

**Raport z badania:**

**Proces terapeutyczny i jego stymulatory w doświadczeniach osób  
uzależnionych od hazardu**

**Nazwa zadania Ministra Zdrowia:** Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego

**Autorzy:**

prof. zw. dr hab. Elżbieta Łuczak

dr Marta Rukat

## Wprowadzenie

Współczesna rzeczywistość niesie ze sobą wiele problemów i zagrożeń, dotyczących rozmaitych obszarów ludzkiego życia i działania i choć przez wiele lat uzależnienia utożsamiano przede wszystkim z zażywaniem substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, czy narkotyki, to jednak współcześnie, obok tradycyjnie wyodrębnianych uzależnień coraz częściej mamy do czynienia z nowymi uzależnieniami – behawioralnymi, które dotyczą różnego rodzaju kompulsywnych zachowań, w tym między innymi hazardu, grania w gry komputerowe, seksu, ćwiczeń fizycznych, zakupów, pracy i in.

Hazard stanowi obecnie element kultury i jest niewątpliwie ważną częścią świata rozrywki – warto nadmienić, że w niektórych krajach wpływy z hazardu stanowią niemałą część dochodu państwa.

Dla jednych uczestnictwo w grach hazardowych to jedynie pewna forma odskoczni od rzeczywistości, dla innych z kolei to nowa, inna forma rozrywki, coraz bardziej powszechna, która nie nudzi się, ale z czasem staje się coraz bardziej atrakcyjna, co może oznaczać spełnienie wizji A. Huxleya, który żywił obawę, że to, co człowiek kocha, może go zniszczyć – dla wielu bowiem adoracja technologii, kierowanie się przyjemnością i hołdowanie jej jest spełnieniem prognoz pisarza.

Analiza literatury pozwala wyodrębnić mnogość określeń dotyczących samego uzależnienia hazardowego, jednak we współczesnych publikacjach dotyczących zjawiska do jego opisu używa się przede wszystkim terminów: *nałogowe uprawianie hazardu* (addictive gambling), *hazard problemowy* (problem gambling), *hazard kompulsywny/przymusowy* (compulsive gambling) i *hazard patologiczny* (pathological gambling).

Patologiczny hazard to zdefiniowane medycznie zaburzenie, z dostępnymi aktualnie kryteriami diagnostycznymi, opisanymi zarówno w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V), jak również w obowiązującej wciąż X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10 lokuje hazard patologiczny w szerokiej kategorii zaburzeń osobowości i zachowania, w obrębie zaburzeń nawyków i popędów (F63.0), definiując go jako:

*„częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszania norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych [a] dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz kłamią i łamią prawo dla uzyskania pieniędzy lub uniknięcia spłacania długów (...) opisując intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą”* (ICD 10, 2000, s. 178).

Z kolei wszystkie wcześniejsze konceptualizacje, kryteria oraz opisy patologicznego hazardu, zawarte w DSM-III, DSM-IV oraz DSM-IV-TR ujmowały go jako „*zaburzenie kontroli impulsów nieokreślone inaczej*” i dopiero najnowsza klasyfikacja DSM-V, obowiązująca od roku 2013, po raz pierwszy lokuje zaburzenia uprawiania hazardu w grupie zaburzeń związanych z substancjami (psychoaktywnymi) i zaburzeń nałogowych, jako jedyne spośród nałogów behawioralnych.

Najnowsze badania mające na celu oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych donoszą, że w Polsce problem hazardu szybko narasta w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Świadczy o tym zarówno wzrost możliwości jego uprawiania w różnej formie, jak również rosnąca liczba osób leczonych z uzależnienia od hazardu, bowiem hazard można uprawiać obecnie nie tylko w kasynach gry, lecz także w salonach gier, loteriach, w Internecie, kolekturach lotto, itp. W określonych okolicznościach działania te, traktowane początkowo jako rozrywka lub szybki i łatwy sposób osiągnięcia korzyści finansowych nabierają cech choroby – uzależnienia behawioralnego.

A. Derwich-Nowak<sup>1</sup> podaje, że w Polsce z powodu hazardu patologicznego cierpi około 1% populacji, a kolejne 3% jest nim poważnie zagrożone. Biorąc pod uwagę liczbę ludności naszego kraju (trochę ponad 38 mln) oraz zakładając, że z powodu nałogowego

---

<sup>1</sup> A. Derwich-Nowak, *Patologiczny hazard*, Warszawa 2010, s. 7

grania, oprócz samego hazardzisty, konsekwencje ponoszą także średnio cztery osoby z najbliższego otoczenia (rodzice, partnerzy, dzieci) łatwo obliczyć, że w Polsce możemy mieć około 380 tys. uzależnionych od grania, 1140 tys. zagrożonych tą chorobą i łącznie około 6 mln 80 tys. osób z rodziny bezpośrednio doświadczających negatywnych skutków hazardu - jest to więc w naszym kraju poważny problem.<sup>2</sup>

Każda terapia podejmowana w stosunku do osób uzależnionych nie jest zadaniem łatwym. Wymaga specjalistycznych oddziaływań, doświadczenia, odpowiedniej motywacji osób uzależnionych, wsparcia im najbliższych, a nade wszystko dobrej, kompetentnej diagnozy. Jest ona równocześnie tym trudniejsza, gdy weźmiemy pod uwagę uzależnienia nowe, behawioralne, których zagrożenia nie są jeszcze do końca rozpoznane, a metody terapeutyczne niewystarczająco ugruntowane. Dodatkowe utrudnienie terapii uzależnień czynnościowych związane jest z tym, że dotyczy ona zachowań akceptowanych społecznie, wchodzących w zakres powinności każdego człowieka, których całkowicie nie można jednostki pozbawić (jak to często ma miejsce w przypadku uzależnień substancjalnych), lecz co najwyżej znacznie ograniczyć.

W takiej sytuacji proces terapii osób uzależnionych behawioralnie, mimo to, że skazany jest na licznie piętrzące się trudności, to jednak nastawiony jest na konieczność wypracowania takiego modelu terapii, który w bardziej optymalny sposób służyłby skuteczniejszemu jej efektom.

W opracowaniu takiego modelu często wykorzystywane są dotychczasowe wzorce oddziaływań terapeutycznych, stosowane w terapii osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, przez co terapia zarówno osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, jak i samych czynności prowadzona jest wspólnie. Takie podejście w wielu przypadkach może okazać się słuszne, zważywszy na liczne podobieństwa pomiędzy uzależnieniami substancjalnymi i behawioralnymi, jednak czy do końca właściwe?

W terapii uzależnień hazardowych niewątpliwie niezwykle istotnym jest określenie etapów rozwoju uzależnienia występującego w różnych fazach chorobowych.

Jednym z kryteriów uzależnienia od hazardu jest podział ze względu na stopień zaangażowania w grę. Według tej klasyfikacji pierwszy poziom (poziom 0) dotyczy

---

<sup>2</sup> Tamże.

jednostek, które nie wykazują żadnego zainteresowania względem gier hazardowych - gry wówczas są mało atrakcyjną formą rozrywki, która dla tych jednostek może nie istnieć. W drugim poziomie (poziom 1) występuje granie okazjonalne w celach rozrywkowych, które nie powoduje żadnych znaczących szkód. Następnym poziomem (poziom 2) jest hazard problematyczny. Ostatni poziom (poziom 3) dotyczy natomiast osób, które są uzależnione od hazardu i nie wyobrażają sobie codzienności bez podejmowania tego rodzaju aktywności - całe ich życie jest podporządkowane wykonywaniu tej czynności, a wszystko dookoła przestaje mieć znaczenie. Na tym poziomie jednostki wykazują co najmniej 5 zachowań spośród wyszczególnionych w DSM-IV<sup>3</sup>. Należy do nich:

- skupienie myśli na hazardzie (np. przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń hazardu, odgrywanie się, planowanie następnej gry lub myślenie, jak zdobyć pieniądze na hazard, planowanie strategii gry);
- granie coraz wyższymi stawkami, aby osiągnąć odpowiedni efekt podniecenia;
- regularne próby zaprzestania gry lub jej kontroli;
- objawy abstynencji (drażliwość, podenerwowanie lub poirytowanie towarzyszące próbom zaprzestania gry);
- hazard jest sposobem ucieczki przed problemami, życiem realnym lub sposobem poprawienia dysforycznego nastroju (np. uczucia bezradności, lęku, winy, depresji, rozżalenia);
- powodem powrotu do gry jest chęć odegrania się po utracie pieniędzy;
- osoba zataja stopień zaangażowania w grę poprzez kłamstwa wobec członków rodziny, terapeuty, lub innych osób;
- popełnianie przestępstw, by zdobyć pieniądze na hazard;
- utrata znaczących relacji z ludźmi lub utrata pracy, jak również możliwość wykształcenia lub rozwoju kariery zawodowej z powodu hazardu;

---

<sup>3</sup> Ch. F. Wellford, *Pathological gambling a critical review*, Waszyngton 1999, s. 20-21.

- zależność od osób udzielających hazardziste pomocy finansowej w trudnej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardem<sup>4</sup>.

Dokonując analizy procesu terapeutycznego osób uzależnionych od hazardu niezwykle ważne wydaje się określenie jego przebiegu. W trakcie trwania uzależnienia można wyszczególnić etapy, określane również jako fazy - zaznaczyć jednak należy, iż proces zdrowienia nie jest jednolicie wzrostowy, bowiem gracz na każdym etapie może się cofnąć do początku tego procesu, zatrzymać, proces ten może również ulec wyhamowaniu.

Wśród różnych podziałów procesu terapeutycznego na uwagę zasługuje poniżej opisany, wyszczególniający:

1. fazę wstępną, w której hazardzista przyznaje się do gry, jednak nie widzi w tym nic złego, wręcz uważa, że gra stanowi konstruktywne zajęcie. Na jakąkolwiek informację świadczącą o nadmiernej aktywności związanej z grami hazardzista reaguje złością oraz zaprzeczeniem, natomiast problem jest w stanie zauważyć jedynie u innych graczy. Osoba na tym etapie nie ma motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań w celu zmiany. Natomiast leczenie najczęściej jest spowodowane zewnętrznym naciskiem, - wiąże się z dużym oporem hazardzisty i wymaga od terapeuty dostarczenia wiedzy w zakresie uzależnienia i jego mechanizmów, jak również konfrontacji poglądów gracza z opiniami innych osób.
2. fazę zastanowienia, w której hazardzista dostrzega konsekwencje nadmiernego angażowania się w hazard i planuje podjąć działania związane z zaprzestaniem gry, jednak ostateczną decyzję o terapii odwleka w czasie. Uzależniona jednostka poszukuje różnych rozwiązań jednakże – co istotne - próbuje poradzić sobie z uzależnieniem samodzielnie m. in. podejmując czasową abstynencję w celu udowodnienia sobie oraz innym, że granie nie stanowi dla niego nieodłącznego elementu codzienności. Na tym etapie zdrowienia wciąż ważną rolę odgrywa edukacja odnośnie hazardu oraz zachęcanie do spotkań z terapeutą.
3. fazę aktywnego przygotowania, w której u osoby uzależnionej występuje duża determinacja do podjęcia konkretnych działań mających na celu wyzdrowienie, co jest efektem kalkulacji zysków i strat związanych z grą. Etap ten charakteryzuje się

---

<sup>4</sup> A. Derwich- Nowak, *dz. cyt.*, s 13-14.

deklaracjami i oświadczeniami związanymi z chęcią podjęcia leczenia a działania hazardzisty zmierzają do poniesienia konsekwencji podejmowanych podczas grania działań – osoba uzależniona chce podjąć leczenie, jest już na nie gotowa, jednak czuje strach, a podejmowane działania nie są całościowe stąd też może im towarzyszyć zniechęcenie, co w konsekwencji może prowadzić do nieskuteczności terapii. Niezwykle ważną kwestią jest w tej fazie wspieranie hazardzisty w podejmowanych przez niego działaniach, które powinny składać się z małych, możliwych do osiągnięcia kroków, ważne jest również aby nauczyć gracza, że porażka nie sanowi przegranej a jest jedynie szansą na nauczenie się czegoś o sobie oraz możliwością wykorzystania w przyszłości uświadomionych wniosków.

4. fazę działania, akcji, w której hazardzista podejmuje konkretne działania mające na celu wyzdrowienie i w której jest on już gotowy ponosić konsekwencje związane z graniem oraz ma świadomość, że ucieczka od rzeczywistości przynosi jedynie straty i wpływa na pogorszenie obecnej sytuacji. Na tym etapie istnieje szczególne ryzyko związane z nawrotem choroby, w związku z czym niezwykle istotną kwestią jest wsparcie gracza i uczenie go radzenia sobie ze stresem a także uczenie rozładowywania napięcia w konstruktywny sposób, jak też utwierdzanie hazardzisty w przekonaniu o możliwości wyzdrowienia.
5. fazę utrwalania zmian, w której hazardzista dokonuje utrwalenia dokonanych zmian w swoim życiu, utwierdza się w sensowności realistycznego patrzenia na siebie, dzięki czemu buduje równowagę w odniesieniu do wcześniejszych zachowań hazardowych. Dzięki podjętej terapii osoba uzależniona uczy się spędzać czas w sposób konstruktywny, nabywa także umiejętności radzenia sobie z bieżącymi problemami. Początkowo odzyskana równowaga i kontrola nad własnym życiem nie są jednak wystarczająco stabilne aby uchronić przed pojawiającymi się nawrotami choroby<sup>5</sup>.
6. fazę zapobiegania nawrotom, polegającą na zapobieganiu i wykluczaniu, jak również radzeniu sobie z mechanizmami choroby - nie powracając do gry. Nawrót może występować jedynie u osób, u których nastąpił proces zdrowienia, a jego długość i częstotliwość (występuje on bowiem na każdym etapie zdrowienia) zależna jest przede

---

<sup>5</sup> A. Derwich- Nowak, *dz. cyt.*, s. 72-76.

wszystkim od indywidualnych cech jednostki. Samo zachowanie abstynencji od gry nie stanowi o procesie zdrowienia jednostki<sup>6</sup>.

Przedstawiony podział etapów procesu terapeutycznego nie ma określonych norm czasowych, zdrowiejąca jednostka może zatrzymać się na pierwszych dwóch etapach (co ma miejsce u większości osób, które podjęły próbę leczenia) a realizacja kolejnych etapów ma miejsce tylko w wymiarze istotnych dla danej jednostki kwestii, a nie całego życia. Osoba, która była uzależniona od hazardu najczęściej przez wiele kolejnych lat nie jest w stanie przejść procesu terapeutycznego bez ponoszenia porażek. Sukces tego procesu jest związany z ciągłością oraz, co bardzo istotne, systematycznością podejmowanych działań, jak również z konsekwencją w podejmowanych działaniach, które najczęściej trwają już do końca życia hazardzisty. W związku z powyższym niezmiernie ważne wydaje się wskazanie stymulatorów terapii oraz znaczenia struktury grupy terapeutycznej w procesie leczenia osoby uzależnionej od hazardu. Dzięki tym zabiegom można żywić nadzieję, że skuteczność terapii znacznie wzrośnie, gdyż większa liczba osób będzie mogła przejść przez wszystkie fazy zdrowienia, czego konsekwencją będzie większa efektywność procesu terapeutycznego .

Wartym przytoczenia jest również inny podział faz zdrowienia – z którym utożsamiają się osoby uzależnione – wyróżniający fazę odwrotu (trwającą od podjęcia próby zdrowienia do około piętnastego dnia abstynencji, podczas której występuje spadek nastroju i aktywności, rozdrażnienie i niepokój), fazę miesiąca miodowego (trwającą od szesnastego dnia abstynencji do około czterdziestego piątego dnia, podczas której następuje poprawa nastroju, wzrost aktywności, optymizm, racjonalne myślenie), fazę muru (pomiędzy 46 a 120 dniem abstynencji, podczas której występuje poczucie ogólnego dyskomfortu fizycznego i psychicznego, spadek nastroju i aktywności, trudności w koncentracji itp.), fazę przystosowania (trwa od 4 do 6 miesiąca abstynencji) oraz fazę rozwiązań (trwa od 6 do 12 miesiąca abstynencji).

W dwóch ostatnich fazach ujawniają się problemy, które dotychczas były "przykrywane" przez hazard; dominującym uczuciem jest często znudzenie swoim funkcjonowaniem „na trzeźwo”. Drogę zdrowienia hazardzisci przechodzą podobnie jak alkoholicy, poprzez 3 etapy: świadomości, akceptacji oraz działania – zatem najpierw

---

<sup>6</sup> Tamże, s. 103-105.



uświadamiają sobie swoją chorobę, następnie akceptują ją, by finalnie zacząć działać, aby ją pokonać.

### **Metodologia badań**

Ze względu na specyfikę podjętych przedsięwzięć epistemologiczno-eksploracyjnych w realizowanym projekcie badawczym przyjęto strategię łączenia badań ilościowych i jakościowych.

Aby prowadzić badania w sposób ustrukturyzowany i ustandaryzowany, przyjęto ilościową strategię metodologiczną, w której metody, techniki oraz zmienne zostały zdefiniowane, etapy oraz działania – precyzyjnie dobrane, a problematyka dotyczyła tego, co obserwowalne i mierzalne, by finalnie – za pomocą obliczeń statystycznych – możliwa była wnikliwa interpretacja otrzymanych wyników. Zasadność wyboru tej strategii upatrywać można również w założeniach, na których opierają się empiryczne badania ilościowe uprawiane w pedagogice, wśród których S. Palka wskazuje<sup>7</sup>:

- jedną rzeczywistość, którą badacz jest w stanie poznać, badając jej elementy składowe;
- podmiot, przyjmujący rolę obserwatora zewnętrznego;
- możliwość dotarcia do prawdy obiektywnej;
- „zawieszenie” wartościowania, oceniania przez badacza – pedagoga w toku poznawania rzeczywistości, faktów oraz zjawisk i procesów;
- możliwość generalizowania wyjaśnień, uogólniania wyników na zdarzenia, procesy oraz zjawiska dokonujące się w różnych miejscach i czasie, dzięki czemu badanie próby reprezentacyjnej daje możliwość orzekania o całej populacji;

---

<sup>7</sup> S. Palka, *Metodologia badań. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2006, s.48-49.

- opis i wyjaśnianie zjawisk i procesów, weryfikacja hipotez o związkach między badanymi elementami oraz weryfikacja twierdzeń jako główne cele badań.

Ilościowa droga poszukiwań badawczych, stanowiąca początkowy etap postępowania, dostarczyła wielu obiektywnych informacji, dotyczących badanego zagadnienia, umożliwiła również uściślenie prowadzonych dociekań.

Diagnoza analizowanego problemu drogą badań ilościowych pomogła w lepszym zrozumieniu tego zjawiska w toku badań jakościowych zgodnie z zasadą wglądu w owo zjawisko z perspektywy osób, których ono dotyczy, jak twierdzi bowiem M. Łobocki „wszelki opis i analiza ilościowa w badaniach pedagogicznych bez zadowalającego podejścia jakościowego są w istocie rzeczy mało trafne i mało rzetelne, ponieważ niedostatecznie wnika się w sposób rozumienia przez osoby badane uwzględnionych tam zmiennych i ich wskaźników. W tym dopomóc wydatnie mogą badania jakościowe”<sup>8</sup>.

W prowadzonym projekcie przyjęto zatem, że zarówno ilościowe, jak i jakościowe eksploracje mają do odegrania istotną rolę w podejmowanej problematyce badawczej, a w związku z tym można im przypisać komplementarny charakter. Oba typy zrealizowanych badań - w założeniu - uzupełniają i wzbogacają się. Inaczej mówiąc zastosowane badania jakościowe interpretują/pogłębiają wyniki badań ilościowych, w tym zwłaszcza sensie, że uwzględniając pełny kontekst zjawiska umożliwiają je lepiej zrozumieć.

## **Cel i przedmiot badań**

Jedną z podstawowych czynności w każdym badaniu naukowym jest sformułowanie, już na samym wstępie, celu oraz przedmiotu badań. Ułatwia to w znacznym stopniu szczegółowe analizowanie metodologicznych kontekstów pracy.

Cel badań zwykle pojmuje się jako rodzaj zamierzonego efektu, do którego ma doprowadzić działalność badacza<sup>9</sup>; to określenie tego, do czego zmierza badacz, co pragnie

---

<sup>8</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2001, s. 93.

<sup>9</sup> E. Hajduk, *Hipoteza w badaniach pedagogicznych*, Warszawa 1993, s. 12.

osiągnąć w swoim działaniu<sup>10</sup>, bowiem „nauka jest przedsięwzięciem którego celem jest odkrywanie”<sup>11</sup>.

Prowadzone badania mogą służyć wielu celom – wyróżnia się m.in. cele teoretyczne (podejmowane w celu budowania teorii naukowych) oraz cele praktyczne (dostarczające impulsów do rozwoju pewnej dziedziny praktyki społecznej)<sup>12</sup>, cele ogólne, szczegółowe i operacyjne<sup>13</sup>. E. Babbie zwraca natomiast uwagę na trzy rodzaje celów badawczych, które niosą konkretne konsekwencje dla dalszych aspektów planowanych badań, są to: eksploracja, opis oraz wyjaśnianie.<sup>14</sup> Muszą się one legitymować konkretnością, jasnością i realnością.

**Wiodącym celem** podjętych eksploracji było wskazanie stymulatorów procesu terapeutycznego hazardzistów, ze szczególnym uwzględnieniem roli struktury grupy terapeutycznej zróżnicowanej pod względem rodzaju uzależnienia uczestników tych grup.

Badaniom przyświecał również **cel praktyczny**, który sprowadzał się do dostarczenia informacji przydatnych do konstruowania programów terapeutycznych, zawierających wskazówki do pracy z osobami uzależnionymi od hazardu.

Przedmiot badań stanowi rzeczywistość ujmowana jako zbiór jednostkowych zjawisk, zdarzeń, faktów, permanentnie ewoluujących/zmieniających się, w takim stopniu w jakim zmienia się/transformuje całościowa rzeczywistość. Rzeczywistość w eksploracjach traktuje się w sposób jednostkowy, wyodrębniając z niej pojedyncze fakty, zdarzenia będące jej wycinkiem, fragmentem, koherentnym z jej całościowym obrazem. Takie podejście w metodologii badań konieczne jest ze względu na to, że nie jest możliwa eksploracja złożonej, wieloznacznej rzeczywistości, a tym bardziej wnioskowanie i ekstrapolowanie z uzyskanych wyników. Zasadniczą kwestią jest takie ujęcie przedmiotu badań (zjawisk, faktów) aby można było dokonać wnikliwej, miarodajnej eksploracji, analizy, opisu, interpretacji. Tak sprecyzowany cel badań wyznaczył wybór przedmiotu badań.

Warto podkreślić, że „wybór przedmiotu w badaniach ilościowych i jakościowych – choć zdaje się kroczyć podobną drogą jak wybór celu badań – różnicuje specyfika danej

---

<sup>10</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1991, s. 98.

<sup>11</sup> E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2007, s. 110.

<sup>12</sup> K. Konarzewski, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa 2000, s. 11-13.

<sup>13</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 21-23.

<sup>14</sup> E. Babbie, *dz. cyt.*, s. 110-113.

metodologii. I tak, w przypadku stosowania metod ilościowych przedmiot badań musi poddawać się pomiarowi, w przypadku stosowania metod jakościowych może wykraczać poza to, co obiektywne i mierzalne (co wiąże się z ocenami) wartościami, przeżyciami”<sup>15</sup>.

Z tych też względów stymulatory procesu terapeutycznego hazardzistów, stanowiące zasadniczy trzon/przedmiot przeprowadzonych badań z jednej strony rozpatrywano w sposób mierzalny (obiektywny, na podstawie opinii badanych), z drugiej natomiast w sposób subiektywny (znaczeniowy), związany z doświadczeniami i odczuciami badanych.

## **Problemy badawcze**

Konsekwencją sformułowania celów jest określenie problemów badawczych - ich wskazanie należy do pierwszego etapu badań naukowych. Sformułowanie problematyki stanowi element wyjściowy szeroko pojmowanej procedury badawczej, ponieważ ciąg działań towarzyszących analizom naukowym służy właśnie rozwiązywaniu problemów.

T. Pilch podkreśla stwierdzenie G. Bachelarda, że „nie ma nauki bez wyraźnie postawionego pytania”<sup>16</sup>, pytanie zaś określa obszar niewiedzy i informuje o osobistym pragnieniu znalezienia na nie odpowiedzi. Aforyzm ten „podnosi rangę problemów badawczych (...) określa obszar niewiedzy i informuje o naszym osobistym pragnieniu znalezienia odpowiedzi na niepokój i ignorancję”<sup>17</sup>.

„Problem naukowo-badawczy jest uświadomionym brakiem potrzebnej wiedzy, jest potrzebą uzupełnienia wiedzy o czymś, wyrażoną w pytaniu o to coś, czego jeszcze nie wiemy”<sup>18</sup>; zatem problem badawczy to tyle, co pytanie czy zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie.

W literaturze przedmiotu opisane są różnego rodzaju podziały problemów badawczych, jednak niewątpliwie w ich konstruowaniu niemałą rolę odgrywa intuicja badacza, będąca – jeśli zostanie ugruntowana w powszechnie znanej wiedzy - swoistą siłą

---

<sup>15</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 56.

<sup>16</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, s. 175.

<sup>17</sup> Tamże, s. 175.

<sup>18</sup> Z. M. Zimny, *Metodologia badań społecznych*, Częstochowa 2000, s. 38.

sprawcą naukowych poczynań. Pamiętać jednak również należy, że problem badawczy w istocie powinien podawać możliwości jego rozwiązania, czyli musi zawierać w sobie wystarczającą liczbę propozycji i wskazówek, dzięki którym możliwe będzie jego rozwiązanie.

W kontekście realizowanego projektu oraz celów badawczych, na podstawie dostępnej literatury przedmiotu, problem główny sformułowano w postaci następującego pytania:

**Jakie znaczenie nadają badane osoby stymulatorom procesu terapeutycznego oraz strukturze grupy w świetle swoich doświadczeń?**

Postawiony przez badacza problem główny implikuje problemy szczegółowe, będące swoistym dopełnieniem, czy – jak pisze S. Palka – „drogowskazem” badawczym, wyznaczającym kierunki postępowania<sup>19</sup>, który ma przyczynić się do rozwiązania problemu głównego.

Z problemu głównego wyróżniono następujące problemy szczegółowe:

- W jaki sposób przebiega terapia i jakie uczucia towarzyszą temu procesowi z perspektywy osób uzależnionych od hazardu?
- Czy i w jakim wymiarze grupy terapeutyczne składające się wyłącznie z osób uzależnionych od hazardu implikują wzrost zaangażowania wśród uczestników terapii w ich zdrowienie?
- W jaki sposób kolejność podjętej próby leczenia oddziałuje na stosunek pacjentów do rodzaju grupy w procesie terapeutycznym i jego przebiegu zdrowienia?
- Jakie są opinie terapeutów na temat znaczenia struktury grupy w procesie terapeutycznym?
- Którym stymulatorom procesu terapeutycznego terapeuci nadają największe znaczenie?
- Które, według osób uzależnionych od hazardu, stymulatory zwiększają skuteczność procesu terapeutycznego a które go osłabiają?

---

<sup>19</sup> S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk 2004, s. 18.

- Jakie występują różnice pomiędzy terapią osób uzależnionych od hazardu w grupie jednorodnej, a jakie w grupie o zróżnicowanym charakterze uzależnień?
- Na ile dostępność ośrodków terapii rzutuje na skuteczność terapii osób uzależnionych od hazardu?
- Jakie są odczucia badanych na temat czynników oddziałujących najsilniej na skuteczność terapii, a także tych, które wpływają na zahamowanie procesu terapeutycznego?
- W jaki sposób hazardzista radzi sobie z nawrotem do nałogu - jakie sytuacje niwelują odczuwanie napięcia związanego z tym stanem a jakie go wzmacniają?

### Metody, techniki, narzędzia badawcze

Przyjęta problematyka badawcza opracowana w oparciu o dotychczasowy stan wiedzy implikuje zastosowanie odpowiednich metod badawczych. W rozważaniach metodologicznych nad terminem „metoda badawcza” wyróżnić można dwa stanowiska teoretyczne – węższe, traktujące metodę jako technikę badawczą oraz szersze – łączące metodę z założeniami, na których się opiera. W naukach empirycznych najczęściej mówi się o metodzie w ujęciu podanym przez S. Nowaka<sup>20</sup>, według którego jest to określony, powtarzalny i wyuczony sposób-schemat lub wzór postępowania, świadomie skierowanego na realizację pewnego celu poprzez dobór odpowiednich do niego środków. Metodę definiuje się także jako system założeń i reguł, pozwalających na uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności<sup>21</sup> czy też jako zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących (...) całość postępowania badacza, zmierzających do rozwiązania określonego problemu naukowego<sup>22</sup>.

W przyjętej strategii łączenia badań ilościowych i jakościowych zastosowano w pierwszej kolejności metodę **sondażu diagnostycznego**, czyli metodę zbierania danych ilościowych, „najlepszą dostępną (...) dla tych badaczy, którzy chcą zbierać oryginalne dane

---

<sup>20</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1985, s. 22.

<sup>21</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995, s. 60.

<sup>22</sup> A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, „Studia Pedagogiczne”, t. XIX, Wrocław 1970, s. 37.

w celu opisywania populacji zbyt dużej, by obserwować ją bezpośrednio<sup>23</sup>, doskonałą do pomiaru postaw, opinii i poglądów, pozwalającą bowiem na poznane określonego zjawiska społecznego, ustalenie jego zasięgu, zakresu, poziomu i intensywności.

Problematyka badawcza w ramach eksploracji ilościowych realizowana była w oparciu o sondaż diagnostyczny, gdyż przedmiotem badania była grupa społeczna, poza tym daje on możliwość rozpoznania konkretnego zjawiska społecznego. Zastosowanie tej metody okazało się niezbędne, ponieważ pozwoliła ona na zbadanie psychospołecznego funkcjonowania wybranej grupy osób, potrzeb i oczekiwań poszczególnych jej członków, dynamiki czyli nasilania się i kierunków rozwoju oraz pewnych tendencji rozwojowych określonych zjawisk społecznych lub psychospołecznych.

Zgodnie z sugestią A. Kamińskiego<sup>24</sup>, dotyczącą siły metody badawczej, która polega na intuicji badacza konstruującego ze znanych modeli metod badawczych najbardziej właściwy dla danego przedmiotu badań i danej problematyki badawczej, nie posłużono się gotowym wzorcem sondażu diagnostycznego. Wykorzystanie tego wzorca było bardzo przydatne w dokonaniu wyboru odpowiednich technik badawczych; czyli bliżej skonkretyzowanych sposobów realizowania zamierzonych badań. Wśród tych technik wyróżniono: ankietę, pomiar oraz techniki statystyczne.

Podstawową techniką badawczą zastosowaną podczas zbierania danych była ankieta, która – jak wskazują T. Pilch oraz T. Bauman – służy gromadzeniu informacji i polega na wypełnianiu przez badanego specjalnie skonstruowanych kwestionariuszy, zwykle o wysokim stopniu standaryzacji.<sup>25</sup>

W prowadzonych badaniach ankietowych wykorzystano skonstruowany na potrzeby badań kwestionariusz, składający się z 34 pytań. W kwestionariuszu tym, oprócz pytań zamkniętych, opatrzonych kafeterią również zamkniętą i półotwartą, zastosowano także pytania otwarte. W celu zwiększenia rzetelności informacji podawanych przez respondentów w ankietach (zmniejszenia marginesu błędu) w kwestionariuszu zastosowano także pytania kontrolujące a także filtrujące.

---

<sup>23</sup> E. Babbie, *dz. cyt.*, s. 268.

<sup>24</sup> Tamże, s. 55.

<sup>25</sup> Tamże, s. 91.

Stopień natężenia odczuć wyrażanych w opiniach badanych w obrębie określonego zagadnienia sondowano w oparciu o różnego rodzaju skale, stanowiące narzędzie pomiaru. Wśród zastosowanych skal częstą była 5-stopniowa skala Likerta.

Przy opracowywaniu danych posłużono się elementami analizy statystycznej. We wstępnej obróbce danych wykorzystano statystyki podstawowe, które objęły swoim zakresem obliczenia liczebności częściowych rozpatrywanej 100 - osobowej grupy respondentów.

Obliczenia i analizy statystyczne zostały wykonane z wykorzystaniem oprogramowania Microsoft Excel, jak również przy pomocy komputerowego programu statystycznego SPSS. Istotność różnic pomiędzy średnimi sprawdzano za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych.

W badaniach jakościowych zastosowano metodę dialogową, która jest „swobodną rozmową na określony temat ogólny z uwzględnieniem podporządkowanych mu kilku lub kilkunastu szczegółowych tematów”<sup>26</sup> i „może dopomóc osobom badanym w ich osobistym dowartościowaniu się i w bliższym określeniu własnego stanowiska w omawianej sprawie”<sup>27</sup> ponieważ stwarza autentyczną sposobność do słyszenia własnych myśli za sprawą współuczestniczenia/współkreowania przestrzeni dialogicznej oraz aktywnego nawiązywania komunikatywnej wspólnoty.

Podstawą realizacji założeń metody dialogowej był wywiad.

Wywiad jako metoda gromadzenia danych jest rozmową kierowaną z osobami badanymi<sup>28</sup> i stanowi wzajemną „wymianę myśli i uczuć”<sup>29</sup>, jak również „odwzajemnione otwarcie na drugą osobę”<sup>30</sup>. M. Łobocki twierdzi, że wywiad jakościowy (określany jako metoda dialogowa) nie jest ustrukturalizowany, a osoby uczestniczące krążą wokół tematu rozmowy i pojawiające się pytania są naturalnym elementem wywiadu i mogą być zadawane również przez osobę badaną.<sup>31</sup> W opozycji stoi stanowisko E. Babbiego, który podkreśla, że wywiad jakościowy jest ustrukturalizowaną interakcją pomiędzy badaczem a osobą

---

<sup>26</sup> M. Łobocki, *dz. cyt.*, s. 274-275.

<sup>27</sup> Tamże, s. 275.

<sup>28</sup> K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa 2008, s. 133.

<sup>29</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2008, s. 274

<sup>30</sup> Tamże, s. 275

<sup>31</sup> Tamże.



badaną.<sup>32</sup> K. Charmanz podkreśla z kolei, iż wywiad jakościowy (wywiad intensywny) daje szansę „wnikliwego i otwartego” zaobserwowania, dostrzeżenia wycinka, kawałka rzeczywistości w doświadczeniu, rozumieniu, postrzeganiu i interpretacji osoby badanej.<sup>33</sup>

S. Kvale przedstawia epistemologiczne podstawy wywiadu jakościowego, do których zalicza: zarejestrowanie i zrozumienie określonych zagadnień z punktu widzenia doświadczeń oraz interpretacji osób badanych z uwzględnieniem szczegółowych warunków zewnętrznych (miejsce, samopoczucie osoby badanej, nastawienie emocjonalne badacza, czynniki zakłócające).<sup>34</sup>

W badaniach zdecydowano o zastosowaniu wywiadu indywidualnego (zapewniającego swobodę wypowiedzi oraz indywidualne podejście do osoby badanej) częściowo kierowanego (częściowo strukturalizowanego) skoncentrowanego na problemie. W realizacji tego wywiadu ważną rolę odegrały dyspozycje badawcze do indywidualnego wywiadu pogłębionego.

Pryncypialnym atrybutem jakościowych eksploracji jest to, że odnoszą się przede wszystkim do jednostkowego/podmiotowego doświadczenia, próbując rozpoznać/odkryć/ujawnić znaczenia jakie nadaje on zdarzeniom, zjawiskom, procesom oraz wielokontekstowym strukturom swego życia, jego percepcjom, domysłem, osądom i z góry przyjętym założeniom oraz do możliwych odniesień/związków owych znaczeń z otaczającym światem zewnętrznym.

W jakościowej analizie zgromadzonego materiału empirycznego eksploracji, szczególnie odnoszące się do większego wycinka społeczności/rzeczywistości z reguły operują bardzo dużą liczbą danych, które muszą zostać poddane wnikliwej ewaluacji/analizie by móc w efekcie końcowym opracować/skonstruować finalne wnioski/uwagi/spostrzeżenia ujmując w ich obrębie nie tylko badaną populację, ale również rzeczywistą populację, która przecież jest istotnie większa od tej będącej przedmiotem eksploracji. Stąd dla poprawnego wnioskowania, zgromadzone dane porządkuje się w systemie kodowania, polegającym na redukcji dużej ilości danych do ich mniejszej liczby (już na etapie ich gromadzenia) po to, by móc opracować tzw. matryce danych, które de facto ułatwiają formułowanie wniosków.

---

<sup>32</sup> E. Babie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2004, s. 327.

<sup>33</sup> K. Charmanz, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Warszawa 2009, s. 43.

<sup>34</sup> S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów*, Warszawa 2010, s. 42-48.

W pierwszej jednak kolejności dokonana została transkrypcja wywiadów z plików audio a rzetelność transkrypcji określona została nie tylko na podstawie dosłownego przekształcenia wypowiedzi ustnej w pisemną, ale dodatkowo wzbogacono ją o notatki uwzględniające czynniki zakłócające, odnotowane przez badaczy podczas przeprowadzanych wywiadów, uwzględnione zostały także pauzy, powtórzenia i ton głosu, co niejednokrotnie było bardzo istotne i ważne podczas interpretacji danych.

W kolejnym kroku uzyskane transkrypcje wywiadów przeanalizowane zostały metodami koncentrującymi się na znaczeniu tekstu - wyłoniono kody otwarte, które zostały uzyskane poprzez przypisanie danym odpowiednich etykiet, dzięki czemu możliwe było „oderwanie się” od czystego materiału empirycznego i przejście na poziom konceptualny. Wiersze zostały ponumerowane, a z analizowanego tekstu wydobyto maksymalnie dużo etykiet.

Po dokonaniu tych operacji kolejną czynnością było kodowanie selektywne, które stanowi drugi podtyp kodowania rzeczowego - etap ten ograniczył kodowanie do etykiet odnoszących się do centralnej kategorii, a wyłoniona w taki sposób siatka wątków czy inaczej lista kodów skategoryzowała proces analityczny.

Następnie dokonano kondensacji znaczenia wypowiedzi zgromadzonych w postaci transkrypcji do postaci krótszych sformułowań. Analiza ta odbyła się w kilku etapach: tekst był wielokrotnie czytany, co pozwoliło uchwycić sens całości, następnie ustalono naturalne jednostki znaczeniowe, które z kolei przeformułowano na temat przeważający w jednostce znaczeniowej. Kolejnym krokiem było przedstawienie zrozumienia tematyki wypowiedzi respondenta bez utraty znaczenia i sensu nadanego przez osobę badaną. W końcowym etapie dokonano analizy poszczególnych jednostek znaczeniowych pod kątem szczegółowego celu badania oraz zebrania i powiązania jednostek znaczeniowych w jeden spójny opis całego wywiadu.

Bardzo ważną metodą badań jakościowych zrealizowanego projektu była obserwacja uczestnicząca procesu terapeutycznego osób uzależnionych od hazardu. Została ona zastosowana głównie w celu dopełnienia danych pozyskanych w drodze wywiadów, ale nie tylko. Zastosowanie tej techniki podyktowane było również tym, iż badacz był nie tylko biernym obserwatorem podczas obserwacji uczestniczącej, ale miał możliwość aktywnego uczestnictwa w obserwowanych działaniach.<sup>35</sup> „Obserwacja uczestnicząca jest procesem

---

<sup>35</sup> R. K. Yin, *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody.*, Kraków 2015, s. 147.

badawczym, w którym obserwator przebywa w środowisku społecznym dla celów badań naukowych. Obserwator jest w bezpośrednich bliskich stosunkach z obserwowanymi i współuczestnictwo w ich naturalnym życiu dostarcza mu materiałów badawczych.”<sup>36</sup>

Metoda ta, choć czasochłonna, umożliwiła rozpoznanie wielu kontekstualnych uwarunkowań procesu terapeutycznego hazardzistów, niemożliwych do uchwycenia we wcześniejszych badaniach – zarówno ankietowych, jak również tych, które realizowane były za pośrednictwem wywiadów. W szczególności zaś obserwacja uczestnicząca pozwoliła rozpoznać, na ile struktura grupy terapeutycznej różnicuje przebieg terapii hazardzistów i w konsekwencji rzutuje na jej efektywność.

### **Dobór próby badawczej**

Warunkiem koniecznym trafnych i rzetelnych badań (nie tylko pedagogicznych), poza określeniem celu, przedmiotu i perspektywy badawczej jest odpowiedni i prawidłowy wybór osób do badań.<sup>37</sup> Dobór próby badawczej a przede wszystkim jego rzetelność jest kwestią niezwykle istotną, bowiem to właśnie od doboru próby zależy prawo badacza do uogólniania i budowania teorii na podstawie wniosków z przeprowadzonych badań.<sup>38</sup>

W zrealizowanych badaniach dobór do grupy badawczej miał charakter celowy. Przeprowadza się go na podstawie własnej wiedzy o populacji i ze względu na cele badania, a jego istotą „jest to, że do próby trafiają te jednostki, które w opinii prowadzącego badanie dostarczą optymalnych informacji z punktu widzenia celu badania. Tak więc prowadzący badanie dobiera jednostki do próby na podstawie ogólnej znajomości badanego zjawiska”<sup>39</sup>

W badaniach ilościowych udział wzięły osoby z placówek terapeutycznych znajdujących się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, odbywające w nich terapię w związku z problemem hazardowym.

---

<sup>36</sup> K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000, s. 145.

<sup>37</sup> M. Łobocki., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Warszawa 2007, s. 169.

<sup>38</sup> T. Pilch, T. Bauman, *dz. cyt.*, s. 80.

<sup>39</sup> E. Wasilewska, *Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów*. Warszawa 2008, s. 30.

Natomiast kryteriami doboru osób do wywiadów była kwalifikacja tych osób, które:

- zdiagnozowane zostały przez wykwalifikowanych terapeutów jako osoby uzależnione od hazardu,
- ukończyły terapię podstawową,
- wyraziły zgodę na udział w badaniach.

### **Teren badań oraz ich organizacja i przebieg**

Warunkiem niezbędnym zebrania danych jest rozpoznanie terenu badań i nawiązanie kontaktu z osobami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie placówek na tym terenie. Można go definiować jako umiejscowioną zbiorowość społeczną interesującą badacza, zlokalizowaną w określonej instytucji lub zbiorze instytucji położonych na danym terenie.

W wyborze terenu badań bardzo ważną rolę odgrywają możliwości dostępu do niego i instytucji na nim funkcjonujących. Z tego powodu teren badań niniejszych penetracji naukowych, jak również ze względu zarówno na możliwości, jak i ograniczenia organizacyjno – finansowe, został zawężony do placówek i leczących się w nich pacjentów na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

Zgodnie z obowiązującą w metodologii badań procedurą, opracowanie kwestionariusza ankiety gotowego do wykorzystania w badaniach pilotażowych poprzedzone zostało serią rozmów sondażowych z osobami uczestniczącymi w mitingach oraz z terapeutami zajmującymi się problemem patologicznego hazardu. W celu sprawdzenia zarówno rzetelności, jak i trafności sformułowanych pytań, skonstruowany kwestionariusz ankiety został poddany weryfikacji w postaci badań pilotażowych. Niezwykle istotnym było również zbadanie bezpośredniej recepcji kwestionariusza ankiety przez uczestniczące w badaniu osoby.

Badania pilotażowe przeprowadzone zostały w październiku 2016 roku a ich wyniki stanowiły potwierdzenie zasadności podjętej problematyki badawczej, zawartej w pytaniach kwestionariusza ankiety.

Ostateczna wersja przyjętych narzędzi badawczych, wykorzystanych w realizacji badań właściwych, została opracowana w oparciu o wyniki uzyskane właśnie podczas badań pilotażowych. Do kwestionariusza ankiety włączono wówczas dodatkowe pytania, część pytań została również przeredagowana i zmodyfikowana dla lepszej ich recepcji przez odbiorców.

Tak przygotowane narzędzia badawcze zostały wykorzystane do badań właściwych, zapoczątkowanych już w 2016 roku, ale realizowanych głównie w roku 2017, w rezultacie których uzyskano łącznie 108 wypełnionych ankiet.

Finalnym etapem prowadzonych badań ilościowych, po zgromadzeniu materiału empirycznego, było statystycznie – opisowe opracowanie pogrupowanych danych, polegające przede wszystkim na określeniu zarówno poziomów, jak i częstotliwości występowania wyłonionych zmiennych oraz ewaluacji związków pomiędzy zmiennymi zależnymi oraz zmiennymi niezależnymi. Końcowym etapem realizacji zamierzeń badawczych było wnioskowanie oparte o całościowy tok postępowania badawczego, czyli wyprowadzenie pewnych uogólnień, określenie zasięgu generalizacji wniosków oraz próba wskazania dalszych obszarów badań nad zjawiskiem.

Po zakończeniu etapu badań ilościowych przystąpiono do przeprowadzenia indywidualnych wywiadów pogłębionych (częściowo kierowanych) z osobami, które wyraziły chęć uczestniczenia w nich, kierując się ogólnymi dyspozycjami (ze standaryzowaną listą poszukiwanych danych) w celu pogłębienia uzyskanych informacji.

Z kolei obserwacja uczestnicząca miała miejsce nieprzerwanie podczas prowadzenia zarówno części ilościowej, jak i części jakościowej badań, w dwóch ośrodkach terapeutycznych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, w których prowadzona jest terapia dla osób uzależnionych od hazardowego grania.

## **Analizy materiału badawczego**

### **Analiza ilościowa**

W badaniach ankietowych udział wzięło łącznie 108 osób, jednak ze względu na to, że 8 ankiet okazało się mało rzetelnych (niepełnych), stąd w ostatecznej analizie ilościowej uwzględniono 100 kwestionariuszy.

Wśród respondentów zdecydowanie przeważali mężczyźni (86%), przy znacznie mniejszej reprezentacji kobiet (14%).

Choć przed realizacją badań zakładano, że wśród badanych hazardzistów znaczną grupę (około 35%) stanowią będą osoby poniżej 18 roku życia, to jednak zastana rzeczywistość znacznie zweryfikowała te założenia. Okazało się bowiem, że wśród respondentów i pacjentów placówek terapeutycznych na terenie woj. warmińsko-mazurskiego była tylko jedna niepełnoletnia osoba. Pozostałą część ankietowanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 19-34 lata (54%) oraz osoby, które ukończyły 34 rok życia (45%).

Co interesujące, zdecydowanie największa grupa badanych posiada wykształcenie średnie (50%) oraz wyższe (33%), przy znacznie mniejszej reprezentacji osób z wykształceniem zawodowym (11%) oraz podstawowym (6%).

Respondenci są mieszkańcami zarówno dużych miast, jak i mniejszych miejscowości oraz terenów typowo wiejskich.

Natomiast stan cywilny ankietowanych osób w podobnych proporcjach „rozkłada się” pomiędzy żonaty (41%) oraz kawalerów (38%), podobnie wśród kobiet – mężatek (7%) i panien (5%). Rozwodnicy, rozwódki a także wdowy stanowili niewielki odsetek badanych.

Wśród respondentów 77% posiada stałą pracę, pozostała grupa natomiast pozostaje bezrobotna. Swoją sytuację materialną natomiast ankietowani określają w sposób dość różnorodny, jednak często negatywny, ponieważ aż 46% badanych twierdzi, że ich warunki socjalno-bytowe są trudne lub bardzo trudne. Tak oceniana sytuacja materialna badanych może być rezultatem nie tyle braku pracy, ile bardziej ich znacznego zaangażowania w gry hazardowe.

Jak wykazały przeprowadzone badania, okres inicjacji hazardowej miał miejsce wśród badanych osób już we wczesnym dzieciństwie, kiedy ankietowani mieli nawet mniej niż 10 lat (11% wskazań) ale głównie w okresie adolescencji, ponieważ na ten okres wskazał znaczny odsetek badanych (47%). Po raz pierwszy w grę hazardową będąc w wieku 19-25 lat zagrało ponadto 24% badanych, a kolejne 18% - ukończywszy 26 rok życia.

Biorąc pod uwagę rodzaj pierwszych gier hazardowych respondenci wymieniali przede wszystkim: automaty i totolotka, gry karciane oraz zakłady bukmacherskie, a także zdraunki i e-hazard, więc te rodzaje gier, które są najczęściej aktualnie wymieniane w różnych badaniach naukowych.

Głównym czynnikiem zaangażowania w gry hazardowe, w opiniach ankietowanych hazardzistów, były przede wszystkim: chęć wzbogacenia się oraz chęć zabawy i rozrywki. Zdecydowanie mniejszą liczbę wskazań uzyskały odpowiedzi wskazujące na ciekawość, chęć oderwania się od problemów, chęć rozładowania negatywnych emocji, jak również podniesienie poziomu adrenaliny, czy też chęć wygrania z maszyną.

Wśród czynników powodujących zaangażowanie w hazard respondenci wskazywali również na inne, do których zaliczali: obciążenia genetyczne, chęć wyjścia z długów, traktowanie gier jako źródła zarobku lub też przypadek. Odpowiedzi te stanowiły jednak pojedyncze wskazania.

Natomiast wśród głównych/wiodących motywów podjęcia leczenia respondenci wskazywali przede wszystkim: poczucie bezradności i depresję (33%), chęć poprawy standardu życia poprzez wyjście z uzależnienia (28%), namowy bliskich (27%), bądź chęć zminimalizowania uczestnictwa w grach hazardowych i negatywnych konsekwencji towarzyszących graniu (10%).

Pojawiły się również głosy wskazujące na ultimatum od pracodawcy, szantaż współmałżonki, czy też uzyskanie upadłości konsumenckiej dzięki zaświadczeniu o uczestnictwie w terapii.

O możliwościach leczenia respondenci dowiedzieli się z kolei przede wszystkim od najbliższej rodziny (41%) oraz z Internetu (35%) i od znajomych (16%). Niepokój może budzić natomiast fakt, że o możliwościach terapii hazardowej od lekarza rodzinnego dowiedział się zaledwie 1% badanych. Jest to bardzo zatrważające, zważywszy na coraz większe rozpowszechnienie różnego rodzaju gier hazardowych i coraz większe potrzeby oddziaływań terapeutycznych

Podczas terapii w placówce u 28% badanych osób zostały zdiagnozowane, oprócz wiodącego uzależnienia hazardowego, także inne uzależnienia – zarówno chemiczne (alkoholizm, narkomania, nikotynizm), jak i inne behawioralne, takie jak m.in. pracoholizm, seksoholizm, czy jedzeniowoholizm. Sytuacja taka nie jest zjawiskiem odosobnionym, ponieważ

hazard jest takim rodzajem uzależnienia, które bardzo często współwystępuje z innymi uzależnieniami i czasami trudno jest ustalić, które z nich jest poprzedzające, a które pierwotne.

Dotychczasowa praktyka podjętych prób leczenia terapeutycznego wielu osób uzależnionych wskazuje na to, że jest ona często przerywana, a więc nie przebiega w pełnym cyklu. Taka sytuacja została również odnotowana w przeprowadzonych badaniach, w których ponad 1/3 ankietowanych pacjentów (36%) podejmowała już wcześniej terapię (także wielokrotnie). Na uwagę zasługuje również fakt, że nie wszystkie osoby spośród podejmujących wcześniej terapię zrealizowały pełny cykl terapeutyczny. Sytuacja ta być może zadecydowała o nieskuteczności podjętej terapii i nawrocie do nałogu.

Za główną przyczynę przerwania terapii ankietowani ci wskazywali przede wszystkim: silną potrzebę gry, brak na terapii innych osób o podobnym uzależnieniu, trudności w relacjach z grupą terapeutyczną, brak motywacji, ale również braki w kompetencjach zawodowych terapeutów, brak przekonania o słuszności terapii czy niedostosowanie terapii do potrzeb pacjenta.

Struktury grup, w których respondenci odbywali terapię, to zarówno grupy całkowicie różnorodne – składające się z osób uzależnionych zarówno od środków chemicznych, jak i niechemicznych, grupy jednorodne – w których leczone były tylko i wyłącznie osoby uzależnione od hazardu, jak też grupy różnorodne – obejmujące osoby uzależnione od różnorodnych kompulsji.

Jak wykazały przeprowadzone badania, niemal połowa badanych zauważa, że uczestnictwo osób z uzależnieniem chemicznym, bądź innym behawioralnym w grupie terapeutycznej podczas odbywania terapii hazardowej wpływa w jakimś stopniu na jakość leczenia. Natomiast 27% respondentów twierdzi, że struktura grupy podczas terapii nie ma żadnego znaczenia.

Mimo takiego rozkładu odpowiedzi, osoby, które brały udział w terapii jednorodnej oceniły wyżej sam proces terapeutyczny, niż osoby uczestniczące w terapii niejednorodnej.<sup>40</sup>

Badania wykazały, że bardzo ważnym czynnikiem, rzutującym na jakość procesu terapeutycznego było wsparcie, jakie uzyskiwały osoby uzależnione od najbliższych. Czynnikiem

---

<sup>40</sup> Więcej informacji na temat obliczeń statystycznych znajduje się w Załączniku 1 (Aneks)



ten okazał się również bardzo znaczący w przypadku zachowania abstynencji, bowiem osoby które dłużej w niej trwały mogły bardziej liczyć na pomoc najbliższej rodziny.

Co niezwykle interesujące – struktura grupy nie różnicowała w żaden sposób długości abstynencji – podobnie ocena grupy nie różnicowała oceny terapii. Jednak w przypadku długości abstynencji i oceny struktury grupy można zauważyć pewne prawidłowości. Okazało się bowiem, że najkrótszą abstynencję mają osoby, które nie miały zdania na temat ważności struktury grupy terapeutycznej, natomiast najdłużej abstynencję utrzymują osoby oceniające strukturę grupy jako ważną.

Wyniki przeprowadzonych badań unaocznily również, że najczęściej występującymi trudnościami w trakcie oddziaływań terapeutycznych były: pokonanie oporu przed mówieniem o własnym zachowaniu i emocjach, włączenie się do grupy i dostosowanie się do wymogów terapii, jak również konieczność zaprzestania gry i pokonanie w związku z tym występującego napięcia. Nadmienić należy także, że struktura grupy terapeutycznej nie różnicuje w żaden sposób trudności, pojawiających się w trakcie oddziaływań terapeutycznych.

### **Analiza jakościowa**

Podstawą analizy jakościowej były przeprowadzone wywiady z osobami uzależnionymi od hazardu, zdiagnozowanymi w placówkach leczenia uzależnień oraz wywiady z terapeutami.

Dzięki zastosowaniu procesu kodowania analizowanych transkrypcji, wyróżniono następujące kategorie znaczeniowe, adekwatne do założeń badawczych. Były to: struktura grupy terapeutycznej, rodzaj oddziaływań psychokorekcyjnych i ich dostosowanie do potrzeb pacjentów, osoba terapeuty w procesie leczenia, relacje z członkami grupy terapeutycznej, dostosowanie harmonogramu sesji terapeutycznych do potrzeb pacjenta, dostrzeganie negatywnych konsekwencji dotychczasowego życia hazardzisty, motywacja wyjścia z nałogu, zakres zaprzeczania, aktualna sytuacja życiowa pacjentów, możliwości spłaty dotychczasowych długów, udzielane wsparcie oraz nawroty choroby.

## 1. Struktura grupy

Zdecydowana większość pacjentów, z którymi prowadzono wywiady, zarówno tych odbywających terapię w grupach jednorodnych, jak i w grupach mieszanych, wskazywała, że najlepszą formą terapii są grupy stricte hazardowe, bez pacjentów z problemami alkoholowymi, narkotykowymi, czy innymi behawioralnymi. Motywacje jednak odnośnie podjęcia terapii w określonych miejscach i grupach były różne: dla niektórych najbardziej istotne znaczenie miała lokalizacja placówki, dla innych ważna była oferta terapeutyczna, dla jeszcze innych termin przyjęcia.

Wiele osób wskazywało, że jest ogromny problem z dostępnością leczenia w grupach jednorodnych:

*„Nie miałem wyjścia. Najpierw podzwoniłem sobie tam gdzie w Internecie znalazłem niedaleko placówki. I wszędzie mówili, że jasne, że zapraszają na terapię, ale że na spotkania przychodzą też osoby z innymi uzależnieniami. A grupę samą hazardową jedna pani z poradni poleciała mi ale w innym mieście. No a przecież nie będę zasuwał prawie 80 kilometrów w jedną stronę dwa razy w tygodniu.”*

*„Poszłam do poradni, zapisałam się na terapię podstawową no i oczywiście trafiłam do grupy, gdzie byli sami alkoholicy, były chyba ze dwie kobitki. Nie wytrzymałam. No i wtedy poszłam do doktorki, poprosiłam o skierowanie do ośrodka, też była zdziwiona po co, bo przecież tu jest terapia, to o co chodzi, po co mam się zamykać. Ja się uparłam, że chcę i koniec, no i czekałam prawie pół roku na miejsce w ośrodku. Ale się doczekałam.”*

*„(...) zapisałem się na terapię. Masakra na początku, chociaż z drugiej strony fajnie, bo spotkałem tam ludzi takich jak ja. Ale muszę tutaj coś powiedzieć, chociaż może nie zabrzmi to fajnie - ludzie, którzy to prowadzą są kompletnie niewykszoleni. Idziesz po pomoc, szukasz jakichś wyjaśnień, a tu ci ciągle nawijają o alkoholizmie, a przecież alkohol i hazard to jednak kompletnie różne działania.”*

*„Znalezienie ośrodka to jest problem, ale jak się chce sobie pomóc to się da radę. Ja podporządkowałem wszystko pod swoją terapię i były takie momenty, że dojeżdżałem 50 kilometrów trzy razy w tygodniu. W jedną stronę 50. Były też takie tygodnie, że jeździłem nawet cztery razy, czyli 400 kilometrów robiłem tylko po to, żeby tam być. A później to już tak*

*sobie ustawiłem, że miałem w jednym dniu indywidualną, a wieczorem grupową, więc zostawałem już na miejscu.”*

Pacjenci, jako powód podjęcia terapii w określonym miejscu wskazywali również na ofertę terapeutyczną skierowaną tylko i wyłącznie do hazardzistów, dostępną w placówce.

*„Ja od początku wiedziałem, że nie chcę chodzić na spotkania z jakimiś pijakami czy narkomanami. Po prostu czułem, że jak ma mi to pomóc, to muszę mieć wkoło siebie ludzi, którzy wiedzą, o co chodzi... że po prostu przeżyli to samo co ja, że nie będą na mnie patrzeć jakoś dziwnie... że będzie w miarę normalnie, a nie że będą na mnie ci inni patrzeć nie wiadomo jak.”*

*„Terapia była fajna ale po prostu nie pod kierunkiem hazardu, za dużo było tam ludzi uzależnionych od alkoholu, narkotyków i od wszystkich innych rzeczy (...) to znaczy terapia w kierunku hazardu nie była zbyt, aż tak dobra. Jakieś fazy uzależnienia podał (terapeuta – przyp. aut.) co ja już się zorientowałem ale jest to coś zupełnie innego. Tak jak mówię, że alkoholik nigdy nie zrozumie hazardzisty a hazardzista zrozumie alkoholika w pewnym względzie.”*

*„To nie jest moja pierwsza terapia. Byłem już na czterech i mam porównanie, więc wiem co mówię – najlepiej jest, jak jesteśmy sami hazardziści. Zresztą tak sobie myślę, że z tamtych terapii rezygnowałem też dlatego, że po prostu mi nie pasowało, że jednak byliśmy w mniejszości, no my hazardziści... i jak terapeuta coś mówił, to ja czułem, że on najbardziej się zwraca do tych, co są na terapii z powodu alkoholu. A teraz tutaj (grupa jednorodna – przyp. aut.) to nie muszę nic tłumaczyć, bo wszyscy wszystko rozumieją... i tak po prostu łatwiej się gada.”*

*„Pojechałem do K. (nazwa placówki – przyp. aut.) i pojechałem na tą terapię najpierw na 10 dni potem drugi raz pojechałem na 7 dni. No i ta terapia była nie wiem czy była dobra, czy była fajna - tej terapii nie przerwałem, ale też nie zamierzam już jeździć do tych Koninek dalej dlatego, że zostałem dołączony do grupy, w której większość było alkoholików albo większość politoksykomanów, były tylko dwie osoby uzależnione do hazardu i terapia, na którą ja trafiłem nie była aż taka w 100% odpowiadająca dla moich potrzeb.”*

*„Ma to znaczenie, jak i gdzie się leczy. Uważam, że tak jak w moim przypadku pierwsza była grupa tylko hazardowa, to taka na początek jest bardzo potrzebna, gdzie są sami hazardziści, a później to, że na grupie byli też alkoholicy to uważam, że dużo*

*skorzystalismy, takže moim zdaniem grupa mieszana, może nie jako pierwsza, ale jako druga jest super. Na grupie rozwoju duchowego byli na przykład współuzależnieni i DDA oprócz alkoholików także pełen przekrój, także można było skorzystać ze swoich doświadczeń, to też dużo dało. Także uważam, że rozrzut jest potrzebny.”*

Często zdarzało się i tak, że pacjenci nie mieli możliwości wpływu na wybór placówki, bo to najbliżsi wybierali im miejsce terapii. Dla odbywających terapię po raz pierwszy rodzaj placówki i oferty terapeutycznej odgrywał mniejszą rolę, prawdopodobnie z powodu ich niewiedzy, w myśl zasady „*poradnia to poradnia, no chyba mi tam przecież jakoś pomogą*”.

## **2. Rodzaj oddziaływań psychokorekcyjnych i ich dostosowanie do potrzeb pacjentów**

W procesie zdrowienia ważną rolę odgrywają odpowiednio dopasowane do potrzeb pacjentów z problemem hazardowym oddziaływania terapeutyczne. Różne placówki pracują w oparciu o różnorakie założenia – najczęściej stosowana jest terapia poznawczo - behawioralna, model Minnesota, czy filozofia 12 kroków. Niezmiennie jednak we wszelkich oddziaływaniach terapeutycznych podstawowym celem jest utrzymanie abstynencji.

Zdaniem wszystkich badanych osób podstawą każdej terapii, podstawą jakichkolwiek oddziaływań jest zaakceptowanie przez hazardzistę faktu, że hazard to nie rozrywka, fanaberia, czy przelotny kłopot. Hazard to choroba.

*„...każdy ma jakby swoją drogę, a wszystko co jest dostępne – mityngi, terapia, terapia zamknięta, terapia dzienna, dochodząca, różne warsztaty – każdy może skorzystać z tego co mu najbardziej pasuje (...) to jest indywidualna sprawa. Znam takich, co zmienili swoje życie tylko dzięki mityngom, znam też takich, którzy chodzili na terapię, na mityngi i też dobrze. A niektórym i to nie wystarcza, jeżdżą po warsztatach dodatkowych. Sam byłem na jednych, skusiłem się w końcu, do K. kawał drogi, ale warto było.”*

*„Kiedy okazało się, że na grupie nie ma żadnych hazardzistów, tylko sami alkoholicy, to na początku stwierdziłem, że w sumie to żaden problem. Co za różnica, zmieniam słowo alkohol na granie i alkoholizm na hazard. Ale potem stwierdziłem, że jednak wcale mi się tam*

*nie podoba i nie czuję, żeby mi coś pomagało. Że jednak alkohol i granie to zupełnie dwa różne światy. No i zrezygnowałem wtedy, po prostu przestałem sobie przychodzić na grupę.”*

*„Myślę, że ten jakby tok terapii, który ja przeszedłem, był idealny. Wiem też, że sama terapia indywidualna na pewno nie przyniesie efektu, tak uważam, bo tylko lustro w postaci innych hazardzistów, grupy, czy innych uzależnionych tak naprawdę pokaże temu choremu, kim jest, jaki jest, co robi i tak dalej. Ja na spotkaniach indywidualnych z terapeutą mogę powiedzieć wszystko, tak. Mogę go zmanipulować, okłamać i tak dalej, a na grupie nigdy nie oszukam.”*

*„Wszystkie terapie mają w zasadzie jeden schemat: wykłady na dany temat, ćwiczenia np. dotyczące asertywności, oglądanie filmów i pisanie zadań do tematów z wykładów.”*

*„Grupy terapeutyczne nie były skonstruowane pod względem hazardu, ale struktura jako tako mi odpowiadała. Odpowiadało mi pisanie prac, odpowiadało mi czytanie tych prac publicznie przed wszystkimi ludźmi, odpowiadały mi dyskusje, odpowiadały mi jakieś tam ranne spotkania, mityngi, modlitwy... to wszystko jakoś tak człowieka umacniało.”*

*„Terapia stacjonarna (...) bardziej przypomina ośrodek wczasowy, tylko trzeba przestrzegać kontraktu. Jednak jakby nie było, najważniejsza była terapia i uważam, że dostaje się sporo instrumentów i wiedzy odnośnie naszej choroby i sposobów radzenia sobie z głodem hazardowym. Trzeba sobie natomiast uświadomić że i 100 terapeutów nie pomoże jeśli sami nie zechcemy pracować nad sobą. Moja terapeutka prowadząca wytknęła mi tyle niedoskonałości, że aż wierzyć mi się nie chciało.”*

*„Chodziłam na różne terapie indywidualne, wiedziałam jakie są zasady, wiedziałam, gdzie jest fajna poradnia i którzy terapeuci poukładani i którym warto zaufać, których warto słuchać, a których w ogóle nie słuchać, bo mają tylko teorie w głowie i nie mają błędnego pojęcia, o czym mówią.”*

*„Kiedyś uczestniczyłem w fajnym projekcie, to były takie warsztaty bardziej, jak sobie radzić z poczuciem winy. To było coś innego. I bardzo dużo fajnych rzeczy się dowiedziałem, które potem próbowałem wcielać w życie.”*

*„Nie wiem, jak jest w innych ośrodkach, ale słyszałam, że nie wszędzie jest coś takiego, jak grupa rozwoju duchowego, że to jest rzadkość, ale jak dla mnie to był strzał w dziesiątkę. Ostatnio u nas słyszałam, że jest plan stworzenia drugiego poziomu grupy*

*rozwoju duchowego dla osób, które są co najmniej 3 lata po skończeniu terapii, tak jakby wyższy level. Ucieszyłabym się, gdyby to powstało.”*

*„Dostałam tematy, co dwa dni pisałam jakiś temat, który miałam zadany. Strasznie trudne te tematy, nie byłam w stanie ich ugryźć, nie wiedziałam, z której strony, nie wiedziałam o co chodzi. Napisałam jak potrafiłam, ale do dziś mam wrażenie, że te tematy, moje wypracowania tam w ośrodku, to nie było to. Ja po prostu nadal nie byłam w stanie poczuć siebie, mnie nie było. To wszystko była teoria, książkowa wiedza, zasady, jeżeli tak to tak, ale nie było mnie.”*

### **3. Osoba terapeuty w procesie leczenia**

Za niezwykle ważny aspekt terapii badani uznawali samą osobę terapeuty, jego osobowość, czy kompetencje. Często to między innymi właśnie w terapii upatrywali szans na powodzenie lub nie procesu terapeutycznego.

Poszukując terapeuty pacjenci kierowali się różnymi kategoriami, w zależności od indywidualnych preferencji, najczęściej jednak pod uwagę brano: wiek i płeć terapeuty, doświadczenie zawodowe, wykształcenie, kwalifikacje, rekomendacje oraz sposób, w jaki terapeuta pracuje.

*„Spotkałem terapeutów, którzy wcześniej byli uzależnionymi alkoholikami, narkomanami, czy hazardzistami też i wiem, że doświadczenie takich ludzi jest bezcenne. Ale też bardzo ważne jest wykształcenie, no i jak terapeuci są otwarci na ludzi.”*

*„Dla mnie najważniejsze było, że ja czułem taką szczerą bijącą od mojego terapeuty, że nie udawał, że rozumie, jak nie rozumiał, tylko zawsze mówił to co myślał. Że był uczciwy wobec mnie, wobec nas na terapii wszystkich. Że nas akceptował takich, jak przyszliśmy ze swoimi problemami, że nie oceniał i nie szydził.”*

*„Terapeuta to taki pomagacz po prostu ale ważne jest, żeby miał dobre papiery na to pomaganie. To jest ważne. I jak dla mnie nie może być to jakiś młody gryziopiórek zaraz po*

*studiach, co to się książek tylko naczytał i udaje, że wszystko wie. Doświadczenie, to takie zwykle życiowe, też jest bardzo ważne.”*

*„Ja nie zawsze miałem szczęście do prowadzących terapię, nie wiem zresztą od czego to zależało, ale naprawdę czasem wystarczyło, że popatrzyłem na kolesia jak jest ubrany i jak do mnie mówi i już wiedziałem, że nic z tego nie będzie. Ale też i było kilku terapeutów naprawdę w porządku. To chyba najważniejsze jest taki złoty środek znaleźć – że jest terapeuta trochę takim guru, takim autorytetem, a z drugiej strony też takim przyjacielem, co się mu chce i można wszystko powiedzieć. No – to taki właśnie ideał jest.”*

Wielu badanych przyznało, że nie miało wpływu na to, kto prowadzi terapię grupową czy też indywidualną, ponieważ na terapię zapisali och – żona, brat czy kolega z pracy. Najważniejsze wówczas okazywało się często pierwsze wrażenie, życzliwość terapeuty oraz zdobycie przez terapeuta choć namiastki zaufania już w pierwszym kontakcie.

*„Dla mnie tam nieważne, jakie szkoły pokończył mój terapeuta, jakie ma doświadczenie w pracy czy tam podobne. Najważniejsze żeby mu ufał. To jest podstawa. Bez zaufania nic dobrego z terapii nie wyjdzie.”*

*„Wiem, że odczucia są zawsze bardzo subiektywne i wcale nie muszą pomóc. Ale też trzeba się chyba tak nastawić, że się bierze, co dają, bez używania do tego celu swojego gustu, bo w aspekcie śmiertelnej choroby wybór doktora, który się spodoba i przypadnie do gustu może być spóźniony.”*

#### **4. Relacje z członkami grupy terapeutycznej**

Terapia grupowa niewątpliwie zmniejsza poczucie osamotnienia, wyobcowania, umożliwia otrzymywanie i udzielanie wsparcia oraz informacji zwrotnych, pozwala także niejednokrotnie na nowe spojrzenie na siebie i własne relacje z innymi ludźmi, pomaga również zmienić sposób doświadczania i przeżywania różnych sytuacji życiowych.

Jak twierdzą wszyscy badani, aby grupa terapeutyczna spełniała swoje zadania, najważniejsze jest zaufanie między jej członkami.

*„...bo najważniejsze jest to, że wiem, że wszyscy jesteśmy równi i że nie muszę się martwić, że jak się spotkam z tym czy z tamtym na mieście, to palcami mnie będą wytykać. Ufamy sobie i to, co dzieje się na grupie zostaje na grupie. To takie poczucie bezpieczeństwa, taki komfort.”*

Badani podkreślali zgodnie, że najlepsze relacje panowały podczas terapii grupowych skierowanych tylko do hazardzistów, bowiem osoby uczestniczące w takich spotkaniach borykały się zwykle z tymi samymi problemami, miały podobne doświadczenia a i zwykła komunikacja językowa była znacznie płynniejsza, niż podczas spotkań w grupach mieszanych. Kolejną ważną cechą skutecznej terapii grupowej, wskazywaną w przeprowadzonych rozmowach, było wzajemne okazywanie sobie wsparcia, łatwiejsza komunikacja oraz przekazywanie informacji zwrotnych.

*„Oni nie rozumieli o czym ja mówię, ja wszystko rozumiałem, co oni mówią, dla mnie to było takie oczywiste a oni na mnie tak patrzyli i o czym ja mówię (...) nie byli w stanie dać mi wsparcia. Mówili, że oni potrafią iść do kolektury i puścić totolotka i nic się nie dzieje, kupują zdrapki po kilkanaście sztuk i nic im się nie dzieje, a mnie to po prostu denerwowało, że takie rzeczy mówią. I wtedy na tej grupie ja nie wytrzymałem, bo to bez sensu, jakie ja mogłem informacje zwrotne tam niby dostać?!”*

*„Czasami to sobie myślę, że jak idę na terapię, to jakbym szedł do rodziny. Albo i lepiej, bo w rodzinie to nie zawsze się ze wszystkimi dogaduję. A tutaj? Czasami wystarczy jakieś hasło i już wszyscy wiedzą o co chodzi. I muszę to powiedzieć, ale na terapii nieraz czuję, że ludzie a przecież to obcy ludzie, a okazują mi więcej sympatii i wsparcia niż nawet najbliżsi.”*

*„Jeżeli ja bardzo chcę zdrowieć, to mi jest wszystko jedno, kto jest w grupie, ponieważ w grupie zachodzą reakcje, jeżeli ja z tych relacji coś sobie wezmę w celu mojego zdrowienia to o to chodzi, a tak naprawdę nie ma różnicy czy on pije czy ćpa czy jest pracoholikiem czy siedzi godzinami w Internecie, nie ma różnicy. Jakbym miała do wyboru grupę osób z uzależnieniami chemicznymi i tymi innymi, to zdecydowanie wolałabym zdrowieć w grupie gdzie są tylko uzależnieni od hazardu, bp wtedy mam więcej informacji o tych drobnych rzeczach, takich niuansów, które dotyczą hazardu. Łatwiej jest wtedy wylapać te drobiazgi, które w hazardzie mają jednak duże znaczenie. Takie malutkie niuanse, jakieś słówka, budowa zdania, np. kasa, pieniądze, takie rzeczy. W grupie mieszanej tego się nie odczuwa, natomiast w grupie hazardzistów od razu jest napięcie, oj ostrożnie bo to jest niefajny temat.*



*Jestem wtedy bardziej skupiona na tym, co ja czuję, co ja mogę z tym zrobić. O, zamienić słowa na inne – a w grupie mieszanej oni nie wylapią tego – dla nich nie jest to zagrożenie.”*

*„W zdrowieniu pomaga najbardziej, kiedy słyszę, że ktoś zagrał, ale przyszedł na terapię i powiedział, że zagrał, ale że czuje się teraz fatalnie i że chce dalej zdrowieć. I nie jest wtedy tak, że wszyscy go głaskają i że jeny jak fajnie i dobrze, że wróciłeś, że nic się nie stało. Najbardziej dobre jest wtedy z jednej strony otrzeźwienie, które daje grupa i terapeuta, taki zimny prysznic jak to mówią, a z drugiej strony ogrom wsparcia.”*

Co ciekawe, badani przedkładali również wartość i walory grup zamkniętych nad pracą w grupach otwartych.

*„Byli alkoholicy, narkomani, lekomani i ja jeden jako hazardzista. Za chwilę dołączył ktoś jeszcze, za miesiąc kolejny, za półtora dołączył jeszcze mój kolega też hazardzista. I później jeszcze jeden. I to tak ciągle niby trwało a ciągle jakby od początku to samo. Bez sensu jak dla mnie.”*

*„Zawsze jednak woląłem, jak pracowaliśmy od A do Z, że nikt nie dołączał po drodze, nikt nie rozpraszał. Że znaliśmy się wszyscy od początku i z każdym tygodniem poznawaliśmy lepiej. I zauważyłem, że to nam wszystkim służyło, bo taka większa otwartość panowała i jak ktoś komuś czasem nawet mocniej odpowiedział, to się nikt nie obrażał tylko przyjmował krytykę.”*

## **5. Dostosowanie harmonogramu sesji terapeutycznych do potrzeb pacjenta. Terapia stacjonarna vs terapia ambulatoryjna**

Niezwykle istotnym stymulatorem procesu terapeutycznego, wskazywanym przez większość badanych osób, była kwestia dostosowania harmonogramu sesji terapeutycznych do potrzeb pacjentów. Dużą rolę badani przypisywali tu terapeutom, których elastyczność, zwłaszcza odnośnie spotkań indywidualnych, miała w ich opiniach ogromny wpływ na powodzenie leczenia.

*„Na samym początku założyłem, że to się nie uda, bo przecież pracuję na trzy zmiany. A jednak bardzo się zdziwiłem, bo w poradni pani tak mnie poumawiała, że bezproblemowo niemalże udało się wszystko pozgrywać ze sobą.”*

*„Cała terapia trwa już u mnie jakieś 17 miesięcy – tak się jakoś zawsze udało poskładać terminy, że akurat kończyłem grupę i od razu zaczynała się następna. A że i miejsce i czas i ludzie mi odpowiadają to tak to trwa, czasem przychodzę trzy razy w tygodniu, czasem raz i tak sobie myślę, że to wielkie szczęście miałem, że tak trafiłem akurat tutaj.”*

Osoby udzielające wywiadów wskazywały także na przewagę leczenia ambulatoryjnego nad leczeniem stacjonarnym.

*„Terapia zamknięta jest dla mnie takim trochę dziwnym tematem, bo ja sobie nie wyobrażam, że siedzę te 6 czy 8 tygodni cały czas na terapii i później wychodzę, drzwi się zamykają i mam sobie radzić i zacząć stosować te narzędzia. Chodząc na indywidualną, na grupowe, ja cały czas muszę funkcjonować, na bieżąco pojawiały się różne sprawy, problemy, które można było rozwiązywać.”*

*„(...) w bezpiecznym tak w cudzym miejscu, zamknięciu pod opieką terapeutów jest świetnie, cudownie. A później wychodząc zamykają się za tobą drzwi i dopadają dopiero wtedy konsekwencje uzależnienia, codzienne problemy i tak dalej. I wiem, że parę osób, znajomych, sobie z tym nie poradziło, odpowiednio nie zdążyli pójść nie wiem, na jakąś terapię indywidualną czy jakąś dochodzącą. Także tutaj jestem, jeśli chodzi o mnie, sceptycznie nastawiony, dlatego nawet nie myślałem o tym. To jakoś od razu przyszło mi do głowy, że ja nie chcę nigdzie jechać, nie chcę się zamykać.”*

*„Zasada była taka, że terapia jest ciągła i zamknięta i że jak ktoś opuści ośrodek to już jest przerwanie terapii. A ja musiałem jechać pozalać sprawy i tego się nie dało poprzesuwać, bo co miałem powiedzieć, że za 6 tygodni to załatwię, jak się skończę leczyć?! ”*

## **6. Dostrzeżenie negatywnych konsekwencji dotychczasowego życia hazardzisty**

Wielu hazardzistów cierpi w początkowych dniach zdrowienia z powodu uświadomienia sobie błędów w swoim przeszłym życiu, obarczania się winą, wyrzutami sumienia, z powodu straconych pieniędzy, które przegrali, okazji, które przepuścili.

I choć doświadczanie tych cierpień dostarcza bardzo przykrych doznań, to jednak dostrzeganie tych konsekwencji jest warunkiem koniecznym w budowaniu zdrowego stylu życia. Wymienione konsekwencje nie stanowią jednak jedynych dostrzeganych przez badanych. Oprócz nich badane osoby zwracały uwagę również na trudności typowo somatyczne, ale też problemy natury psychicznej.

*„W pewnym momencie zauważyłem, że z moim zdrowiem dzieje się coś nie tak. I nie to, że zrobiłem jakieś badania, czy coś, ale po prostu zauważyłem jakieś dziwne kołatania serca, które powodowały u mnie jeszcze większy niepokój. Po prostu zacząłem się bać.”*

*„Mało jadłem, bardzo mało spałem i to po prostu organizm w końcu zaczął wysyłać mi jakieś powiadomienia, że nie jest najlepiej. Jak patrzyłem w lustro, to nie widziałem siebie, nie poznawałem po prostu siebie, tak mnie granie zmieniło. Zapadnięte oczy, jakiś dziwny kolor skóry... okropność.”*

*„Zauważyłam, że tak naprawdę moje życie kręciło się wokół tylko dwóch emocji – kiedy wygrywałam ogarniała mnie wielka radość, taka aż euforia, wszystko dookoła było wtedy super i wszystko widziałam w kolorowych barwach. A kiedy przegrywałam to była tylko i wyłącznie jedna wielka złość i frustracja i wszystko wokoło też było na nie, było na czarno. W tych chwilach najchętniej siedziałam w domu, rozpamiętywałam porażkę i izolowałam się powoli od wszystkiego i wszystkich. I tak to narastało.”*

*„Przegrałem wszystko. Nic już nie miałem. Ani samochodu, ani mieszkania, ani pracy. Nic, jedno wielkie nic. I wtedy zacząłem myśleć, że po co mi takie życie. Jednak okazało się, że nie miałem w sobie aż tyle odwagi, aby to zakończyć.”*

*„Moje granie to jeden wielki stres. I już sam nie wiedziałem, czy gram, bo się stresuję w pracy i w domu, czy gra też mnie stresuje, bo wiadomo, jak tylko przegrywałem lub kiedy musiałem przerwać grę, to stres mnie dopadał z każdej strony. Więc ja już wstawałem zestresowany i kładłem się spać też zestresowany. I aż się dziwię, jak ja to wszystko wytrzymywałem.”*

*„Był taki moment, że już niemal codziennie miałem myśli samobójcze. Zresztą zafiksowałem trochę nawet w tym temacie, szukałem informacji w necie, jak to zrobić,*

*czytałem o tabletkach, o prądzie, rozważałem rzucenie się z mostu, pod pociąg. Nie wytrzymałem już całej tej sytuacji, byłem na skraju wyczerpania.”*

Badani zwracali również na uwagę na relacje – rodzinne, koleżeńskie, pracownicze – które w wyniku ich grania uległy znacznemu pogorszeniu, zniekształceniu, bądź zanikały całkowicie.

*„Żona powiedziała pewnego dnia, że już dłużej ze mną nie wytrzyma. I się po prostu wyprowadziła. Tak po prostu. Spakowała się i się wyprowadziła. Wtedy sobie pomyślałem, okej, jej sprawa, wiadomo, zabolalo mnie to trochę ale nie jakoś tak poważnie. Dopiero po kilku dniach zacząłem odczuwać, tak namacalnie, tą stratę.”*

*„Wiedziałem już, że narobiłem wiele niedobrych rzeczy, bo długi, wiadomo, bo ciągle się kłóciłem z żoną. Długo jednak nie miałem świadomości, jak bardzo skrzywdziłem swoje dzieci. One się mnie po prostu bały (...) to było straszne.”*

*„Pożyczałem pieniądze od kogo się dało, a wiadomo – w pewnym momencie z oddawaniem długów zaczął się robić problem. No to zacząłem unikać tych ludzi, nie odbierałem telefonów. Oni sobie po pewnym czasie odpuścili, a ja wiele miesięcy później zdałem sobie sprawę, że zostałem sam jak palec.”*

*„Nie utrzymywałam bliższych kontaktów w pracy, bo i o czym miałam niby z nimi rozmawiać, kiedy moje myśli krążyły tylko wokół jednego tematu. Wokół grania. Nawet posiłki podczas przerw jadłam sama, a one mówiły o mnie >dziwoląg, odludek<. Rodziny też z czasem zaczęłam unikać, z podobnych powodów. Moja samotność odpowiadała mi kiedy grałam, jednak w momencie rozpoczęcia terapii, zdałam sobie sprawę, jaką sama sobie krzywdę wyrządziłam.”*

*„Najważniejsze było granie i organizowanie pieniędzy na granie. Rodzina? Okłamywałem wszystkich codziennie, kłamanie weszło mi w krew do tego stopnia, że już naprawdę nie potrafiłem nawet w zwykłych sprawach powiedzieć prawdy. Oszukiwałem, knułem, byle tylko zorganizować kasę.”*

Wśród konsekwencji grania, na które wskazywały osoby udzielające wywiadów, były również epizody kradzieży, wynoszenia i zastawiania rzeczy w lombardach, czy pożyczania pieniędzy od lichwiarzy czy osób ze świata przestępczego.

*„Najbardziej to mi było potem wstyd, że tyle rzeczy wyniosłem z domu. Tyle rzeczy, wiadomo wartościowych finansowo, ale też wartościowych sentymentalnie. Nie miałem świadomości tego. Albo to wypierałem. I się jeszcze dziwiłem, że żona awantury robi, o co?”*

*„Jak już przestałem grać i żona zaprowadziła mnie na terapię, to wtedy się dopiero zaczęło. Telefony, nachodzenia, straszenie, szantażowanie. Pożyczyłem pieniądze tam gdzie nie powinienem, od bandziorów po prostu. I wtedy naprawdę zacząłem się bać, nie o siebie, ale że coś zrobią żonie i dzieciom. I znowu okłamywałem żonę, bo nie chciałem, żeby się dodatkowo martwiła, a ona wtedy myślała, że jestem taki dziwny, bo znowu zacząłem grać. I zaczęło się wtedy znowu psuć między nami. Ale ja myślałem wtedy już tak, że może lepiej, że się pokłócimy mocno, ona się wyprowadzi, to będzie bezpieczna. Na szczęście znalazłem rozwiązanie tej sytuacji i to żona mi pomogła i mój przyjaciel.”*

*„Jak już skończyły mi się pieniądze to wymyśliłem sobie, że po prostu pożyczę na chwilę z firmy. A że miałem dostęp do jakiejś tam gotówki, to nie było to jakoś trudne. No. Tylko że potem przegrałem i nie miałem z czego oddać. I chyba jakoś za trzecim czy czwartym razem, jak tak sobie pożyczyłem, to się w końcu w pracy zorientowali. No i straciłem robotę, na szczęście moje skończyło się na zwykłym rozwiązaniu umowy, a nie na dyscyplinarce. Bo przecież jakbym miał w papierach, że zwolnili mnie za kradzież, to gdzie ja bym robotę potem znalazł?”*

Osoby udzielające wywiadów zwracały również uwagę, że dostrzeżone przez nich negatywne konsekwencje grania, rozpatrywane są często także w postaci strat, przede wszystkim materialnych, chociaż nie tylko.

*„Jak tak sobie kiedyś obliczyłem, to za te pieniądze, które przegrałem, to spokojnie mógłbym sobie kupić mieszkanie. I to nie byle jakie.”*

*„Zastawiłem dom. I naprawdę wtedy myślałem, że się nic nie stanie i że to tylko tak, że się zabezpieczają, żebym im nie uciekł gdzieś. A oni mi ten dom potem po prostu zabrali.”*

*„Miałem superbrykę i nie mam. Miałem super chatę i nie mam. Mógłbym powiedzieć, że nic już nie mam, ale no przecież coś mi zostało po graniu (...) długi mi zostały jeszcze.”*

*„Granie zabrało mi najlepszy czas w życiu, zabrało mi studia, zabrało mi dziewczynę. Tego nigdy nie odzyskam. Mogę jedynie się postarać, żeby kolejne lata nie były taką czarną dziurą. O to walczę.”*

*„Miałem najlepszą pracę pod słońcem i tego żałuję najbardziej, że byłem na tyle głupi, żeby ją stracić.”*

*„Najgorszy moment, to kiedy przyszedł komornik i poobklejał wszystko tymi swoimi taśmami. I w jednej chwili nie miałem telewizora, laptopa, nie miałem konsoli. Nawet czajnik i mikrofalówkę mi zabrał. Poczulem się wtedy strasznie.”*

## **7. Motywacja wyjścia z nałogu**

Opisy wszystkich badanych sprowadzić można do następującego stwierdzenia: „Siła woli czy siła charakteru nie pomogą wyjść z nałogu i wytrwać w abstynencji. Do tego potrzebna jest motywacja.” Okazuje się jednak, że nie zawsze i niekoniecznie motywacja wewnętrzna CHCĘ była predyktorem terapii, czasami bowiem skuteczniej leczyli się ci, którzy po prostu MUSIELI.

*„Żona postawiła sprawę jasno - ale pójdę na terapię albo odejdzie. To mnie przekonało, bo też wiedziałem, że sam mogę sobie nie dać rady z tym problemem. Wybraliśmy ośrodek, gdzie spędziłem kilka tygodni, żona też skorzystała z terapii dla osób współzależniowych. I to było najlepsze, co mogliśmy zrobić. Wiem, że będziemy musieli jeszcze długo pracować, ale ukierunkowali nas na terapię i wiemy, jak sobie z tym radzić.”*

*„Dopiero za trzecim podejściem zrozumiałem taką ważną rzecz, a mianowicie: Jeśli robisz to na siłę lub pod presją rodziny, przyjaciół, to szkoda twojego i terapeutów czasu. To się wtedy nie uda. To musi być twoja i tylko twoja decyzja, że masz problem i potrzebujesz fachowej pomocy.”*

*„Z podjęciem przeze mnie terapii to nie było wcale tak, że ja jakoś mocno sama chciałam. Zmusiła mnie do tego po prostu sytuacja, a dokładniej mówiąc, to zmusił mnie mój szef. Powiedział, że jak nie zacznę się leczyć, to mnie po prostu zwolni. I się chyba wtedy przestraszyłam, bo też i miałam już jakieś długi i pomyślałam, że jak nie będę miała źródła dochodu to już w ogóle masakra będzie.”*

*„Terapia była i jest jedną z najlepszych inwestycji jakie zrobiłam.”*

*„Na terapię zdecydowałem się od razu, gdyż wiedziałem, że potrzebuję pomocy, wiedziałem, że sam sobie nie poradzę, że terapia w pewnym sensie pomoże mi w zrozumieniu mojej choroby, w zrozumieniu faz uzależnienia, w zrozumieniu mechanizmów, jakie działały i kierowały tym wszystkim i tą całą chorobą i tak chciałem do tego po prostu dążyć, aby wszystko jakoś lepiej się ułożyło.”*

*„Ocknąłem się późno, bo już wiele straciłem, ale może w porę, bo mogłem stracić więcej. Poszedłem sam na terapię do miejscowej kliniki a jak to się stało, że nagle zdecydowałem się leczyć? Rzuciła mnie narzeczona, miała dość moich kłamstw, na początku się domyślała, że gram, potem już wiedziała, bo widziała mnie pod kasynem. Jej odejście było da mnie jak zimny prysznic.”*

*„(...) pewnego dnia po prostu zauważyłem jakieś dziwne kołatania serca, które powodowały u mnie jeszcze większy niepokój. Po prostu zacząłem się bać. To naprawdę było nefajne i zrozumiałem, że to wszystko to jest pokłosie mojego stylu życia i mojego grania. No grania przede wszystkim, wiadomo. Sam się przecież do takiego stanu doprowadziłem.”*

*„Przestraszyłem się najbardziej, kiedy żona pokazała mi na papierze, jakie mamy długie. Znaczących długów ja narobiłem, bo ona już wiedziała od jakiegoś czasu. I chyba największą motywacją zgłoszenia się na terapię było właśnie to, że tak powiem, bo sobie wykombinowałem, że jak mi dadzą papier z tej terapii, to łatwiej mi będzie uzyskać tą upadłość konsumencką, tak gdzieś wyczytałem. Więc to była taka trochę jakby oszukana motywacja. Ale jak już poszedłem do poradni, już po pierwszych spotkaniach, jakby zaczęło mi się w głowie wszystko zmieniać...”*

*„Ja po prostu pewnego dnia uświadomiłem sobie, że ile bym nie grał, to jednak zawsze będę na minusie. Że stawiam coraz więcej i coraz więcej przegrywam. A te wygrane, bo jasne, przecież też się zdarzały, to jednak w ostatnim czasie to były, że tak powiem, śmieszne grosze. Więc tak, to chyba było dla mnie takie kluczowe – wiedziałem już, że mam problem, ale wtedy uświadomiłem sobie to właśnie jeszcze, że tak naprawdę nigdy się nie odkuję.”*

*„Terapia to podstawa, musisz sobie zdać sprawę, że osiągnąłeś dno. Nie gram już 3 lata, mam długie, straciłem oszczędności życia. Wpadłem mocno i poleciałem na dno ale któregoś dnia przerwałem grę – zdałem sobie sprawę, że skoro mam żonę która mnie kocha,*

*że skoro mam wspaniałego syna, to jest dla kogo i o co walczyć. Poszedłem do ośrodka, zniknąłem z wszystkiego, z całego życia na ponad miesiąc. Wróciłem totalnie przewartościowany, pamiętam to uczucie wtedy, to jakbym zaczął żyć na nowo.”*

*„Cały czas grałem, wydawało mi się, że jakoś to kontroluję, ale stawki były coraz większe a środków coraz mniej. I jak już żona zobaczyła puste konto, to zrobiło się niefajnie. Ale do mnie i tak jakby to wszystko jeszcze wtedy nie docierało. Aż pewnego dnia wróciłem do domu i nie zastałem nikogo. Wtedy się naprawdę przestraszyłem i to chyba była największa motywacja moja, żeby zacząć coś z tym moim graniem robić. Tylko nie tak jak przedtem, że obiecywałem, trochę nie grałem, a potem wszystko wracało. Tym razem postanowiłem, że udowodnię nie tylko żonie, ale że też udowodnię sobie, chociaż w sumie to jej najbardziej, że z tym wygram.”*

*„Tak sobie wymyśliłem, że jak się zgłoszę na terapię, jak pochodzę tam na te spotkania, to dzięki temu uda mi się po prostu odzyskać kontrolę nad moim życiem. Bo już wtedy był taki moment, że nie panowałem po prostu nad tym wszystkim.”*

## **8. Zakres zaprzeczenia (blokady poznawczej)**

Zaprzeczanie istnieniu problemu wynika bez wątpienia z samych mechanizmów choroby, jaką jest uzależnienie od hazardu - mówimy wówczas o mechanizmie iluzji i zaprzeczeń, czy też o blokadzie poznawczej. Mechanizm ten sprawia, że osoba uzależniona, w miarę narastania problemów zaczyna izolować się od negatywnych sygnałów płynących od osób z otoczenia i z samych sytuacji życiowych a także z własnego organizmu w taki sposób, aby bronić po pierwsze dobrego mniemania o sobie, po drugie aby bronić możliwości grania. Hazardziści wówczas: racjonalizują swoje postępowanie, pomijają konsekwencje oraz unikają odpowiedzialności, odwracają uwagę od problemów, czy też zrzucają winę na innych, albo fantazjują na temat skali własnych problemów.

*„Nie wiem, jak to określić, ale jak już dotarłem na tą terapię, to wtedy jakoś nie przyjąłem tego do siebie, że to jest choroba. Albo nie chciałem słuchać, albo nie słyszałem.”*

*„Chodziłem na tą terapię, bo obiecałem, ale jakoś ciągle nie rozumiałem, że to jest jakiś wielki problem. Myślałem sobie wtedy w ten sposób, że ja rozumiem, ci alkoholicy na*



*terapii to mieli naprawdę problem, bo pili i przez to picie ich życie zaczęło być beznadziejne, bo odeszła od nich żona czy tam kogoś wyrzucili za picie z pracy. Ale ja? No przecież każdy wrzucił kiedyś parę groszy do automatu. A mnie się dodatkowo udawało czasem wygrać nawet większe sumy. I mnie z pracy nie wyrzucili. Więc tak to sobie cały czas na początku tłumaczyłem, zastanawiając się przy tym, co ja właściwie tutaj robię. Wśród tych degeneratów, za przeproszeniem.”*

*„Ja rozumiałem, że nie znalazłem się na terapii bez przyczyny, ale też nie uważałem się wcale za jakiegoś wielce uzależnionego. Nie myślałem przecież obsesyjnie i nałogowo o graniu. Po prostu – wszyscy po pracy szli grać, to i ja też grałem. No taka integracja. Tak to widziałem.”*

*„Nawet jak już byłem na terapii to zdarzało mi się opowiadać niestworzone historie o graniu. No bo skoro już mówią, że jestem uzależniony, to niech wiedzą przynajmniej jakim królem życia byłem. Ile wygrałem. I w jaki sposób. I za jakie stawki grałem.”*

*„Długo nie chciałam dostrzec jakichkolwiek konsekwencji mojego grania, oprócz długów, które, owszem, doskwierały trochę i co chwilę o sobie przypominały, ale też nie przejmowałam się nimi nie wiadomo jak. Poza tym tłumaczyłam sobie, że skoro nie mam męża, ani dzieci, to co komu szkodzi, że sobie pogram. I tak naprawdę ta terapia, do której zresztą zmusił mnie szef, to miała mi pomóc poznać te wszystkie mechanizmy i nauczyć, jak można kontrolować to granie. Żeby już się nie powtarzały sytuacje, że w dwa dni wypłaty nie miałam. Tak sobie wtedy myślałam.”*

*„Nie znośiłem, kiedy ktokolwiek w towarzystwie poruszał temat, że gdzieś tam czytał albo słyszał o kimś, kto stracił majątek przez hazard. Staralem się wtedy z całych sił, żebyśmy zmienili temat rozmowy, śmiałem się, że to bujda lub też wyłączałem się z takiej rozmowy kompletnie. (...) Albo jak w telewizji leciał jakiś film, gdzie akcja rozgrywała się w kasynie, albo było w nim o graczach czy uzależnieniu to też nie mogłem tego oglądać i przełączałem program.”*

*„Kiedy moja dziewczyna zaczęła coś za pierwszym razem podejrzewać, to jej powiedziałem, że sobie coś ubzdurała i że owszem, grywam, ale nie jest to żaden dla mnie problem i w każdej chwili mogę przestać. I rzeczywiście przestawałem, ale potem zawsze jakoś tak wyszło, jakaś sposobność, jakiś stres, jakiś powód zawsze się znalazł, by zagrać.”*

*„Zawsze sobie tłumaczyłem, że grałem po to, by polepszyć swoją sytuację finansową. Marzyłem o wielkich wygranych, wierzyłem, że w końcu los się do mnie uśmiechnie, że to, że muszę zainwestować w to trochę gotówki to po prostu tak musi być, by w końcu przyszlą wielka wygrana. I nawet jak już się skończyły fundusze i kombinowałem tylko sąd tu wziąć środki na granie, to nawet wtedy jeszcze cały czas nie widziałem w tym większego problemu. Mojemu graniu bowiem przyświecał większy cel.”*

Wypowiedzi rozmówców sugerują jednak wyraźnie pewną zależność - im mniejszy zakres zaprzeczania, tym większa efektywność procesu terapeutycznego i odwrotnie – im większa skala blokady poznawczej, tym efektywność mniejsza.

*„Z początku zrzuciałem winę na wszystko dookoła – na ludzi, na maszynę, na pogodę, na bzdurne wręcz rzeczy i okoliczności. I jak już nawet znalazłem się w ośrodku, to jak mnie pytali, po co tu przyjechałem to już sam nie wiedziałem co mówić. A terapeuta do mnie, że mam udowodnić, że jestem hazardzistą. Jakim hazardzistą, kurde?! Hazardziści to w kasynach są, w ruletkę grają. Takie miałem nastawienie. No i dali mi początkowo spokój. Ale im dłużej się przysłuchiwałem historiom innych ludzi na tej terapii, to tym bardziej myślałem, że to co mówią, to chwilami jakby o mnie, a oni przecież przyznawali, że mają problem, że są uzależnieni. To wtedy pomyślałem, że jednak po coś się tu znalazłem, że może jednak coś mi tu pomogą, bo ja chyba naprawdę mam problem.”*

*„Przestałem w końcu myśleć o tym, co będzie jak wygram w końcu te ogromne sumy. Przestałem skupiać się w każdej myśli na graniu i postanowiłem sobie, że skoro robię to dla mojej rodziny, dla siebie też oczywiście, ale skoro ma to się udać, to poddam się całkowicie tym wszystkim mądrym ludziom i spróbuję uwierzyć w to, co oni mówią i co tłumaczą. Tak, powiedziałem na głos, pierwszy raz to zresztą powiedziałem do siebie przed lustrem, tak jestem uzależniony, mam ogromny problem i chcę się leczyć. I potem poszedłem na grupę i pierwszy raz powiedziałem to przy wszystkich (...) i poczułem wtedy ogromną ulgę, jakoś później wszystko łatwiej i prościej zaczęło mi przychodzić.”*

*„Jeszcze jak grałam i się zdarzały mi duże przegrane, to zawsze sobie powtarzałam, że to tak los teraz chciał, ale że i tak czeka mnie wielka wygrana. Że czeka, a ja muszę tylko po nią sięgnąć, ale na to przyjdzie odpowiedni moment. A te przegrane to tylko droga do celu. Były też momenty takiego kaca moralnego, jakby przebłyski świadomości, że co ja robię?! I na początku terapii też cały czas oszukiwałam, bagatelizowałam, zaprzeczałam też,*

*ale wtedy grupa na mnie tak mocno naskoczyła jednego razu, że jestem hipokrytką i takie tam, że pół nocy przeplakałam i wtedy chyba zaczęłam sobie jednak to wszystko uświadamiać tak na poważnie. I wtedy to dopiero miałam kaca moralnego. Ale też myślę, że dzięki temu, że tak jednak w miarę szybko przestawiłam się i rozumiałam, że naprawdę mam poważny problem, to też dzięki temu terapia potem już, no nie powiem, że była przyjemnością, bo nie była, ale na pewno łatwiej to wszystko przyswajałam już i na pewno terapia od wtedy była jakby skuteczniejsza w stosunku do mojej osoby.”*

*„Już na samym początku terapii, przede wszystkim chyba za sprawą innych uczestników, zdałam sobie sprawę, że chyba jednak koloryzowałam to wszystko za bardzo. Że widziałem tylko same prawie pozytywne rzeczy związane z tym moim graniem. Bo to, co oni mówili, to idealnie pasowało do mojej osoby. No wypisz wymaluj moja historia. I wtedy pomyślałem, że skoro inni się z tego leczą i że skoro ta terapia im pomaga to i ja się muszę temu wszystkiemu poddać całkowicie. I nie było łatwo na początku, ale teraz to już jestem mądrzejszy, bo znam też mechanizmy i wiem też, że jak się już zaakceptuje świadomość własnej choroby to jest dobry początek wszystkiego i taki start samej terapii dopiero od tego momentu. I to mi potem dało olbrzymią motywację do pracy.”*

## **9. Aktualna sytuacja życiowa (rodzinna, zawodowa)**

Terapia to niewątpliwie szansa na poprawę jakości życia, trzeba jednak zaznaczyć, że tę szansę musi dać sobie sam hazardzista. Wszyscy jednak z badanych podkreślali zgodnie, że terapia rozpoczęła niejako nowy, lepszy etap w ich życiu, wskazywali na wiele pozytywnych zmian, dotyczących ich szeroko pojętego funkcjonowania społecznego. Dotyczyły one zarówno różnych środowisk funkcjonowania osób uzależnionych od hazardu, jak również różnych sfer życia. We wszystkich jednak wypowiedziach badani wskazywali na wyraźną poprawę dotychczasowego funkcjonowania po rozpoczęciu procesu terapeutycznego.

*„Tak naprawdę to dzięki terapii nauczyłem się rozmawiać z żoną. Wcześniej to były, tak myślę teraz, tylko takie wymiany informacji. Co tam w pracy? Jak dzieci? Co u rodziców/teściów? I tak dalej. (...) Zresztą na terapii mieliśmy takie fajne warsztaty z komunikacji i to na pewno dużo mi dało. Bo rozmawiać nie zawsze jednak znaczy rozmawiać.”*

*„Tak sobie myślę, że teraz potrafię się cieszyć z drobnych rzeczy. Podczas grania tak na pewno nie było, zresztą wtedy to byłem w ogóle owładnięty tylko jednego rodzaju myślami, ale i przed graniem też nie. Zresztą może i stąd wzięło się to moje granie. Teraz cieszę się jak nie wiem, że wracam do domu, że mogę sobie usiąść z dziećmi po południu i poukładamy puzzle, że pójdziemy całą rodziną do kina, albo zabiorę dzieciaki na łyżwy.”*

*„Dużo pracy mnie to kosztowało, ale mogę powiedzieć, że dziś jestem szczęśliwy. Po prostu żyję sobie jak wszyscy inni ludzie, z tą tylko różnicą, że ja mam ograniczenie – wiem, że nie wolno mi grać, bo wszystko powróci na nowo. Ale dziś już nie chcę grać, bo tak właśnie wybrałem. I jest mi z tym dobrze.”*

*„Tak jak ostatnio rozmawiam z moim szefem, to się razem śmiejemy, że teraz to pracuję tak, jakby szef miał dwóch pracowników w mojej osobie. Bo w końcu jestem wydajny jak trzeba, bo i też nie myślę o nie wiadomo czym, no nie myślę o graniu. Przychodzę normalnie do pracy z czystą głową, zrobię co trzeba, a i często sam wymyślam sobie kolejne zadania.”*

*„Taką najbardziej zauważalną zmianą u mnie, już w trakcie pobytu w ośrodku, było przede wszystkim zdrowie. Inne rzeczy też, jasne, ale zdrowotnie można powiedzieć bardzo się podciągnąłem. Zresztą warunki ku temu na pewno sprzyjały, bo przecież w ośrodku są reguły – posiłki o stałych porach, spanie, ćwiczenia, itd. Na pewno uregulował mi się sen, bo jednak często wcześniej zarywałem noce, by grać, no i też udało mi się w końcu trochę przytyć, bo jak grałem to i też niewiele jadłem. I wyglądałem wtedy jak zombie jakiś – chudy, z podkrążonymi oczami, ciuchy na mnie wisały. A teraz jest zdecydowanie lepiej.”*

*„Jak już trafiłam na terapię, to zdałam sobie sprawę, że choć wydawało mi się, że wokół mnie niewiele się zmieniło, to jednak ja sama chyba wyizolowałam się wcześniej z życia. Że przestałam odwiedzać koleżanki, jeździć do rodziny, chodzić do kina. Zawsze mi szkoda było czasu, bo przecież w tym czasie mogłam grać. I terapia pomogła mi chyba też przezwyciężyć ten wstyd, bo jednak wstydziłam się bardzo, bo wiadomo, że się rozniosło. I tak powoli, małymi kroczkami zaczęłam odbudowywać swoje życie prywatne. I wszyscy przyjęli mnie fajnie, to też mi dało takiego kopa motywacyjnego do dalszych zmian. Koleżanki zabrały mnie do fryzjera, do kosmetyczki, bo i też te sfery trochę zaniedbałam.”*

*„Jasne, wciąż mam wiele długów i jeszcze parę lat będę ponosił konsekwencje mojego grania, ale też dzięki terapeutom zobaczyłem inną stronę życia. Że można inaczej żyć*

*i czerpać z tego frajdę. Zacząłem sobie biegać, najpierw przede wszystkim po to, żeby zająć głowę innymi sprawami, ale potem się okazało, że to bieganie przynosi o wiele więcej korzyści, nie tylko tych terapeutycznych. Ja po prostu zacząłem zdrowo żyć, startuję w zawodach, mam nowych znajomych dzięki temu bieganiu, umawiamy się na wspólne treningi, wspólne wyjazdy. Wcześniej tego nie znałem, że można tak z obcymi osobami fajnie funkcjonować.”*

*„Wcześniej jakoś nie myślałem, jaką krzywdę moim graniem wyrządzałem dzieciom. Wiadomo – myślenie nałogowego gracza. Teraz staram się to naprawić. Nie mamy może teraz dużo pieniędzy, żeby po wycieczkach zagranicznych jeździć, bo jednak nadszarpnąłem delikatnie mówiąc naszą sytuację materialną, ale jednak dużo, bardzo dużo radości mi daje, że bierzemy rowery i cały dzień planujemy sobie wycieczkę, albo jedziemy pod namiot. I widzę tę radość moich dzieci, że rodzina jest razem, że normalnie z żoną sobie rozmawiamy, że nie ma krzyków już i awantur. Rodzina jest najważniejsza. Rodzina i zdrowie. Kasa nie jest najważniejsza.”*

*„Na terapii usłyszałem kiedyś, że jeśli chcemy rozpocząć nowe życie, wolne od hazardu i wszystkich problemów i nieszczęść spowodowanych graniem, musimy zamknąć ten rozdział w swoim życiu i zostawić go za sobą. Długo się z tym nie zgadzałem, bo też wciąż chciałem się karać za to wszystko co zrobiłem, zresztą jak to, tak się nie da, chociażby rata zobowiązań co miesiąc mi o tym wszystkim przypomina. Ale później też mi żona powiedziała, że ona mi wybaczta to wszystko i że ja sam sobie też muszę wybaczyć. I po prostu zdecydowałem, że teraz chcę żyć lepiej. Tylko tyle i aż tyle. I dotyczy to każdego skrawka mojego życia. Domu, dalszej i bliższej rodziny, znajomych, pracy, zdrowia. I jak na razie się powolutku udaje.”*

*„Nie ma we mnie w końcu strachu.”*

*„Takie drobne rzeczy, żadnych wielkich, spektakularnych zdarzeń, codziennie życie w końcu jest fajne i wcale nie jest nudne. Najbardziej się cieszę z takich właśnie drobnostek, że siostra do mnie zadzwoniła, że odbudowujemy kawałek po kawałku naszą relację; że ja sobie o kimś przypomniałam i do niego zadzwoniłam, bo już się dawno nie widzieliśmy i fajnie nam się rozmawiało. Takie drobne radości.”*

*„Na samym początku, jak zacząłem chodzić na terapię, to wydawało mi się, że ona ze mnie wszystkie soki życiowe już do cna wycisnie. I tak byłem zmasakrowany życiowo, a tam czułem, że jeszcze mi dokładają jakby. Tak było na początku, przez kilkanaście pierwszych*

*dni. A o dziwo po zakończeniu terapii poczułem się dużo bardziej silny, znaczy nie w tym sensie, że teraz to już jestem mocarz, że jestem zdrowy i że nie ma na mnie mocnych. Nie, nie tak. Chodzi bardziej o to, że poczułem jakby takie siły witalne do wszystkiego. Że chciało mi się chcieć. Że już nie odczuwałem zmęczenia po pracy, tylko tu szybciotko obiad, z dziećmiakami lekcje, żebyśmy zdążyli coś fajnego razem zrobić jeszcze, żebym miał taką chwilę dla siebie a i wieczorem chwilę dla żony. I się okazywało to wszystko możliwe, fajne, że tak inni żyją i to jest normalne. I że ja tak też potrafię, że chcę i że to się wszystko udaje tak naturalnie”*

*„Jak przestałem grać, już w ośrodku, uświadomiłem sobie, że przecież kiedyś wiele radości i takiej ogólnej satysfakcji sprawiało mi trenowanie dzieciaków. W piłkę. Jak zacząłem grać, to się jeszcze pojawiałem trochę w klubie, ale potem zawsze znalazłem jakiś wykręt, że praca, że dom, no i przestałem w pewnym momencie tam przychodzić w ogóle. Znaczy w domu mówiłem, że idę na trening, a tak naprawdę wtedy właśnie grałem. Ale teraz powoli wracam do tych dzieciaków, do tego zajęcia. Na razie tak wolontariacko, po prostu przychodzę i pomagam, ale zapisałem się na kurs dla trenerów i kto wie, może to moja wielka przyszłość będzie?”*

## **10. Możliwości spłaty dotychczasowych długów**

Niezwykle ważną i równocześnie bardzo niebezpieczną konsekwencją uczestnictwa w grach hazardowych są niewątpliwie straty finansowe. Prowadzą one bowiem nie tylko do destrukcji materialnego wymiaru życia graczy, ich rodzin, a czasem nawet dalszego otoczenia, ale często również powodują wiele konsekwencji natury psychofizycznej, w postaci stanów załamania nerwowego, depresji, czy też schorzeń somatycznych. Zdarza się również, że długi finansowe hazardzistów stają się przyczyną wielu różnego rodzaju zachowań suicydalnych, w tym również dokonywanych samobójstw.

*„Grałem przez 3-4 lata, przegrałem samochód, kilka pamiątek rodzinnych, które były sporo warte.”*

*„Każdy pyta, ile przegrałem? Ja nie wiem tego, nigdy się nawet nad tym nie zastanawiałem. Nawet jakby ktoś mi dał kartkę i długopis to ciężko by było to policzyć*

wszystko. Jednak wiem jedno – mało nie przegrałem życia i tak właśnie wszystkim odpowiadam.”

„Długi to straszna sprawa dla psychiki ale pieniądze to nie wszystko, a na pewno nie warto dla nich odbierać sobie życia.”

„To, co przegrałem, to tylko ja wiem, albo i nie (...), ale chyba największe straty ponieśliśmy jak moja żona próbowała to wszystko pospłacać jakoś za mnie i różne rzeczy takie posprzedawała, co i dla mnie były dużo warte... ale nie że warte finansowo, tylko tak emocjonalnie. A i ja sam też nie byłem lepszy, bo kiedyś jej pierścionek zaniósłem do lombardu.”

„Długów miałem od groma, sprzedałem mieszkanie, żeby część spłacić i żeby komornik mi nie wszedł na konto. Mieszkam kątem u rodziny, bo na razie nie stać mnie na wynajęcie czegokolwiek. Spłacam jeszcze kilka długów, więc część mojej pensji znika.”

„W pewnym momencie żona mi powiedziała – nie obchodzi mnie to, radź sobie sam, ja już nie ma siły. I się wyprowadziła. A ja zostałem w pustym mieszkaniu, które odwiedzał już chyba tylko komornik. I zamiast wtedy otrzeźwieć jakoś, to ja dalej pożyczałem gdzie się da i dalej grałem, z myślą taką, że ja im jeszcze wszystkim pokażę, że się odegram i będę król życia. I wtedy w taki właśnie sposób doprowadziłem się na samo dno.”

Badane osoby wskazywały, że pomoc doświadczonych doradców finansowych oraz prawników, współpracujących z poradniami leczenia uzależnień, była dla nich niewątpliwie dodatkowym stymulatorem procesu terapeutycznego.

„Jak się dowiedziałem, że w ośrodku jest doradca finansowy, to się w sumie bardzo ucieszyłem, bo pomyślałem, że tego właśnie potrzebuję – osoby, która mi powie, co i jak, gdzie załatwić i takie tam. I jasne, tego się dowiedziałem. Ale jak tak teraz sobie myślę, to jednak nie to było najważniejsze, bo dzięki spotkaniom z tym człowiekiem, dowiedziałem się przede wszystkim, dowiedziałem i nauczyłem, jak najlepiej gospodarować posiadanymi pieniędzmi, tak na co dzień, po prostu.”

„Był prawnik na miejscu też. No i fajnie, bo za darmo, a wiadomo, jakie prawnicy mają stawki (...) więc on mi pomógł poogarniać wszystkie sprawy z kredytami i długami, pisma do banków, pisma do ZUS i wszystko jakoś pomógł wyprostować. I wtedy poczułem, jakby mi ktoś kamień z serca zdjął i od razu już zacząłem jakieś kolory widzieć, a nie wszystko

*na czarno. I nawet na terapii do mnie mówili, że widzą we mnie jakąś zmianę, a ja naprawdę tak się cieszyłem, że nawet na terapię leciałem jak w skowronkach.”*

*„Jak wcześniej byłem na terapii w N., to tam mieli program cały doradztwa finansowego, po prostu można było się umówić i przyjść na spotkanie i ten doradca dawał różne wskazówki, w sumie w zakresie tak jakby optymalnego spłacania długów. I jak przyszedłem teraz na terapię, to się okazało, że tutaj nie ma czegoś takiego. A to jednak bardzo pomocne dla nas, hazardzistów, jest.”*

*„Jak już tak trochę sam w sobie otrzeźwiałem trochę, to zacząłem szukać w necie informacji, jak z tego wyjść. Ale nie że terapia jakaś i pomoc, tylko szukałem i pytałem na forach ludzi, co zrobić z bankami, chwilówkami, bo to już zaczęło mnie przerastać. I tam mi ktoś poradził, że jak pójdę na leczenie zamknięte, to będę miał później łatwiej starać się o upadłość konsumencką. (...) i się zdecydowałem (...) a jak już byłem w S. to wiadomo, nikt nikogo pierwszego dnia nie puszcza do prawnika. Więc po iluś tam dniach, jak się w końcu umówiłem to i też chyba może trochę poszedłem do niego z innym nastawieniem, bo jednak jakieś tam rzeczy z tej terapii w głowie zostawały. I powiem tyle, że facet naprawdę bardzo mi pomógł, ale też chyba miałem jednak trochę szczęścia, bo i potem banki jakoś nie robiły mi mocno pod górkę, bo jednak chciałem to wszystko jednak uregulować. Ale wiem też, że sam bym tego nie ogarnął, to jedno, a poza tym, jak byłem w ośrodku i te kilka razy się spotykałem z tym prawnikiem, to potem też z takim lżejszym sercem szedłem na terapię i z lepszym nastawieniem, że jak tu się z kasą udało, to i się uda z terapią, bo czemu niby nie?”*

*„Ja nie miałam może jakichś większych długów ale na terapii u nas były takie bloki tematyczne i na jednym ze spotkań była właśnie pani od finansów. I ona, myślę, dużo rzeczy mi uświadomiła, takie ogólne podejście do pieniędzy się mi trochę zmieniło, inaczej zaczęłam traktować te sprawy.”*

*„Myśmy radzić się przyszli razem z żoną – to fajna sprawa, że podczas terapii myślą też o zabezpieczeniu takich rzeczy. Dzięki temu skonsolidowałem, co mogłem, przepisałem na żonę moją część mieszkania (...) potem jeszcze parę razy rozmawiałem z tym panem i wydaje mi się, że zawsze potem jak szedłem po tym spotkaniu na terapię, to miałem taką spokojniejszą głowę. I że już nie martwiłem się aż tak i mogłem się skupić na swoim zdrowieniu. (...) Myślę, że te finanse całe, to takie najbardziej namacalne konsekwencje, które – oprócz głowy – trzeba uporządkować, zmusza do tego życie po prostu. Bo przecież*



*prędzej czy później przyjdzie komornik, usiądzie na pensję i nie będzie wtedy z czego po prostu żyć. Także myślę, że jak takie formy pomocy oferują też, to jest to super sprawa i bardzo pomocna.”*

*„Jakoś tak kiedyś w rozmowie wyszło, że w niektórych placówkach to jest taka pomoc specjalistów odnośnie pieniędzy, no to zapytaliśmy u nas, że czemu nie mamy spotkań z jakimś doradcą czy prawnikiem (...) kręcili głowami, że to nie tak łatwo, że się nie da (...) po jakimś czasie, po miesiącu czy jakoś tak, okazało się, że jednak przyjdzie pani, co się na finansach zna i że można się zapisywać. I tylko ci od alkoholu wtedy na nas popatrzyli jakoś tak dziwnie, ale przecież oni właśnie tego nie rozumieją (...) bo alkoholik może i pożycza pieniądze na picie, ale to nigdy nie są takie pieniądze i takie długi i problemy, jak u hazardzistów. Nie ta sama skala po prostu. I ta Pani całej naszej czwórce pomogła. To też taka ulga była i zadowolenie, że ktoś się jednak zainteresował i wysłuchał naszych próśb, a zresztą potem też temat pieniędzy walczyliśmy trochę na terapii. Więc bardzo pozytywnie to oceniam. I uważam jeszcze, że w każdej placówce powinien być dostęp do takich osób, do specjalistów, co pomogą trochę ogarnąć te zawiloci biurokratyczne, to wtedy człowiek też ma większą motywację do zdrowienia.”*

## **11. Wsparcie**

Znaczącym stymulatorem procesu terapeutycznego w przekonaniach badanych osób jest także wsparcie społeczne lub jego brak. Jak twierdzą osoby udzielające wywiadów, samo jednak posiadanie wsparcia społecznego nie gwarantuje pozytywnych efektów terapeutycznych, bywa bowiem i tak, że system wsparcia społecznego może opóźnić pojawienie się efektów terapeutycznych. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy osoby udzielające wsparcia przejmują całą odpowiedzialność na siebie, pozbawiając hazardzistów doświadczania bolesnych konsekwencji.

*„Ważne jest to, że nie może być tak, że wszystkie konsekwencje weźmie ktoś inny za ciebie, że rodzice zapłacą kredyt, że brat się dorzuci, że żona powie „ok., stało się i trudno, pomożemy ci i zapomnimy”. To nie jest dobre ani wskazane. Zresztą znam parę osób i znam to też z autopsji – za pierwszym razem rodzice pomogli mi spłacić kredyt, szybko i po bólu i wtedy po chwilowym czasie niegrania i udawania że jest po problemie, nie zrobiłem nic*

więcej i po prostu wróciłem do gry. I chociaż wtedy wydawało mi się, że właśnie takie pomaganie jest dobre, to teraz już wiem, że nie takiego wsparcia bym chciał.”

„Na samym początku to ja widziałam w oczach najbliższych pogardę. Nie wiem, może tak też sobie po trochu wmówiłam, a może tak właśnie było. Wstydziałam się strasznie, to ja byłam w końcu tą czarną owcą w rodzinie, tym złem najgorszym. Ale już potem, podczas terapii, jak chyba zobaczyli, że się jednak staram, że pracuję nad sobą to i też zaczęliśmy w końcu inaczej, albo w ogóle zresztą, ze sobą rozmawiać. I oni chyba wtedy też w końcu zrozumieli, że to jest po prostu choroba i że ją się leczy. I zaakceptowali to.”

„Brat mój, chociaż tej choroby nie rozumie i ciągle powtarza mi, że nie jest specjalistą, nie jest jakąś tam osobą, co się na tym zna, ale próbuje mnie wspierać bardzo mocno i powiedział, że jak tylko będę potrzebował pomocy, to będzie cały czas mi pomagał. I ja cieszę się z tego, bo czuję i wiem, że nie są to słowa rzucane na wiatr, że wiem że jak będę potrzebował czegokolwiek to mogę się do niego zwrócić. I to jest dla mnie niesamowicie ważne. I jak idę z takim nastawieniem na terapię, to też mi się wydaje, że dzięki temu ona jest skuteczniejsza.”

„(...) pamiętam, że przez rok (mama – przyp. aut.) unikała wszystkich dookoła – znajomych, rodziny, nigdzie prawie nie wychodziła, z nikim nie rozmawiała. Jakby nie wiem, sama się karała za to wszystko, albo tak strasznie się wstydziała. Jakoś jak porozmawialiśmy, to jej powiedziałem, że dlaczego bierze odpowiedzialność za moje głupie zachowania? Ona i tak wszystkiego nie rozumie, chociaż widzę, że bardzo stara się zrozumieć, ale może też i nie jest już tak bezradna, jak na początku. Ja się cieszę, że po tym wszystkim nie odwróciła się ode mnie, że mówi mi, że mnie kocha, że mogę wrócić spokojnie do domu i mnie z niego nie wyrzuciła.”

„Moja żona chodzi na terapię indywidualną do PCPR, bo jest tam też pani, która ma doświadczenie w sprawach uzależnionych też od hazardu. I żona mówi, że dzięki temu może chociaż trochę zrozumie, o co w tym wszystkim chodzi i może dzięki temu już nigdy nie dojdzie do takich sytuacji, jak wcześniej. Dla mnie to jest ważne, naprawdę, co ona robi. I wydaje mi się, że dzięki temu to i rozmawiamy ze sobą inaczej, a ja czuję, nie zawsze ale jednak, że nie jestem w tym wszystkim sam, że mam w niej wsparcie, takie, jakiego nie odczuwałem nigdy wcześniej, nawet jak byliśmy młodym małżeństwem to nie. I nawet jak mam gorszy dzień, jak w pracy coś jest nie tak, albo jak mam jakiś mur na terapii, to wiem, że to tylko

*chwilowe, że jutro będzie nowy dzień i na pewno będzie lepiej i to dzięki temu też, że mam to wsparcie.”*

*„Kiedy przyznałem się mojej mamie, że jestem hazardzistą to na początku ona była strasznie, strasznie załamana, płakała. Nie mogła sobie po prostu wbić do głowy dlaczego tak się stało i mówiła, że nie może sobie tego wybaczyć, że wychowała syna na hazardzistę. Zajęło jej to bardzo dużo czasu, żeby zrozumiała pewne rzeczy, że tak to nie działa, zresztą przynosiłem jej jakieś ulotki z terapii, jakąś tam literaturę na temat hazardu i teraz to w sumie jest tak, że ja widzę, jak bardzo ona się cieszy, że ja wytrzymuję w abstinencji, że uczestniczę w terapii, że po prostu tak jakby ona mi kibicuje i też nie chce jej zawieść. I to mnie mobilizuje bardziej (...) że jest dla mnie jeszcze jakaś nadzieja.”*

*„Odkąd wydało się drugi raz, że wróciłem do hazardu to jest wszystko inaczej. Żona postawiła mi ultimatum, że jak się nie zacznę leczyć, to z nami koniec. Załatwiła mi też terapię w ośrodku. A ja chyba dopiero tam otrzeźwiałem. Wiedziałem, że jak wrócę do domu to już nie będzie tak samo i bałem się tego strasznie. Ale bardzo się też zdziwiłem. Ona się zrobiła jakby cierplivsza do mojej osoby i taka bardziej opanowana. Teraz otwarcie mi mówi, co jej się na co dzień nie podoba i staramy się to jakoś razem zwalczać. I ja też już nie uciekam od tego wszystkiego, bo terapia mi też uświadomiła, jak łatwo stracić to wszystko. A ja chcę mieć rodzinę.”*

*„Bałem się strasznie, jak przyjmą znajomi te wieści, chociaż myślę, że niektórzy musieli przecież wiedzieć. No i umówiliśmy się z żoną, że powiemy im razem, znaczy że ja powiem, ale ona będzie mnie wtedy wspierać. I cieszę się, że się odważyłem jednak, bo nie było tak, że ktoś się zaśmiał czy popatrzył na mnie jak na wariata. Tak poczułem, że jednak wszyscy to zaakceptowali i powiedzieli, że mogę na nich liczyć. To dla mnie wtedy dużo znaczyło. Bardzo dużo.”*

*„Jak powiedziałem w pracy szefowi o co chodzi to się bardzo zdziwił ale też nie było z jego strony jakiejś reakcji bardzo negatywnej. I on mi też bardzo pomógł, bo wiedział, że chodzę na terapię i nie robił problemów, że muszę na przykład ciągle pracować na pierwszą zmianę. Zresztą odkąd mu powiedziałem, to jakby też i lżej mi się zrobiło, a z drugiej strony może i on nie robił dla mnie jakichś nie wiadomo jakich rzeczy, ale ja czułem, że mam od niego wsparcie. I to na pewno mi bardzo pomagało, że jednak mam dom, do którego mogę wrócić i że mam pracę, nawet przecież fajną pracę i bardzo wyrozumiałego, jak się okazało, szefa.”*

## 12. Nawroty

Niezwykle ważną kwestią, podnoszoną przez badanych, była umiejętność radzenia sobie „w głodzie” do grania i w nawrotach choroby. Umiejętność ta jest bardzo istotna, gdyż nie tylko zapobiega nawrotom każdorazowego grania, ale co ważniejsze, przyczynia się do większej skuteczności każdego oddziaływania terapeutycznego.

Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że umiejętność radzenia sobie w nawrotach choroby nie może być przeceniana. Wśród badanych osób byli pacjenci, którzy przez kilka pierwszych lat skutecznie zapobiegali nawrotom i wydawali się być świadomymi czyhających na nich zagrożeń, jednak okazało się, że w miarę trwania abstynencji ich czujność zanikła - porzucili swój „system zabezpieczeń”, bagatelizując ryzyko powrotu do nałogu. Jak sami wskazują, zgubiła ich przede wszystkim zbyt duża pewność siebie, czy wyolbrzymione samozadowolenie.

*„Parę lat temu chodziłem na zajęcia, znaczy mityngi, ale po jakimś czasie stwierdziłem, że już jestem zdrowy i to jest mi niepotrzebne. Ale to jednak nie była prawda, szybko się o tym przekonałem. I jeszcze też na początku tak sobie myślałem, że to będzie takie granie kontrolowane, że przecież już byłem na tej terapii, że znam już te mechanizmy, to nie będzie nic złego jak sobie trochę pogram kilka razy w miesiącu.”*

*„Abstynencję przerwałem nie wiem dlaczego, to był po prostu przypadek, to się stało w jeden wieczór, po prostu nie wiem, co się ze mną stało, ale to była kwestia minuty, że zobaczę sobie co się dzieje na stronie internetowej na moich kontach i tak się zaczęło i pomalutku, pomalutku dalej poszło już bardzo szybko.”*

*„Szybko sobie wymyśliłem, że wystarczy przestać grać, spłacić długi i będzie gitara. Terapia terapią, obiecałem to chodziłem. Ale w którymś momencie wróciłem do grania, sam nie wiem po co i dlaczego? A wytrzymałem prawie 10 miesięcy. No i grałem, chociaż jeszcze wtedy nie uważałem tego, że to jest przymus gry.”*

*„(...) uświadomiłam sobie wtedy, że co z tego, że nie poszłam zagrać. Było tak, jak on powiedział: „przecież ty w głowie już zagrałaś” i jak posmakowałam tego, co on gada,*

*to wtedy od tego momentu dopiero zaczęłam liczyć od nowa moje próby niewchodzenia w żadne zakłady, gry żadne, o cokolwiek (...) nawet żeby w myśleniu nie myśleć.”*

*„Impuls do gry pojawia się dużo, dużo, dużo wcześniej – to nie jest 5 minut czy 3 sekundy przed graniem. To czasami jest nawet 3 miesiące przed zagranie i to się zadzieje, to sobie rośnie taki wrzód aż pęka. Jak wtedy zagrasz to jesteś stracony, zaczynasz wszystko od nowa. Ale jak ci się uda powstrzymać, to jest to takie następne doświadczenie, to taki dobry argument na zdrowienie dalsze. Na trzymanie się drogi, że jestem na dobrej drodze.”*

*„Mi się wydaje, że ja to chciałem przede wszystkim udowodnić nawet nie sobie, a innym, że to była po prostu taka choroba, przeszedłem terapię i wyzdrowiałem. I chyba to osłabiło moją czujność. Po prostu rozluźniłem sobie swoją dyscyplinę wcześniejszą i to musiało się skończyć źle.”*

W skutecznym zapobieganiu powrotom do nałogu z pewnością pomaga znajomość symptomów świadczących o nadchodzącej pokusie grania i umiejętność ich rozpoznawania, bowiem dla każdego uzależnionego powinny one stanowić sygnał alarmowy, istotny znak ostrzegawczy.

*„Najgorszy jest brak zajęć. Człowiek jest wynudzony życiem i sobie myśli – no tak, hazard to mi jednak przynosił jakieś tam trochę euforii, troszeczkę radości i zabicie smutków, zajęcie czasu. I jak się takie myśli pojawiają, to ja już wiem, że nie jest dobrze, że trzeba szybko coś wymyślić. Najprościej dla mnie to założyć buty i iść się wybiegać, tak, to mi pomaga bardzo, bo sobie wtedy resetuję głowę, zmęczę ją tak tym bieganiem, że już nie ma siły myśleć i zazwyczaj jak wrócę z takiego biegania, to już jest wszystko dobrze, już mi przechodzi i żadnych dziwnych myśli nie mam.”*

*„Z nawrotami sobie radzę przez to, że gadam, gadam, gadam. Do tego zakasuję rękawy i zmywam gary, robię pranie, zmieniam obrus, zmieniam pościel, wyczesuję psa, czyli fizyczne zajęcia. I cały czas gadam – jak nie mam z kim, to idę na mityng. Codziennie mam miejsce, gdzie mogę wejść, jeżeli jest zamknięty i nie ma w pobliżu innego miejsca, to ładnie proszę: „zróbcie otwarty, bo ja mam problem”. I otwierają.(...) Jeżeli czuję, że dzieje się ze mną coś nie tak, a mąż jest, przypuśćmy w pracy, nie mam się do kogo odezwać, to po prostu ubieram kurtkę i buty i idę. A daleko nie mam, może z 15 minut na piechotę. Czyli gadanie i wysiłek fizyczny, taki, że rutynowo robię coś i myślę – a teraz zrobię to, zrobię*

*to i jeszcze zrobię tamto. Zmusza mnie to do planowania, czyli spontanicznie coś zaczynam i potem muszę logicznie wymyślić, co dalej robić, żeby to miało ręce i nogi (...) żeby to było logiczne i potrzebne, żebym ja tego nie robiła na pusto. To jest dla mnie najlepsze, bo jak ja na przykład pójdę na spacer, to ja wtedy, w takim tym gorszym momencie, na tym spacerze myślę i widzę dookoła ludzi, punkty, gdzie można zagrać, kiosk ruchu, spożywczy, punkt opłaty czynszu. Tam wszędzie stoją maszynki i myśli sobie fruwać i latają tam, gdzie nie trzeba. Więc ja się muszę po prostu potrzebnie zmęczyć i przegadać to wszystko i wtedy jest ok.”*

*„Miałem jakieś takie dwa małe okresy, znaczy takie minutki, że mi tam mignęło w głowie, że może zagram, ale zaraz wbilem sobie do swojej głowy, że grać nie będę, bo to nie jest dobre, tego nie chcę robić. I sobie wtedy przypominałem wszystko to, co na terapii się uczymy.”*

*„(...) bo wiedziałam, że napięcie, niepokój, takie rozkojarzenie to jest powód, że mogę iść grać.”*

*„Wiem już, że jestem chory a hazardu się nie wyleczy, można jedynie zaleczyć. Dużo czytam o tym, a kiedy na przykład mam gorszy dzień taki, że się na przykład kłócę ze wszystkimi dookoła, to wtedy pomaga mi też taka grupa wsparcia, którą założyliśmy z kolegami na Facebooku. Kiedyś to od razu w takiej sytuacji bym chciał zagrać – w cokolwiek i gdziekolwiek. Ale już teraz potrafię, albo inaczej powiem – staram się bardzo, żeby takie dziwne momenty rozpoznawać. A tam na tej grupie na Facebooku to są właśnie sami uzależnieni od hazardu i tam każdy w każdej chwili może napisać cokolwiek, jakieś ostrzeżenia, jakieś uwagi, że człowiek ma na przykład głód w danym dniu, w danej chwili i wtedy można podzielić się wiadomościami i po prostu wymienić zdania i zawsze ktoś odpisze, nawet w nocy i to wzmacnia niesamowicie człowieka.”*

*„Zdrowieję dopiero kilka miesięcy i na samym początku to niemal codziennie miałam myśli o graniu, taki głód tej samej czynności, ale jakoś szczęśliwie na samych myślach się skończyło. Sama się dziwię, że wtedy nie zagrałam ani razu, że udało się mi tą moją abstynencję utrzymać. Bo wracałam na przykład z pracy strasznie zmęczona i pojawiała się wtedy myśl, że sobie włączę komputer, zaloguję się do mojego konta i zagram. Tylko pół godzinki takiego relaksu. Wtedy na pewno bardzo pomogła mi terapia i rozmowy z terapeutą, a dzisiaj to już wiem, że są takie momenty, że są takie oznaki, które mogę zaobserwować, a które będą takim ostrzeżeniem, że coś się złego dzieje.”*

Udział w terapii pomaga badanym zrozumieć kryzysowe sytuacje dnia codziennego, uczy również, jak radzić sobie w momentach głodu grania i nawrotach choroby. Dzięki przebytemu procesowi terapeutycznemu pacjenci posiadają umiejętność rozpoznawania symptomów swojej choroby (takich jak m.in.: wyczerpanie, zniecierpliwienie, kłótniowość, zbyt duża pewność siebie, stany depresyjne, itp.) i sposobów niwelowania ich a co ważniejsze, niebagatelizowania ich.

### **Problem patologicznego hazardu w doświadczeniach zawodowych terapeutów**

W toku badań, podczas wywiadów prowadzonych z terapeutami uzależnień, pracującymi w ośrodkach i placówkach na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, starano się poznać ich opinie na temat znaczenia struktury grupy w procesie terapeutycznym oraz próbowano ustalić, którym stymulatorom procesu terapeutycznego terapeuci nadają największe znaczenie.

W zdecydowanej większości placówek, w których pracują badani terapeuci, osoby z zaburzeniami hazardowymi leczone są wspólnie z osobami uzależnionymi od substancji. *„Placówki z indywidualnymi grupami dla hazardzistów to luksus”* – mówią zgodnie, podkreślając przy tym, że często dzieje się tak nie tylko z powodu ograniczeń wewnętrznych, ale przede wszystkim z powodu bardzo niskiej frekwencji osób z problemem hazardowym zgłaszających się na leczenie.

Pomimo jednak wciąż pokutującego przekonania odnośnie zarówno powszechności, jak i zasadności prowadzenia terapii osób uzależnionych od hazardu wspólnie z osobami uzależnionymi od substancji przeprowadzone badania unaocznily pewne rozbieżności w tym zakresie.

Otóż, choć część terapeutów podkreślała, że nie ma według nich żadnych przeciwwskazań, żeby włączać osoby uzależnione od hazardu do grup zdominowanych przez

osoby z uzależnieniem substancjalnym, bowiem taka terapia grupowa może być uniwersalna i może mieć duże walory edukacyjne („*sluchanie relacji na temat innych uzależnień daje pacjentom wiele możliwości nowego spojrzenia na własne problemy*”) to jednak coraz donioślej słyhać głosy profesjonalistów i coraz większa grupa terapeutów stoi na stanowisku, że bardzo niewłaściwe i wręcz niewskazane jest włączanie pacjentów uzależnionych od hazardu do grup mieszanych.

Terapeuci twierdzili bowiem, że choć mechanizmy uzależnienia są podobne, zarówno w przypadku uzależnień chemicznych, jak i uzależnień behawioralnych i że choć można obserwować inne podobieństwa pomiędzy uzależnieniami, to jednak istnieje wiele różnic zwłaszcza w obrębie mechanizmów uzależnień behawioralnych, a co z tym związane, także leczeniu osób przejawiających takie problemy.

Według badanych terapeutów „*nie można wszystkich uzależnionych wrzucać do jednego worka*”, bo takie postępowanie nie przynosi korzyści nikomu. Terapeuci podkreślali, że w grupie mieszanej pacjent nie identyfikuje się w żaden sposób z grupą, uważa się za innego, gorszego i taka terapia jest mało skuteczna lub w ogóle nieskuteczna, co potwierdzają zwłaszcza sytuacje, w których pacjent w pewnym momencie terapii po prostu znika, przestaje przychodzić.

Najwłaściwszym zatem posunięciem jest pacjentów z problemem hazardowym przekierowywać do placówek, w których prowadzona jest terapia stricte hazardowa, bądź pracować z takimi pacjentami tylko i wyłącznie podczas sesji indywidualnych.

Terapeuci zwracali również uwagę, że terapia grupowa w grupie jednorodnej zawsze będzie skuteczniejsza od terapii indywidualnej, przede wszystkim właśnie ze względu na procesy identyfikacyjne, które wówczas zachodzą oraz specyficzne wsparcie, którego udziela grupa osób z tym samym problemem.

Wśród rozmówców były także dwie osoby, które przyznały, że nie mają wewnętrznego przekonania oraz wystarczających kompetencji, jakoby nadawały się do pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie, w tym uzależnionymi od hazardu i że jeśli zdarza się w ich placówkach pacjent z takimi problemami, to starają się skierować go do innego terapeuty lub polecają terapię w innym ośrodku, w którym wiedzą, że taka terapia się odbywa.

Udzielający wywiadów terapeuci zgodnie twierdzili natomiast, że nie można konkretnym stymulatorom procesu terapeutycznego przypisywać większego lub mniejszego



znaczenia. Nawet jeśli takie wyobrażenia wśród terapeutów są, to zawsze w którymś momencie pojawi się pacjent, który „*obali wszystkie wcześniejsze założenia*”.

Stymulatory procesu terapeutycznego każdorazowo są zatem bardzo zindywidualizowane. Terapeuci wskazywali, że dystans pomiędzy osobą uzależnioną (zwłaszcza tą, która zgłasza się na terapię po raz pierwszy) a terapeutą zawsze istnieje i jest niejako wpisany w sam proces terapeutyczny, że jest to nawet pewna prawidłowość - ich zdaniem na obopólne zaufanie oraz otwartość trzeba sobie po prostu zapracować, „*a to wymaga czasu, jak każdy proces*”.

W przekonaniu udzielających wywiadu terapeutów bardzo ważna i niewątpliwie stymulująca proces terapeutyczny jest ich własna elastyczność – dotycząca zarówno sposobu prowadzenia terapii grupowej, spotkań indywidualnych, czy dopasowania do pacjentów harmonogramu spotkań.

„*Dobry terapeuta, to mądry terapeuta*” – mówią badani i wyjaśniają, że nie tylko mądrość intelektualną i kompetencje mają na myśli. Skuteczny terapeuta z jednej strony ma być autorytetem dla pacjenta, z drugiej natomiast pacjent musi czuć, że jest rozumiany. Mądrość terapeuty to zatem każdorazowo znalezienie „*złotego środka*” dla poszczególnych grup terapeutycznych i indywidualnych pacjentów, co niewątpliwie jest jedną ze składowych efektywności procesu terapeutycznego.

Oferta poszczególnych placówek terapeutycznych może również, zdaniem udzielających wywiadów terapeutów, stymulować bądź osłabiać skuteczność procesu terapeutycznego. Nie zawsze stosowane programy i oddziaływania są adekwatnie dobrane do grupy pacjentów i wówczas prowadzona terapia może być nieskuteczna. Zdaniem terapeutów na pewno pozytywnie znacząca jest jak najszersza zarówno oferta terapeutyczna, pomoc post-terapeutyczna, czy bogata gama dodatkowych warsztatów. Nieoceniona jest także dla efektywności procesu terapeutycznego pomoc doradców finansowych, czy współpracujących z poradniami i ośrodkami prawników.

Udzielający wywiadów terapeuci wskazywali ponadto, że niewątpliwie zwiększającym skuteczność procesu terapeutycznego stymulatorem jest właśnie terapia w grupach jednorodnych. To właśnie w takich grupach pacjenci otrzymywali od innych konstruktywne informacje zwrotne, zauważalna była również dużo płynniejsza komunikacja,

także proces identyfikacji przebiegał, zdaniem terapeutów, dużo szybciej i płynniej, niż w grupach mieszanych.

Ważną częścią terapii jest niewątpliwie rozpoznawanie emocji i sposoby radzenia sobie z nimi, kiedy bowiem dochodzi do konfliktów pomiędzy pacjentami terapeuta „*ma być buforem*”, osobą łagodzącą i wskazującą ścieżki zrozumienia i właściwego postępowania. Tylko zatem mądry terapeuta, wyposażony w odpowiednie umiejętności i kompetencje, będzie potrafił sytuacje trudne przekształcić i przeformułować w sytuacje pożądane, często o walorze edukacyjnym.

Udzielający wywiadów zwracali także uwagę na pewną ignorancję, dotyczącą podnoszenia wiedzy i umiejętności, zauważaną przez nich w środowisku terapeutów, a która pośrednio może również wpływać negatywnie na prowadzoną terapię. Takie podejście niektórych osób, które można nazwać również brakiem motywacji wewnętrznej terapeutów, ich zdaniem, znacznie osłabia efektywność procesu terapeutycznego i sprawia również, że pacjenci, którzy jednak przekazują sobie wzajemnie opinie o placówkach, terapeutach i terapiach, tym bardziej zniechęcają się do podejmowania leczenia.

Terapeuci wspominali również o niewystarczającej ofercie programowej studiów przygotowujących przyszłych terapeutów, która może zaniżać efektywność prowadzonych oddziaływań. Ich zdaniem, choć z uzależnieniami behawioralnymi mamy do czynienia już przynajmniej od kilkunastu lat, to wciąż kwestie te są w kształceniu terapeutów marginalizowane. Podnoszoną kwestią i niezwykle ważną, zwłaszcza w obecnych czasach, związanych z bardzo dużą zmiennością zjawisk i procesów, była także potrzeba ciągłego uaktualniania programów terapeutycznych, skierowanych zwłaszcza do grup osób z występującymi uzależnieniami behawioralnymi, a które – dobrze opracowane i umiejętnie wprowadzane – pozytywnie stymulują proces terapeutyczny.

## **Wnioski**

Przeprowadzone badania zrealizowane przy zastosowaniu strategii ilościowo-jakościowej wykazały, że zamierzony cel projektu został osiągnięty.

Zarówno prowadzone badania ilościowe, jak i część jakościowa projektu, pozwoliły wyodrębnić szereg stymulatorów procesu terapeutycznego, identyfikowanych przez pacjentów jako zwiększające jego skuteczność, bądź też osłabiające/hamujące go.

Badania unaocznily, że wśród stymulatorów procesu terapeutycznego, które w najwyższym stopniu wpływały pozytywnie na jego przebieg, największe znaczenie badani hazardziści przypisywali: strukturze grupy, relacjom z jej członkami, wsparciu okazywanemu przez osoby najbliższe oraz motywacjom do wyjścia z nałogu.

Zarówno w jednej, jak i w drugiej strategii badawczej, bardzo ważną zmienną różnicującą zebrany materiał empiryczny była struktura grupy terapeutycznej, a więc to, na ile rodzaj uzależnienia osób wchodzących w skład danej zbiorowości był jednolity, a na ile odmienny. Ona też okazała się najbardziej znaczącym stymulatorem procesu terapeutycznego, analizowanym zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Na taką sytuację wskazywali zarówno rozmówcy w przeprowadzonych wywiadach (hazardziści, jak i terapeuci), jak również respondenci w prowadzonych badaniach ankietowych. Podobnych wniosków dostarczyła także obserwacja uczestnicząca, której spostrzeżenia wskazywały na wyraźnie większą aktywność i zaangażowanie w proces terapeutyczny pacjentów z grup homogenicznych.

Wśród cech różnicujących grupy jednorodne, stricte hazardowe od grup mieszanych, w których razem z hazardzistami leczeni są także uzależnieni od substancji bądź innych uzależnień behawioralnych, wskazywano przede wszystkim na: zdecydowanie większą otwartość współuczestników terapii homogenicznej, znacznie szybszą świadomość „bycia hazardzistą”, pojawiająca się w formie autorefleksji na późniejszym etapie trajektorii hazardowej w grupach jednorodnych, a także na znacznie płynniejszą komunikację językową w grupach hazardowych. Z kolei w grupach mieszanych hazardziści częściej odczuwali dyskomfort i rozczarowanie, umniejszając przy tym problem uzależnienia, bądź wypierając go. Także komunikacja językowa oraz ogólna werbalizacja w grupach niejednorodnych była mniej ostra i bardziej opisowa, a przez to umniejszająca znaczenie problemów.

Przeprowadzone badania wykazały, że wartość terapii grupowej, prowadzonej w zbiorowościach homogenicznych jest również większa, ponieważ niweluje poczucie osamotnienia i wyobcowania oraz z większą siłą, niż w grupach mieszanych, umożliwia otrzymywanie wsparcia a także uzyskiwanie adekwatnych do problemów informacji zwrotnych. Badania unaocznily także, że terapia w grupach niejednorodnych może mieć

również wartość w postaci dostarczania niejednokrotnie nowego, holistycznego spojrzenia na siebie i własne relacje z innymi ludźmi a także pomaga zmienić sposób doświadczania i przeżywania różnych sytuacji życiowych.

Szczególne znaczenie wśród stymulatorów procesu terapeutycznego należy przypisać wsparciu rodzinnemu, które rzutowało na jakość prowadzonych oddziaływań, a w świetle analiz statystycznych – na długość okresu abstynencji, pozostającym w istotnym związku z końcowymi efektami procesu terapeutycznego.

W świetle relacji badanych stymulująca rola wsparcia ma miejsce tylko w sytuacjach, kiedy udzielana pomoc jest rzeczowa, oparta na racjonalnych przesłankach. Według badanych osób efektywne wspieranie, to zatem sytuacje, kiedy: doceniany jest wysiłek trwania w abstynencji i podejmowanych działań; wykazywana jest postawa zrozumienia, cierpliwości i opanowania, osoba wspierająca w pełni akceptuje uzależnionego, nie bierze na siebie odpowiedzialności ani konsekwencji osoby uzależnionej ale stawia jej realistyczne wymagania i oczekiwania. Badani hazardziści podkreślali ponadto, że zbyt wczesne udzielanie wsparcia może zahamować lub zakłócić tok oczekiwanych zmian, zatem na pewnym etapie wsparcie powinno mieć charakter potencjalny, tzn. związany z wywiązywaniem się osób uzależnionych z określonych warunków.

Znaczącym predykatorem efektywnej terapii badane osoby uczyniły także motywację do wyjścia z nałogu. I choć wśród motywów podjęcia leczenia często najważniejszy był wpływ innych osób bądź problemy finansowe, to hazardziści udzielający wywiadów zidentyfikowali również inne kategorie motywów, m.in.: negatywne emocje (wstyd, depresja, sięgnięcie dna, poczucie porażki), kłopoty w pracy, kłopoty z prawem, dolegliwości somatyczne, ale również chęć odzyskania kontroli, uświadomienie sobie, że w hazardzie tak naprawdę nigdy się nie wygra, racjonalną ocenę sytuacji i podjęcie decyzji.

Wśród stymulatorów, które pozytywnie wpływają na proces terapeutyczny, wyodrębniono także: rodzaj oddziaływań, dostrzeganie negatywnych konsekwencji dotychczasowego życia, poprawę sytuacji życiowej dzięki podjętej terapii, możliwości spłaty długów oraz umiejętność radzenia sobie z nawrotami choroby.

Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła również wyodrębnić stymulatory, które wpływają negatywnie na proces terapeutyczny, osłabiając go. Wśród najbardziej znaczących, wyodrębnionych z wypowiedzi badanych osób, kategorii wyróżnić można przede wszystkim:

zakres zaprzeczania – im bowiem większa była skala blokady poznawczej, tym mniejsza była efektywność procesu terapeutycznego; błędne przekonanie, że uda się hazardziście samemu pokonać problem; brak wiary w skuteczność terapii; niedostosowanie harmonogramu i ofert placówek do potrzeb pacjenta oraz niezwykle łatwy i nieograniczony wręcz dostęp do oferty hazardowej.

Przeprowadzone analizy dostarczyły wielu unikalnych spostrzeżeń i wniosków, które – choć w znacznym stopniu zgodne z dotychczasowymi ustaleniami – wniosły pierwiastek nowatorski. Najbardziej znaczącym jest to, że w tak kluczowy sposób uwidaczniają i podkreślają istotę struktury grupy terapeutycznej, która jednak w dotychczasowych ustaleniach badawczych była stosunkowo rzadko dostrzegana i opisywana. Jej istotność stanowiła trzon formułowanych uogólnień i pozwoliła także nakreślić główne kierunki rekomendacyjnych wskazań.

### **Rekomendacje**

Tak sformułowane wnioski i uogólnienia, płynące z przeprowadzonych badań, stały się podstawą do opracowania rekomendacji. W rekomendacjach tych uwzględniono nie tylko najważniejsze rezultaty uzyskanych osiągnięć badawczych, wynikających z określonych kontekstów znaczeniowych i sytuacyjnych, ale również dotychczasowy stan wiedzy w tym zakresie oraz propozycje samych badanych (zarówno hazardzistów, jak i terapeutów).

W najogólniejszym ujęciu propozycje rekomendacyjne ujęte zostały w następujących aspektach:

- organizacyjno-finansowych,
- edukacyjnych,
- badawczych

które wzajemnie się uzupełniają, jednak ze względu na lepsze zobrazowanie – omawiane będą oddzielnie.

Biorąc pod uwagę rekomendacje organizacyjne w pierwszej kolejności należy wymienić potrzebę coraz szerszego organizowania jednorodnych grup terapeutycznych, skupiających osoby o tym samym rodzaju uzależnienia (mamy tu na myśli osoby uzależnione od hazardu). Organizowanie takich grup zapewni nie tylko lepszy komfort funkcjonowania

osób uzależnionych, a w konsekwencji wyższą skuteczność podejmowanego przez nich procesu, ale również większą dostępność, ponieważ należy żywić nadzieję, że sieć placówek prowadzących terapię jednorodną rozszerzy się.

Zwiększenie liczby grup terapeutycznych o charakterze homogenicznym pociąga za sobą konieczność podjęcia dalszych przedsięwzięć organizacyjnych, nie tylko w postaci zabezpieczenia lokalowego, ale przede wszystkim zapewnienia odpowiedniej kadry do prowadzenia oddziaływań terapeutycznych (chodzi tu więc o organizowanie różnego rodzaju form kształcenia i doksztalcania, zapewniającego terapeutom wysoki poziom kompetencji, zarówno interpretacyjnych, jak i realizacyjnych). Zorganizowanie bardziej wykwalifikowanego zaplecza terapeutycznego jest niezwykle ważne, zważywszy na obecną sytuację społeczną, wypełnioną licznymi zmianami oraz bardzo dużą potrzebę aktualizacji wiedzy.

Spełnienie tych postulatów, aczkolwiek bardzo ważne, podyktowane jest znacznymi nakładami finansowymi, wymagającymi ewidentnego zwiększenia środków niezbędnych do uruchomienia większej liczby homogenicznych grup terapeutycznych i szerszej oferty kształcenia i doksztalcania terapeutów.

Pomimo iż patologiczny hazard w stosunku do innych uzależnień behawioralnych znajduje się w „lepszej” sytuacji ze względu na to, że został on ujęty w obowiązujących klasyfikacjach międzynarodowych jako zaburzenie, wymaga podejmowania szeregu działań edukacyjnych. Edukacja, obok działań administracyjnych, jest niewątpliwie kluczowym czynnikiem chroniącym przed uzależnieniami behawioralnymi. Tylko właściwie i świadomie prowadzone działania nastawione na jednostki lub grupy społeczne stanowią będą skuteczną formę profilaktyki zachowań hazardowych, ograniczanie rozmiarów zjawiska oraz zapobieganie różnorodnym problemom z nim związanym, zanim one wystąpią.

Niestety, jak dotąd wszelkie działania o charakterze masowym realizowane są przede wszystkim poprzez sieć internetową, która, mimo ogólnej w dzisiejszych czasach, dostępności, nie spełnia pokładanych w niej oczekiwań. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że zrealizowane dotychczas kampanie społeczne oraz inne działania prewencyjno-edukacyjne, stworzone z myślą o osobach zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od hazardu, wymagają jednak uświadomienia sobie przez te osoby problemu i ujawnienia go przed otoczeniem, co często jest barierą nie do pokonania. Niemniej jednak taki rodzaj działań edukacyjnych jest wciąż pożądany, ponieważ służy obalaniu istniejących

w społeczeństwie stereotypów dotyczących uzależnień behawioralnych, w tym również hazardu – uzależnień postrzeganych jako zachowania nienależyte i uznawanych za rezultat działań, których osoba uzależniona jest sama sobie winna. Taki stosunek społeczeństwa w bardzo dużym stopniu zniekształca rzeczywisty obraz uzależnień behawioralnych i zagrożeń z nimi związanych, a przede wszystkim utrudnia osobom uwikłanym w ten problem wyjście z nałogu.

Skuteczne programy i strategie profilaktyczne winne być kierowane do jak najszerszego kręgu odbiorców – edukacja przeciwozależnieniowa powinna być prowadzona zarówno na wszystkich etapach kształcenia dzieci i młodzieży, jak również wśród dorosłych w różnych kategoriach wiekowych, uprawianie hazardu nie wiąże się bowiem z wyraźnymi granicami wiekowymi – dotyczyć może każdego w każdym wieku.

Działania edukacyjne w zakresie uzależnienia od hazardu są również tym ważniejsze, że obserwujemy obecnie coraz większe rozpowszechnienie różnego rodzaju gier oraz kanałów grania.

Pomimo coraz szerszego prowadzenia badań naukowych w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym patologicznego hazardu nadal są one bardzo pożądane i stale winny być rozszerzane i kontynuowane. Oprócz kwestii epidemiologicznych uwaga badaczy koncentrować powinna się przede wszystkim wokół zagadnień dotychczas nieujawnionych i nieopisanych, a stanowiących bardzo poważne zagrożenie, zagadnień które dogłębnie poznać można tylko poprzez zastosowanie strategii jakościowych w prowadzonych badaniach. Ich zidentyfikowanie jest tym ważniejsze w kontekście nieograniczonych możliwości internetowego uprawiania hazardu.

Powyżej sprecyzowane rekomendacje, choć należą do najważniejszych, to nie stanowią jedynych możliwych do zaobserwowania wskazań, należą jednak do najbardziej kluczowych i zasadnych, co pokazały przeprowadzone badania.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andrzejewska A., *Dzieci i młodzież w sieci zagrożeń realnych i wirtualnych. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, Warszawa 2014
2. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2007
3. Bellringer, P., *Understanding problem gamblers*, London 1999
4. Binde P., *Gambling-related embezzlement in the workplace: A qualitative study*. "International Gambling Studies" 2016, nr 16(3)
5. Binde P., *Why people gamble: A model with five motivational dimensions*. "International Gambling Studies" 2013, nr 13(1)
6. Celebucka J., *Myślenie hazardzisty*, „Świat Problemów” 2013, nr 4
7. Celebucka J., Celebucki Z., *Charakterystyka socjodemograficzna hazardzisty w województwie kujawsko-pomorskim*, „Świat Problemów” 2013 nr 11
8. Charmanz K., *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Warszawa 2009
9. Clarke D., *Impulsiveness, locus of control motivation and problem gambling*, „Journal of Gambling Studies” 2004, nr 20(4)
10. Cungi Ch., *Stawić czoło uzależnieniom : alkohol, nikotyna, narkotyki, hazard*, Warszawa 2007
11. Derwich-Nowak A., *Patologiczny hazard. Poradnik dla osób grających niebezpiecznie, zagrożonych schorzeniem, ich rodzin oraz terapeutów*, Warszawa 2010



12. Echeburúa E., Amor P. J., Gómez M., *Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: A narrative review*, „Salud Mental” 2017, nr 6, vol. 40
13. Ginowicz H., *Hazardzista po terapii*, „Świat Problemów” 2006, nr 10
14. Golińska L., *Rola impulsywności, lęku oraz poczucia własnej skuteczności u osób uprawiających hazard problemowo*, „Alkoholizm i Narkomania” 2014, nr 3
15. Gorski T., Miller M., *Jak wytrwać w trzeźwości*, Warszawa 1991
16. Griffiths M., *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, Gdańsk 2004
17. Grün S., *Wyjść na zero*, „Charaktery” 2015, nr 8
18. Habrat B., *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Warszawa 2016
19. Hajduk E., *Hipoteza w badaniach pedagogicznych*, Warszawa 1993
20. Hoffmann B., *Uzależnienie od hazardu-specyfika, przyczyny, terapia*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2012, nr 7
21. Jarczyńska J., *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, Bydgoszcz 2014
22. Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, „Studia Pedagogiczne”, t. XIX, Wrocław 1970
23. Knapp H., *Komunikacja w terapii*, Warszawa 2009
24. Konarzewski K., *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa 2000
25. Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000
26. Kvale S., *Prowadzenie wywiadów*, Warszawa 2010
27. Lelonek-Kuleta B., *Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych*, Lublin 2012
28. Lelonek-Kuleta B., *Wiara w szczęśliwy los drogą do cierpienia? Patologiczny hazard w podejściu poznawczym*, „Horyzonty Psychologii” 2013, tom III
29. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2008
30. Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2001
31. Łuczak E., *Nowe oblicza uzależnień*, Olsztyn 2009
32. Łuczak E., *Problem uzależnień w świetle dotychczasowych stereotypów* [w:] E. Kantowicz, A. Leszczyńska – Rejchert (red.) *Stereotypy w pedagogice pracy socjalnej i resocjalizacji*, Toruń 2012

33. Łuczak E., *Ukryte zagrożenia współczesnych uzależnień* [w:] S. Neslušanova, I. Emmerová, E. Jarosz (red.), *Sociální pedagogika ve službě člověku a společnosti, Institut mezioborových studií, Brno 2014*
34. Łuczak E., *Zagrożenia związane z problemem uzależnień XXI wieku* [w:] J. Hroncova, I. Emmerova, *Socialne ohrozenia deti a mladeze V XXI. Staroci a možnosti ihc prezencie, Banska Bystrica 2014*
35. Marlatt A.G., Gordon R.J., *Zapobieganie nawrotom – kierunki rozwoju* [w:] M. Gossop (red.) *Nawroty w uzależnieniach, Warszawa 1997*
36. Matczak B., *W kalejdoskopie nałogu, czyli co łączy alkoholika, hazardzistę i telemaniaka, Sosnowiec 2008*
37. Miller P., *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych, Warszawa 2015*
38. Miller W. R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Kraków 2014*
39. Miller W. R., Forcehimes A. A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów, Kraków 2014*
40. Niewiadomska I., *Hazard i inne uzależnienia behawioralne. Doniesienia z badań, Warszawa 2015*
41. Nowak S., *Metodologia badań społecznych, Warszawa 1985*
42. Ogińska-Bulik N., *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?, Warszawa 2010*
43. Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna, Gdańsk 2006*
44. Petry N. M., *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment, Washington 2005*
45. Pierszała J., *Prawdziwe oblicza hazardu, „Świat Problemów” 2010, nr 4*
46. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych, Warszawa 1995*
47. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe, Warszawa 2001*
48. Prajsner M., *System pomocy osobom uzależnionym od hazardu, „Remedium” 2011 nr 11*
49. Prochaska J., Norcross J., DiClemente C., *Zmiana na dobre, Warszawa 2008*
50. Rowicka M., *Uzależnienia Behawioralne. Profilaktyka i terapia, Warszawa 2015*
51. Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją, Warszawa 2008*
52. Sagadyn L., *Specyfika procesu grupowego u osób uzależnionych od hazardu, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2013, nr 1*

53. Smaś-Myszczyzyn M., *Terapia osób uzależnionych od hazardu – adaptacja programu prof. Roberta Ladouceura*, „Świat Problemów” 2014, nr 2
54. Szumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995
55. Toneatto, T., Dragonetti, R., *Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy*, „The American Journal on Addictions” 2008, nr 17 (4)
56. Ustok L., Hughes J., *Pierwsze kroki do... Wyjścia z uzależnienia od hazardu*, Kielce 2012
57. Wasilewska E., *Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów*. Warszawa 2008
58. Wellford Ch. F., *Pathological gambling a critical review*, Waszyngton 1999
59. Wieczorek Ł., Dąbrowska K., *Zaburzenia hazardowe - rozpowszechnienie, oferta terapeutyczna, dostępność leczenia i predyktory podjęcia leczenia: przegląd literatury*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 1
60. Wilk L., *Hazard. Studium kryminologiczne i prawne*, Warszawa 2012
61. Woronowicz B. T., *Hazard. Historia, zagrożenia i drogi wyjścia*, Poznań 2012
62. Woronowicz B. T., *Hazard - wyzwaniem dla profilaktyki*, „Remedium” 2011, nr 11
63. Woronowicz B. T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009
64. Yin R. K., *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*, Kraków 2015
65. Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1991
66. Zimny Z. M., *Metodologia badań społecznych*, Częstochowa 2000

## ANEKS

### Załącznik 1

Analizy statystyczne zostały wykonane przy pomocy komputerowego programu statystycznego SPSS. Istotność różnic pomiędzy średnimi sprawdzono za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych.

#### Struktura grupy a ocena terapii

Osoby, które brały udział w terapii jednorodnej oceniły terapię wyżej niż osoby biorące udział w terapii niejednorodnej ( $M=4,58$ ,  $SD=0,67$  vs.  $M=4,05$ ,  $SD=1,25$ ). Różnica ta była istotna statystycznie  $t=2,495$ ,  $p<0,05$ .

#### Wsparcie osób najbliższych a ocena terapii

Osoby uzyskujące wsparcie od osób najbliższych wyżej oceniły terapię niż osoby, które tego wsparcia nie miały ( $M=4,41$ ,  $SD=0,99$  vs.  $M=3,70$ ,  $SD=1,26$ ). Różnica ta jest istotna statystycznie  $t=2,721$ ,  $p<0,05$ .

#### Ocena grupy a ocena terapii

Ocena grupy nie różnicowała oceny terapii. Różnica nieistotna statystycznie.

#### Struktura grupy a długość abstynencji

Struktura grupy (jednorodność, niejednorodność grupy) nie różnicowała długości abstynencji. Różnica nieistotna statystycznie.

### Wsparcie a długość abstynencji

Osoby, które uzyskały wsparcie dłużej pozostawały w abstynencji niż osoby, które tego wsparcia nie posiadały ( $M=2,90$ ,  $SD=1,22$  vs.  $M=2,20$ ,  $SD=1,11$ ). Różnica ta była istotna statystycznie  $t=2,339$ ,  $p<0,05$ .

W przypadku gdy zmienna niezależna miała 3 poziomy (np. ocena grupy) zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), która weryfikuje czy jedna zmienna niezależna (czynnik) wpływa na wyniki jednej zmiennej zależnej.

### Ocena struktury grupy a długość abstynencji

Długość abstynencji różni się w zależności od oceny struktury grupy  $F=14,115$ ,  $p,0,001$ . Różnica wystąpiła pomiędzy wszystkimi 3 zmiennymi. Najkrótszą abstynencję mają osoby, które nie miały zdania na temat ważności struktury grupy terapeutycznej. Najdłuższą abstynencję mają osoby oceniające strukturę grupy jako ważną.

### **Statystyki opisowe**

Długość abstynencji

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy	Minimum	Maksimum
1	39	2,64	1,112	,178	1	4
2	25	1,96	1,136	,227	1	4
3	36	3,44	1,027	,171	1	5
Ogółem	100	2,76	1,224	,122	1	5

- 1- osoby oceniające strukturę grupy jako nie mającą znaczenia
- 2- osoby nie mające zdania nt. ważności struktury grupy
- 3- osoby oceniające strukturę grupy jako mającą duże znaczenie

### Jednoczynnikowa ANOVA

Długość abstynencji

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
Między grupami	33,417	2	16,708	14,115	,000
Wewnątrz grup	114,823	97	1,184		
Ogółem	148,240	99			

#### Trudności w trakcie oddziaływań terapeutycznych

Najczęściej występującymi trudnościami w trakcie oddziaływań terapeutycznych były: pokonanie oporu przed mówieniem o własnym zachowaniu i emocjach, włączenie się do grupy i dostosowanie się do wymogów terapii, konieczność zaprzestania gry i pokonanie w związku z tym napięcia.

#### Struktura grupy a trudności w trakcie oddziaływań terapeutycznych

Struktura grupy nie różnicuje trudności jakie pojawiały się w trakcie oddziaływań terapeutycznych

