingozás, tekézés, golfozás vagy egyéb ügyességi játék pénzben	0	1
l) egyéb szerencsejáték	0	1

1/b	**Játszottam már hetente…**		**SOHA**	**NEM**
Kérjük, jelölje minden egyes alábbi szerencsejáték-típus esetében, hogy előfordult-e Önnel valaha az Ön életében, hogy az adott játékot „hetente vagy sűrűbben, mint hetente” játszotta? Amennyiben előfordult ilyen, kérjük jelölje azt is, hogy mikor! **Minden típus esetén (azaz minden sorban) egy választ jelöljön meg!**	**Az ELMÚLT HÓNAP során**	**Az ELMÚLT ÉV során**	**Régebben, mint egy ÉVE**	**SOHA nem játszottam hetente**
a) kártyázás pénzben	3	2	1	0
b) fogadás lóversenyre, kutyafuttatásra vagy egyéb állatokra történő fogadás (akár a verseny helyszínén, akár fogadóirodán keresztül vagy máshogy)	3	2	1	0
c) sportfogadás (például Totó, Góltotó, Tippmix)	3	2	1	0
d) kockajáték pénzben	3	2	1	0
e) kaszinózás	3	2	1	0
f) lottózás vagy egyéb olyan játék, ahol számokra lehet fogadni (tippelni) (például Kenó, Luxor, Puttó)	3	2	1	0
g) sorsjegyek (például Legyen Malaca, Astro, Méhecske, Bankó, Fáraók kincse stb.)	3	2	1	0
h) tőzsdézés (rövid távú tőzsdei tranzakciók), valutázás	3	2	1	0
i) játék nyerőgépen (pókergép, gyümölcsös, rulettautomata vagy egyéb játékgép)	3	2	1	0
j) internet-kaszinózás	3	2	1	0
k) biliárdozás, bowlingozás, tekézés, golfozás vagy egyéb ügyességi játék, pénzben	3	2	1	0
l) egyéb szerencsejáték	3	2	1	0

Az alábbi kérdéseknél kérjük, jelölje x-szel azt a választ, amelyik igaz Önre!

2. Mi az a legnagyobb összeg, amit Ön valaha egy nap leforgása alatt összesen megkockáztatott? (Nem a legnagyobb tétről van szó, hanem hogy az adott napon összesen mennyi pénzt tett fel a játékra; függetlenül attól, hogy milyen eredménnyel!)

a) soha nem játszottam pénzben	
b) 100 Ft vagy annál kevesebb	
c) 100 és 1 000 Ft közötti összeg	
d) 1 000 és 10 000 Ft közötti összeg	
e) 10 000 és 100 000 Ft közötti összeg	
f) 100 000 és 1 000 000 Ft közötti összeg	
g) Több mint 1 000 000 Ft	

3. A szüleinek vannak (voltak) szerencsejáték-problémái?

a) mindkét szülőm sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott	
b) az apám sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott	
c) az anyám sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott	
d) egyik szülőm sem szerencsejátékozik/szerencsejátékozott sokat	

4. Amikor szerencsejátékot játszik és veszít, milyen gyakran fordul elő, hogy egy másik napon visszamegy azért, hogy visszanyerje az elveszített pénzét?

a) soha	
b) néha (kevesebb, mint az olyan esetek felénél, amikor veszítek)	
c) gyakran (az olyan esetek több mint felénél, amikor veszítek)	
d) mindig visszamegyek, amikor veszítek	

5. Előfordult-e valaha, hogy azt állította, hogy nyert a szerencsejátékon, miközben ez nem volt igaz, mert valójában veszített?

a) soha (vagy soha nem játszott még)	
b) igen, de kevesebbszer, mint a vesztes játékok felénél	
c) igen, ez gyakran előfordul	

6. Érzése szerint volt már valaha problémája a szerencsejáték miatt?

a) nem	
b) igen, korábban volt, de jelenleg már nincs	
c) igen, jelenleg is van	

7. Előfordult-e valaha, hogy többet játszott annál, mint amennyit eredendően szándékozott?

a) igen	
b) nem	

8. Előfordult-e Önnel valaha, hogy mások szóvá tették, hogy szerencsejátékozik?

a) igen	
b) nem	

9. Előfordult-e Önnel valaha, hogy bűntudatot érzett a szerencsejátékozása, vagy annak következményei miatt?

a) igen	
b) nem	

10. Volt-e valaha olyan érzése, hogy szeretné abbahagyni a szerencsejátékot, miközben úgy gondolta, hogy erre nem lenne képes?

a) igen	
b) nem	

11. Előfordult-e valaha, hogy rejtegette a fogadószelvényt, a lottószelvényt, valamilyen más, szerencsejátékkal kapcsolatos tárgyat vagy a bankszámlát a férje/felesége, gyermeke vagy más, az Ön számára fontos személy elől?

a) igen	
b) nem	

12. Volt-e valaha nézeteltérése családtagjaival azzal kapcsolatban, hogy miként bánik Ön a pénzzel?

a) igen	
b) nem	

13. Amennyiben az előző (12.) kérdésre igennel válaszolt: Előfordult-e valaha, hogy az anyagiakkal kapcsolatos viták központjába a szerencsejáték került?

a) igen	
b) nem	

14. Előfordult-e Önnel valaha, hogy kölcsönkért valakitől, majd nem fizette vissza a tartozását a játék miatt?

a) igen	
b) nem	

15. Előfordult-e valaha, hogy elkésett a munkából (vagy az iskolából) a szerencsejáték miatt?

a) igen	
b) nem	

16. Amennyiben előfordult Önnel valaha, hogy pénzt kért kölcsön a játékra vagy azért, hogy a játékkal kapcsolatos adósságait rendezze, kitől vagy honnan kölcsönözte a pénzt, illetve miből fedezte a kiadást? Kérjük, minden sorban jelölje meg az 'igen' vagy a 'nem' válasz valamelyikét!

	igen	nem
a) a családi kasszából		
b) férjétől/feleségétől		
c) más hozzátartozójától vagy rokonától		
d) banktól vagy hitelintézettől		
e) hitelkártyáról		
f) uzsorástól		
g) pénzzé tette részvényeit, kötvényeit vagy egyéb értékpapírjait		
h) eladott valamilyen saját vagy családi tulajdont		
i) nem létező fedezetet próbált felhasználni		
j) a kocsmában/presszóban van (volt) rendszeres hitele		
k) a játékteremben, kaszinóban van (volt) rendszeres hitele		

Értékelés módja: Minden – az alábbiakban felsorolt – válasz 1 pontot ér (lehetséges pontszám: 0–20):

4. kérdés: c vagy d
5. kérdés: b vagy c
6. kérdés: b vagy c
7. kérdés: a
8. kérdés: a
9. kérdés: a
10. kérdés: a
11. kérdés: a
13. kérdés: a
14. kérdés: a
15. kérdés: a
16. kérdés a–i: valamennyi 'igen' válasz 1 pont

1.2.3. Szerencsejáték Motivációi Kérdőív [32]

Kérjük, jelezze, hogy az alábbiakban felsoroltak közül melyik szerencsejáték-használati motiváció mennyire gyakran jellemző az Ön szerencsejáték-tevékenységére!

Úgy érzem, azért játszom, ...	soha/ majdnem soha	időnként	gyakran	majdnem mindig/ mindig
1... mert ez az ünneplés egy módja.	0	1	2	3
2... hogy megnyugodjak.	0	1	2	3
3... mert szeretem azt az érzést.	0	1	2	3
4... mert a legtöbb barátom ezt teszi, amikor együtt vannak.	0	1	2	3
5... hogy megfeledkezzek gondjaimról.	0	1	2	3
6... mert izgalmas.	0	1	2	3
7... hogy könnyebben oldódjak társaságban.	0	1	2	3
8... hogy magabiztosabbnak és határozottabbnak érezzem magamat.	0	1	2	3
9... hogy feldobódjak.	0	1	2	3
10... mert különleges alkalmakkor jó játszani.	0	1	2	3
11... mert segít, amikor lehangoltnak vagy idegesnek érzem magamat.	0	1	2	3
12... mert jó buli.	0	1	2	3
13... mert élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket.	0	1	2	3
14... hogy jobb kedvre derüljek, amikor rossz hangulatban vagyok.	0	1	2	3
15... mert jól érzem magamat, amikor játszom.	0	1	2	3

Értékelés módja: Az alábbi faktorok mentén kiszámítjuk a faktorokhoz tartozó tételek összpontszámát, hogy meghatározzuk, a kliensre melyik szerencsejáték-használati motiváció érvényes leginkább:
Szociális motiváció: 1., 4., 7., 10., 13. tétel
Megküzdéses motiváció: 2., 5., 8., 11., 14. tétel
Fokozásos motiváció: 3., 6., 9., 12., 15. tétel

1.3. Táblázatok

1. Táblázat: A szerencsejáték-használati zavar lehetséges tünetei [2]

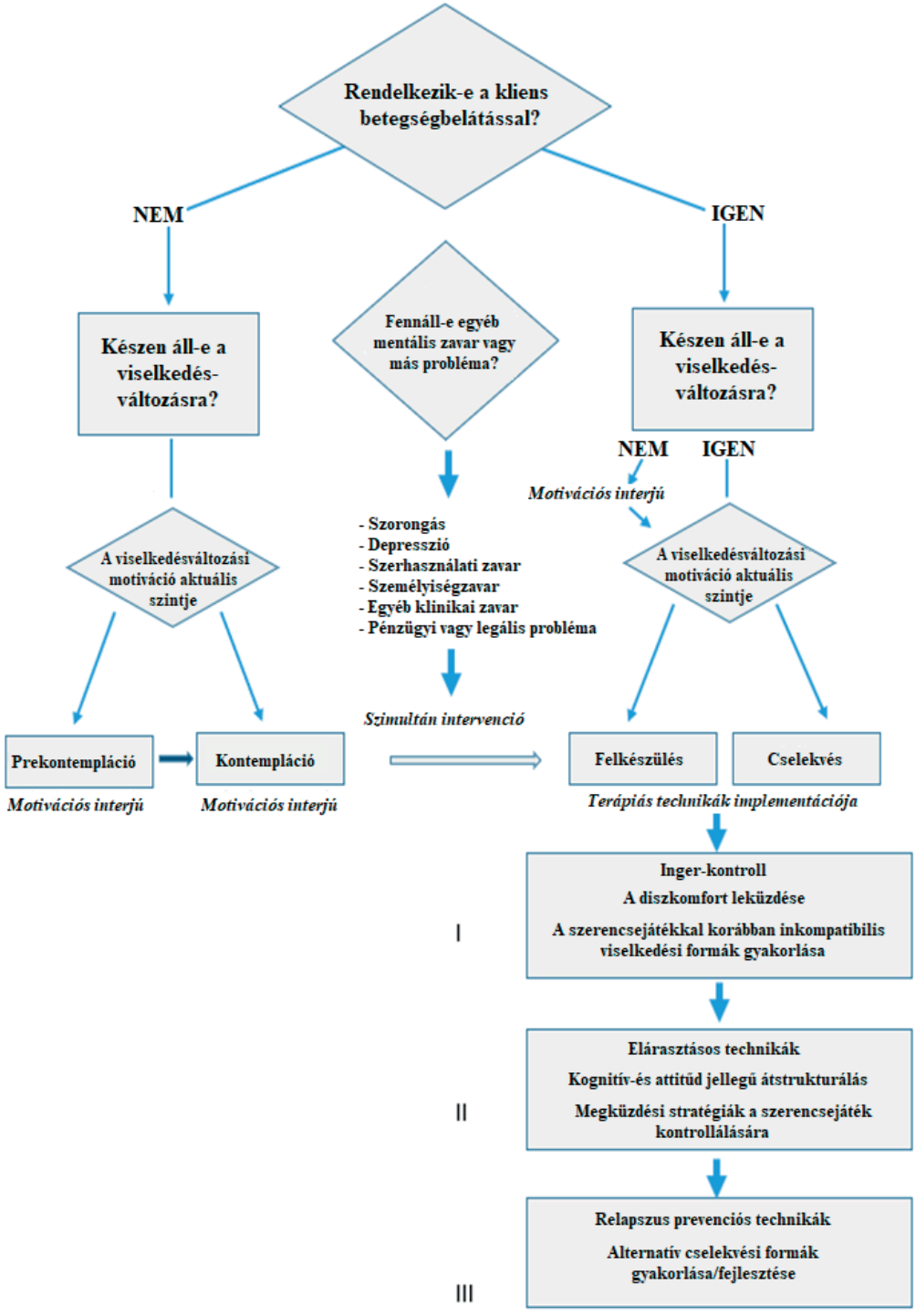
Szerencsejáték-használati zavar tünetek
Tolerancia
Megvonás
A személy ismételten sikertelen próbálkozásokat tesz a szerencsejáték kontrollálására, visszaszorítására vagy abbahagyására
Gondolati lekötöttség, a szerencsejátékkal való intenzív foglalkozás
A szerencsejáték folytatása a problémáitól, vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja
Veszteség utáni vadászat; ha a szerencsejátékon pénzt veszít, gyakran másnap visszatér, hogy egyenlítsen
Hazudik a családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét
Illegális cselekményeket, mint hamisítást, csalást, lopást, vagy sikkasztást követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát
Játékszenvedély miatt veszélyeztet, vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási vagy karrierlehetőséget
Az érintett másokra támaszkodva gondoskodik pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen

2. Táblázat: A szerencsejáték-használati zavar kezelésében ajánlott pszicho-, szocio- és farmakoterápiás intervenciók [14, 65, 71, 72, 76, 79, 81, 93]

Pszicho- és szocioterápiás intervenciók OHZ-ban
Pszichoterápia
Kognitív viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
Mudfulness/tudatos jelenlétalapú terápia
Család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
Áttételfókuszú pszichoterápia
Sématerápia
Pszichodinamikus pszichoterápia
Szociális terápia
12 lépéses programok
CRAFT
Egyéb terápia
Ingerexpozíciós terápiák
Farmakoterápia
Naltrexon

1.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A szerencsejáték-használati zavarban szenvedő kliens CBT-fókuszú pszichoterápiás ellátásának algoritmusa [68]



1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült.