

DOSTĘPNOŚĆ LECZENIA DLA PROBLEMOWYCH I PATOLOGICZNYCH HAZARDZISTÓW W WARSZAWIE. RAPORT Z BADANIA

Katarzyna Dąbrowska, Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek

0. STRESZCZENIE (EXECUTIVE SUMMARY)

1. WPROWADZENIE

2. METODOLOGIA BADANIA

3. ANALIZA OFERTY LECZENIA ZABURZEŃ HAZARDOWYCH W PLACÓWKACH AMBULATORYJNYCH NA TERENIE WARSZAWY

4. DOŚWIADCZENIA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI W KONTAKTACH Z LECZNICTWEM UZALEŻNIEŃ – PERSPEKTYWA PACJENTÓW I PROFESJONALISTÓW

- a. Przyczyny podejmowania leczenia
- b. Czynniki decydujące o wyborze placówki
- c. Leczenie
 - i. Oferta pomocy
 - ii. Oferta pomocy post-terapeutycznej
 - iii. Pomoc pozamedyczna

5. BARIERY I UŁATWIENIA W DOSTĘPIE DO PLACÓWEK LECZENIA UZALEŻNIEŃ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

- a. Bariery w dostępie do leczenia i uzyskiwaniu pomocy
 - i. Psycho-społeczne
 - ii. Strukturalne
- b. Ułatwienia w dostępie do leczenia i uzyskiwaniu pomocy

6. POZYTYWNE I NEGATYWNE ASPEKTY LECZENIA

- a. Pozytywne aspekty leczenia
- b. Negatywne aspekty leczenia

7. POSTRZEGANIE HAZARDU I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI W SPOŁECZEŃSTWIE

- a. Postrzeganie hazardu i osób z zaburzeniami hazardowymi
- b. Samopostrzeganie osób z zaburzeniami hazardowymi
- c. Postrzeganie leczenia przez otoczenie

8. REKOMENDACJE

9. PODSUMOWANIE

LITERATURA

0. STRESZCZENIE (EXECUTIVE SUMMARY)

Patologiczny hazard, jako zaburzenie psychiczne, został sklasyfikowany dopiero w 1980 roku, w trzeciej edycji amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod nazwą impulsywne zaburzenia kontroli nigdzie indziej niesklasyfikowane.

Wg badań, głównie z Ameryki Północnej, zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia (Cunningham 2005). Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Patologiczny hazard ma w Polsce powojennej krótszą historię. Jego rozwój nastąpił w latach przejścia do gospodarki rynkowej i wzmocniony został przez szybką ekspansję internetu

Celem głównym badania była analiza dostępności leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi w Warszawie. Sformułowane zostały również cztery szczegółowe cele badania:

1. ocena istniejącej oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi w placówkach mieszczących się na terenie Warszawy,
2. ocena postrzegania osób z zaburzeniami hazardowymi przez lekarzy, terapeutów i pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej,
3. zidentyfikowanie barier i ułatwień w dostępie do placówek leczenia zaburzeń hazardowych,
4. poznanie doświadczeń osób z zaburzeniami hazardowymi w kontaktach z leczeniem uzależnień.

W badaniu zastosowano techniki ilościowe i jakościowe. W ramach ilościowej części badań przeprowadzono ankietę pocztową. Jej kwestionariusz rozesłano do ponad 50 warszawskich placówek zajmujących się leczeniem uzależnień od alkoholu i/lub narkotyków. Na ankietę odpowiedziało 20 placówek, z czego zaledwie 13 potwierdziło prowadzenie terapii zaburzeń hazardowych. Żadna z badanych placówek nie dostarczyła konkretnego programu leczenia i opieki nad osobami dotkniętymi problemami związanymi z hazardem.

Najważniejszymi celami leczenia przyjmowanymi w większości placówek leczenia zaburzeń hazardowych jest utrzymywanie abstynencji oraz poprawa jakości życia. Ograniczenie grania było istotnym celem terapii w pięciu placówkach, a ograniczenie problemów finansowych w trzech. We wszystkich 13 placówkach wykorzystywano w leczeniu zaburzeń hazardowych podejście behawioralno-poznawcze. Dialog motywujący stosowano w 8 placówkach, a krótkie interwencje, które zawierają w sobie elementy dialogu motywującego – w pięciu. Większość placówek ma w swojej ofercie konsultacje psychologiczne, psychoedukację, psychoterapię grupową oraz leczenie pacjentów z uzależnieniem mieszanym. Około ¾ placówek oferuje pacjentom konsultacje psychiatryczne oraz leczenie farmakologiczne. Kilka w swojej ofercie dla pacjentów ma diagnostykę psychiatryczną oraz prowadzi psychoterapię rodzinną i leczenie dla pacjentów z podwójną diagnozą. Również kilka deklaruje pomoc prawną oraz pomoc w znalezieniu pracy. Już na podstawie badań ilościowych można

stwierdzić, że istniejąca oferta jest niewystarczająca i często nie uwzględnia specyfiki zaburzeń związanych z hazardem.

W ramach badań jakościowych przeprowadzono 90 wywiadów z osobami leczonymi z powodu zaburzeń związanych z hazardem, terapeutami, psychiatrami, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz pracownikami opieki społecznej. Badania jakościowe potwierdziły w dużej mierze ocenę wynikającą z badań ilościowych. Pacjenci uważają, że istniejąca w Warszawie oferta jest mało satysfakcjonująca. Co więcej informacja na ten temat jest bardzo słaba. Dostrzegają brak doświadczenia większości terapeutów w zakresie leczenia zaburzeń hazardowych, stosowanie schematów z leczenia uzależnień od substancji do leczenia zaburzeń hazardowych, źle czują się w grupach mieszanych, w których mają leczyć swoje specyficzne problemy wraz z osobami uzależnionymi od alkoholu czy narkotyków. Uważają zajęcia za zbyt długie i monotonne. Brakuje im terapii rodzin oraz elementów specyficznych dla ich zaburzenia takich jak uczenie umiejętności zarządzania pieniędzmi czy też wsparcia w wychodzeniu z długów. Oprócz małej dostępności leczenia specjalistycznego w badaniu zidentyfikowano szereg barier. Znacząca część barier do leczenia ma charakter organizacyjno-administracyjny. Brakuje oferty kierowanej wyłącznie do osób z zaburzeniami hazardowymi, przez co oferowane usługi postrzegane są jako nieadekwatne do potrzeb. Inne przeszkody, to długi czas oczekiwania na leczenie, ograniczone możliwości skorzystania z bezpłatnego leczenia, niemożność połączenia terapii z pracą.

Mimo tych zastrzeżeń zarówno pacjenci jak i profesjonaliści postrzegają zaburzenia hazardowe w kategoriach bardziej choroby niż w kategoriach moralnych. Postulują kampanie informacyjno-edukacyjne wzmacniające te postawy i zachęty do leczenia. Osoby z zaburzeniami hazardowymi dostrzegają pozytywne skutki terapii w wielu obszarach życia. Poprawie ulega ich samopoczucie fizyczne i psychiczne, zaczynają dbać o swoje zdrowie, w ich subiektywnej ocenie życie zmienia się na lepsze. Podejmując leczenie utrzymują abstynencję nie tylko od grania, ale często przestają używać alkoholu i tytoniu. Proces terapeutyczny wpływa również na poprawę relacji z bliskimi – rodziną, partnerem oraz przyjaciółmi, osoby z zaburzeniami hazardowymi otrzymują wsparcie i akceptację ze strony otoczenia, poprawia się ich status materialny.

Zebrany materiał dostarczył podstaw do sformułowania serii rekomendacji wychodzących poza wąsko rozumiane kwestie lecznictwa. Rekomendacje dotyczyły następujących obszarów: ograniczanie dostępności hazardu, informację i edukację, dostępność do leczenia, poprawę jakości i adekwatności leczenia, badania naukowe.

1. WPROWADZENIE

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (problem gambling), kompulsywny/przymusowy (compulsive gambling) i patologiczny (pathological gambling). Patologiczny hazard, jako zaburzenie psychiczne, został sklasyfikowany w 1980 roku w trzeciej edycji amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod nazwą impulsywne zaburzenia kontroli nigdzie indziej niesklasyfikowane (disorders of impulse control not elsewhere classified). Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe (gambling disorders), który używany jest coraz częściej. Hazard problemowy od patologicznego odróżnia zaawansowanie choroby; osoby uprawiające hazard problemowo są na ogół we wcześniejszej fazie uzależnienia, ich zachowanie nie spełnia niezbędnych kryteriów diagnostycznych właściwych dla rozpoznania patologicznego hazardu (Raylu, Oei 2002; Lupi i współ. 2014).

Według Potenzy i współ. „hazard można definiować jako zachowanie ryzykowne polegające na przekazywaniu wartościowych przedmiotów w nadziei na zdobycie/uzyskanie przedmiotów większej wartości” (Potenza i współ. 2002; 721). „Jest on złożoną i dynamiczną interakcją czynników środowiskowych, psychofizjologicznych, rozwojowych, poznawczych i behawioralnych” (Gupta, Derevensky 2000; 318).

Patologiczny hazard definiuje się jako postępujące i przewlekłe zaburzenie, nad którym trudno zapanować (trudno oprzeć się impulsowi) wywołujące szkody osobiste, rodzinne i zawodowe (Grant, Kim 2002; Sood i współ. 2003). Można zidentyfikować różne ujęcia teoretyczne patologicznego hazardu. Rozpatruje się go w perspektywie psychodynamicznej, modelu medycznym (biologicznym), teoriach psychologicznych (np. identyfikując podobieństwa z teoriami uzależnienia od substancji, teorie społecznego uczenia się, teorie behawioralne, poznawcze, poznawczo – behawioralne) (Gupta, Derevensky 2000).

Wyższe wskaźniki rozpoznania patologicznego hazardu występują wśród osób o niskim statusie społeczno ekonomicznym, z niskimi dochodami, bezrobotnych i często tracących pracę, słabo wykształconych, po rozwodzie, z przeszłością kryminalną. Osoby uprawiające patologicznie hazard częściej mają problemy psychiczne, a ich ogólny stan zdrowia jest zły. Brak jednoznacznych wyników badań, które potwierdzałyby, że to więcej mężczyzn niż kobiet uprawia hazard w sposób patologiczny (Potenza i współ. 2002; Raylu, Oei 2002).

Pod koniec XX wieku Amerykanie przeznaczali na gry hazardowe równowartość 6% produktu krajowego brutto (Sood i współ. 2003). Na początku XXI wieku koszty problemowego i patologicznego hazardu w USA szacowano na 5 miliardów dolarów rocznie, z czego jedną trzecią stanowiły koszty ponoszone przez wymiar sprawiedliwości. Koszty indywidualne (individual lifetime costs) szacowane dla osób uprawiających patologicznie hazard wynosiły 10 550 dolarów na osobę, z kolei dla osób uprawiających hazard problemowo były o połowę niższe i wynosiły 5 130 dolarów (Rush i współ. 2002).

W literaturze rozróżnia się różne formy hazardu: gry w kasynie (np. ruletka, Black Jack), zakłady (np. wyścigi konne, wyścigi psów, zakłady bukmacherskie), granie na automatach i branie udziału w

loteriach totolotka (Potenza i współ. 2002). Wraz z ekspansją Internetu coraz większą popularnością cieszą się gry hazardowe on-line, przede wszystkim w związku z anonimowością, łatwą dostępnością, dynamiką grania. Gry w Internecie pozwalają na pozostanie we własnym domu zapewniając wygodę i prywatność (Raylu, Oei 2002).

Diagnoza hazardu

Do diagnozy zaburzeń hazardowych wykorzystywana jest klasyfikacja DSM-5 oraz ICD10. Klasyfikacja DSM-5, w porównaniu z poprzednią rewizją zastąpiło określenie hazard problemowy i patologiczny zmieniając nazwę jednostki chorobowej na zaburzenia hazardowe. Klasyfikuje go w rozdziale dotyczącym używania substancji i uzależnień behawioralnych. W porównaniu do czwartej edycji, klasyfikacja DSM-5 ograniczyła liczbę kryteriów diagnostycznych do 9, usuwając kryterium odnoszące się do podejmowania nielegalnych działań w celu zdobycia pieniędzy na hazard. Pozostałych kryteriów praktycznie nie zmieniono. Dla postawienia diagnozy konieczne jest wystąpienie minimum 4 rodzajów zachowań w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (Petry i współ. 2014a, Petry i współ. 2014b).

DSM – 5 opisuje objawy zaburzeń hazardowych jako:

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani zwiększyć ilość pieniędzy przeznaczonych na hazard w celu osiągnięcia pożądanego poziomu satysfakcji?
2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał Pan/Pani niepokój lub irytację przy próbach ograniczenia lub przerwania gry?
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kilkakrotnie podejmował Pan/Pani próby ograniczenia lub zaprzestania uprawiania hazardu?
4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał Pan/Pani zaabsorbowanie hazardem: przeżywał/a Pan/Pani dawne doświadczenia z grami, myślał/a Pan/Pani o przyszłych doświadczeniach z grami, planował/a Pan/Pani zdobycie pieniędzy na hazard?
5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani traktować grę jako sposób ucieczki od problemów lub uśmierzenia negatywnych emocji (winy, lęku, depresji)?
6. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani po przegranej podejmować próby „odegrania się”?
7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani okłamywać innych co do rozmiarów swojej aktywności hazardowej?
8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani narazić na utratę lub utracić z powodu hazardu ważny związek interpersonalny, pracę, możliwości edukacyjne lub związane z karierą?
9. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani szukać u innych pomocy, by zdobyć pieniądze na poprawę złej sytuacji materialnej spowodowanej uprawianiem hazardu?

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) klasyfikuje patologiczny hazard, jako zaburzenie nawyków i kontroli impulsów wśród takich zaburzeń jak kleptomania, piromania oraz innych niespecyficznych zaburzeń i nawyków (WHO 2014). ICD-10 definiuje go jako „częste,

powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszenia norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz kłamią i łamią prawo dla uzyskania pieniędzy lub uniknięcia spłacania długów. Opisują intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą”. Wystąpienie dwóch lub więcej kryteriów w ciągu roku jest objawem patologicznego hazardu (ICD 10).

W procesie diagnozy zaburzeń hazardowych pomocne są testy przesiewowe. Pozwalają one na identyfikację osób zagrożonych pogłębieniem problemu i patologicznym hazardem. Mogą być prowadzone głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów psychiatrów. Badania pokazują, że testy przesiewowe są skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu (Potenza i współ. 2002).

Jest wiele testów screeningowych, o różnym stopniu złożoności. Najbardziej znanym testem przesiewowym diagnozującym patologiczny hazard jest zaprojektowany w latach osiemdziesiątych The South Oaks Gambling Screen (SOGS). Został stworzony na bazie kryteriów klasyfikacji DSM III i DSM III-R, zawiera 20 pytań odnoszących się do zachowań hazardowych takich jak chęć odgrywania się po przegranej, problemów z kontrolą grania i pieniędzy, poczucia winy związanego z graniem (Toneatto, Millar 2004, Evans, Delfabbro 2005). Test SOGS ma silną swoistość (specificity - zdolność do wykluczenia choroby) i wrażliwość (sensitivity - zdolność do rozpoznania choroby). W badaniach prowadzonych z jego wykorzystaniem lepsze wyniki diagnostyczne uzyskiwano wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie niż stacjonarnie (Fortune, Goodie 2010). Inny test, The Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) ukazał się pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Składa się z 20 pytań zamkniętych opartych na kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Pytania są wielokrotnego wyboru, do każdego kryterium z DSM-IV odnoszą się dwa pytania z testu. Również ten test wykazuje silną swoistość i wrażliwość (Fortune, Goodie 2010).

Prostym testem przesiewowym jest Lie/Bet Questionnaire. Składa się jedynie z dwóch pytań, które zostały zaprojektowane na podstawie 10 kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu w klasyfikacji DSM-IV:

1. Czy kiedykolwiek odczuwałeś potrzebę wygrywania coraz większych kwot?
2. Czy musiałeś kiedykolwiek oszukiwać bliskich jak dużo przegrałeś?

Ten krótki test osiągnął 100% wrażliwość przy 80% swoistości (Potenza i współ. 2002).

Test Early Intervention Gambling Health Test (EIGHT) składa się z ośmiu pytań dotyczących: samopoczucia (niepokoju, przygnębienia, poczucia winy) w związku z graniem (pytania 1-3), ukrywania czasu spędzanego na graniu, ilości przegranych pieniędzy i chęci odegrania się (pytania 4-6), krytycznych komentarzy otoczenia osób z zaburzeniami hazardowymi w związku z graniem (pytanie 7) oraz podejmowania prób wygrania pieniędzy, aby spłacić długi (pytanie 8). Test EIGHT został specjalnie zaprojektowany dla pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Zdolność do wykluczenia patologicznego hazardu testem EIGHT została potwierdzona na poziomie ponad 90%, natomiast zdolność do diagnozy na poziomie ponad 70% (Potenza i współ. 2002).

Rozpowszechnienie hazardu – epidemiologia

Szeroko zakrojona legalizacja hazardu w USA, która miała miejsce na przestrzeni ostatnich dekad sprawiła, że uprawianie hazardu cieszy się coraz większą społeczną akceptacją. Nowe pokolenia dorastają w otoczeniu, gdzie różne formy uprawiania hazardu są na porządku dziennym: poczynając od loterii po hazard uprawiany w Internecie. Różnego rodzaju losy na loterie czy tzw. zdrapki oferowane są na stacjach benzynowych, czy małych lokalnych sklepikach (Petry, Blanco 2013)

Według różnych badań, głównie amerykańskich, od 70 do 90% dorosłej populacji miała do czynienia z hazardem w trakcie całego życia (Ladouceur i współ. 1999). Podobne odsetki występują w przypadku młodzieży (Shaffer i współ. 1996).

Badania prowadzone w różnych krajach przy użyciu nieco odmiennych instrumentów przesiewowych wskazują na rozpowszechnienie problemowego hazardu dotyczące ostatniego roku wahające się w przedziale 0,3% w Szwecji do 5,3% w Hong Kongu. W Ameryce Północnej rozpowszechnienie hazardu problemowego w ostatnim roku jest bardzo podobne i waha się w przedziale od 0,3 do 3,5% (Wardle i współ. 2011).

Dwa badania populacyjne przeprowadzone w Holandii (2005 i 2008 r.) wykazały relatywnie niskie rozpowszechnienie problemowego hazardu, szacowanego dla ostatniego roku. W 2005 r. odsetek osób uprawiających hazard problemowo kształtował się na poziomie 0,22%, a w roku 2011 0,15%. Odsetki osób uprawiających hazard rekreacyjnie znacząco zmniejszyły się pomiędzy dwoma pomiarami 73,8% badanych w 2005 roku do 64,4% w 2011 (Goudriaan 2014)

O ile istnieje obfitość badań dotyczących rozpowszechnienia patologicznego hazardu, o tyle nie ma tak wielu badań wskazujących na związki między dostępnością a podejmowaniem zachowań hazardowych. Niektóre badania nie wykazały istotnego wzrostu we wskaźnikach patologicznego hazardu po otwarciu nowego kasyna (Govoni i współ. 1998) lub otwarciu nowej loterii (Shepherd i współ. 1998). Są jednakże badania, które potwierdzają taką zależność (Shaffer i współ. 1997).

Rozpowszechnienie poszukiwania pomocy

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia (Cunningham 2005). Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Nawet jeżeli uwzględniono materiały samopomocowe dostępne on-line lub w formie wydruku, to blisko połowa (47%) patologicznych graczy nie poszukiwała pomocy w związku z problemem hazardu (Suurvali i współ. 2008). Dwa duże badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Gambling Impact and Behavior Study i National Epidemiological Survey on Alcohol pokazały, że odpowiednio 7,1% i 9,9% osób uprawiających patologicznie hazard poddało się profesjonalnemu leczeniu lub uczestniczyło w grupach samopomocowych w związku z problemem hazardu (Slutske 2006) Około 10% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny w badaniu przeprowadzonym w Kalifornii zadeklarowało, że poszukiwało profesjonalnej pomocy lub uczestniczyło w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów (Kolberg i współ. 2006). Spośród problemowych graczy zidentyfikowanych w australijskim badaniu epidemiologicznym (Slutske i współ. 2009) 19,2% poszukiwało zarówno pomocy

profesjonalnej jak i w grupach samopomocowych. Z kolei według badania przeprowadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiejś formy leczenia.

Częściej pomocy poszukują osoby, których problem hazardowy jest bardziej zaawansowany (Pulford i współ. 2009). Cytowane już badanie przeprowadzone w latach 1998-1999 w Stanach Zjednoczonych (the Gambling Impact and Behavior Study) wykazało, że gracze, którzy nie spełniali kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu nigdy w życiu nie poszukiwali pomocy. Młodzież i młodzi dorośli są grupą, która rzadziej pojawia się w lecznictwie (Stinchfield 2002).

Osoby po raz pierwszy poszukujące pomocy chętniej korzystają z porad udzielanych on-line (Rodda 2014). Badanie użytkowników portalu Gambling Help Online, gdzie można odbyć chat z profesjonalistą lub zaangażować się w program wsparcia udzielanego za pośrednictwem poczty elektronicznej jest źródłem informacji, że blisko 70% z nich poszukiwało pomocy po raz pierwszy.

Oferta terapeutyczna dla osób z zaburzeniami hazardowymi i jej skuteczność

Oferta leczenia dla osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny jest w dużej mierze tożsama z ofertą terapeutyczną dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Formy pomocy obejmują leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i wsparcie niemedyczne w formie oferty samopomocowej - Anonimowych Hazardzistów (Toneatto, Brennan 2002).

W ofercie specjalistycznej dominuje leczenie farmakologiczne, terapia behawioralna, poznawcza oraz poznawczo-behawioralna. Jest bardzo mało badań nad skutecznością krótkich interwencji oraz nauki grania kontrolowanego, które mogą być alternatywą dla tradycyjnego podejścia terapeutycznego.

Z szacunków Hodginsai współ. (1999) wynika, że odsetki osób, które borykały się z problemem problemowego bądź patologicznego hazardu i wyzdrowiały wahają się w przedziale od 32 do 46%. Slutske (2006), na podstawie danych z dwóch badań: Gambling Impact and Behavior Study i National Epidemiological Survey on Alcohol, odnotował bardzo podobne odsetki – pomiędzy 36 a 46%. Poprzez zestawienie liczby osób uprawiających patologicznie hazard, które doświadczyły problemu na przestrzeni całego życia, a które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie spełniały kryteriów tego zaburzenia z liczbą graczy, którzy kiedykolwiek poszukiwali leczenia bądź uczestniczyli w grupach samopomocowych Slutske (2006) skalkulował, że w przybliżeniu 1/3 osób uprawiających patologicznie hazard, które doświadczyły tego problemu w ciągu całego życia, wyzdrowiała bez niczyjej pomocy.

Leczenie farmakologiczne

Jest dużo badań nad skutecznością leczenia farmakologicznego. Na ich podstawie można wyróżnić trzy grupy leków, za pomocą których jest ono prowadzone. Do pierwszej grupy zaliczają się selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny - SSRI (np. fluvoxamine, paroxetine, citalopram); do drugiej antagoniści receptorów opioidowych (np. naltrexone); a do trzeciej leki normotymiczne zwane również stabilizatorami nastroju (np. lit) (Leung, Cottler 2009).

Skuteczność leków z grupy inhibitorów serotoniny, szczególnie fluvoxaminy, została wykazana w leczeniu depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorfofobii (Potenza i współ. 2002).

Jednak badania nad skutecznością fluvoxaminy w leczeniu patologicznego hazardu nie dowodzą jednoznacznie jej skuteczności (Dell'Osso i współ. 2005).

Niewiele było prób wykorzystania paroksetyny w leczeniu hazardzistów, mimo że przynosi ona pozytywne skutki w terapii zaburzeń obsesyjno kompulsywnych. Dotychczas prowadzone badania wykazały, że jest ona skutecznym lekiem, redukującym symptomy występowania patologicznego hazardu, dobrze tolerowanym przez pacjentów. Również mało badań prowadzono nad skutecznością citalopramu. W dotychczas prowadzonych badaniach klinicznych odnotowano jego pozytywny wpływ na ograniczenie zachowań hazardowych – ilości pieniędzy przeznaczanych na granie oraz czasu spędzanego na graniu (Dell'Osso i współ. 2005).

Tabela 1. Inhibitory serotoniny (SSRI) w leczeniu patologicznego hazardu

Badanie	Lek i dawka	Rodzaj badania	Grupa badawcza	Czas leczenia	Rezultaty
Hollander i współ. 2000	Fluvoxamine (SSRI) Średnia dawka 195 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	15 badanych	16 tygodni	Fluvoxamina jest skuteczniejsza niż placebo
Blanco i współ. 2002	Fluvoxamine (SSRI) Średnia dawka 200 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	32 badanych	6 miesięcy	Fluvoxamina nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo
Kim i współ. 2002	Paroxetine (SSRI) Dawka 20-60 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	45 badanych	8 tygodni	Paroksetyna jest skuteczniejsza niż placebo
Grant i współ. 2003	Paroxetine (SSRI) Dawka 10-60 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	76 badanych	16 tygodni	Paroksetyna nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo
Saiz-Ruiz i współ. 2005	Sertraline (SSRI) Dawka 50-150 mg/ dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	60 badanych	6 miesięcy	Sertraline nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo
Grant i Potenza 2006	Escitalopram (SSRI) Średnia dawka 25 mg/dzień	Przez 12 tygodni próba otwarta (<i>open-label</i>), przez 8 tygodni podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	13 badanych ze współwystępującymi zaburzeniami lęku	20 tygodni	Escitalopram jest skuteczniejszy niż placebo
Black i współ. 2007	Bupropion (NDRI) Średnia dawka 325 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	39 badanych	12 tygodni	Bupropion nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo

Źródło: Lupi i współ. 2014

Badania nad Naltrexonem dowodzą, że może on być skutecznym środkiem leczenia patologicznego hazardu. Jest bezpieczny i dobrze tolerowany przez okres 4 – 5 miesięcy, w trakcie których monitorowano stan pacjentów. Jednak w leczeniu patologicznego hazardu naltrexonem, aby uzyskać pozytywne efekty, konieczne było przyjmowanie większych dawek niż te, które wywoływały pozytywne efekty w leczeniu uzależnienia od alkoholu czy opiatów. (Potenza i współ. 2002; Grant i współ. 2008).

Tabela 2. Antagoniści receptorów opioidowych w leczeniu patologicznego hazardu

Badanie	Lek i dawka	Rodzaj badania	Grupa badawcza	Czas leczenia	Rezultaty
Kim i Grant 2001	Naltrexone Średnia dawka 188 mg/ dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	89 badanych	12 tygodni	Naltrexon jest skuteczniejszy niż placebo
Grant i współ. 2006	Nalmefene Dawka 25-100 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	207 badanych	16 tygodni	Nalmefen jest skuteczniejszy niż placebo
Grant i współ. 2008	Naltrexone Dawka 50-150 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	77 badanych	18 tygodni	Naltrexon jest skuteczniejszy niż placebo
Toneatto i współ. 2009	Naltrexone Średnia dawka 59 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	52 badanych	11 tygodni	Naltrexon nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo
Grant i współ. 2010	Nalmefene Dawka 20-40 mg/dzień	Przez 1 tydzień pojedyncza ślepa próba kontrolowana placebo; przez 15 tygodni podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	233 badanych	16 tygodni	Nalmefen w dawce 40 mg/dzień jest skuteczniejszy niż placebo

Źródło: Lupi i współ. 2014

Badania nad skutecznością leków stabilizujących nastrój dowodzą, że lit, carbamazepina czy valproate są skutecznym środkiem ograniczającym objawy patologicznego hazardu w grupie pacjentów chorujących na zaburzenia dwubiegunowe (Sood i współ. 2003). Badania z wykorzystaniem carbamazepiny wśród osób u których nie współwystępują zaburzenia dwubiegunowe, organiczne i uzależnienie od substancji psychoaktywnych pokazują, że jest ona skutecznym środkiem ograniczającym popęd do grania, środki przeznaczone na grę i czas spędzany na graniu. Z kolei wykorzystanie olanzapiny (która jest lekiem drugiej generacji skutecznym w leczeniu zaburzeń nastroju) w leczeniu patologicznego hazardu nie przyniosło pozytywnych rezultatów (Leung, Cottler 2009).

Tabela 3. Leki stabilizujące nastrój w terapii patologicznego hazardu

Badanie	Lek i dawka	Rodzaj badania	Grupa badawcza	Czas leczenia	Rezultaty
Hollander i współ. 2005	Lit Średnia dawka 1170 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	40 badanych z zaburzeniami dwubiegunowymi	10 tygodni	Lit jest skuteczniejszy niż placebo
McElroy i współ. 2008	Olanzapina Dawka 2,5-15 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	42 badanych	12 tygodni	Olanzapina nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo
Fong i współ. 2008	Olanzapina Dawka 2,5-10 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	23 badanych	7 tygodni	Olanzapina nie jest istotnie statystycznie skuteczniejsza niż placebo
Berlin i współ. 2013	Topiramatum Dawka 25-300 mg/dzień	Podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo	42 badanych	14 tygodni	Topiramatum nie jest istotnie statystycznie skuteczniejszy niż placebo

Źródło: Lupi i współ. 2014

Trzeba podkreślić, że leczenie farmakologiczne bardzo często niesie ze sobą ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Efekty uboczne takie jak obniżenie poziomu libido, nudności, suchość w ustach to tylko niektóre z nich (Kim i współ. 2001).

Psychologiczna terapia patologicznego hazardu

W psychologicznej terapii patologicznych hazardzistów wykorzystywane są trzy podstawowe podejścia terapeutyczne: behawioralne, poznawcze i behawioralno–poznawcze (Leung, Cottler 2009). Ich celem jest modyfikacja zachowania związanego z uprawianiem patologicznego hazardu. Przez psychologiczne oddziaływanie rozwijane są umiejętności pozwalające na jego ograniczenie i panowanie nad przymusem grania (Toneatto, Millar 2004).

Terapia Behawioralna

Terapia behawioralna opiera się na przekonaniu, że jeśli jakieś zachowanie zostało wyuczone można się go również odczyć. Modyfikacja zachowań wykorzystuje techniki terapii awersyjnej, zarządzania nagrodami, treningu relaksacji, którego celem jest desensytyzacja (inaczej odwrażliwianie), polegającego na redukowaniu reakcji niepożądananej przez łączenie wyobrażenia o sytuacji wywołujących lęk z relaksacją (Toneatto, Millar 2004).

Większość badań nad skutecznością terapii behawioralnej w leczeniu patologicznego hazardu była prowadzona w latach '80 i na początku lat '90 ubiegłego wieku. Porównywano różne techniki, np. terapię awersyjną za pomocą impulsów elektrycznych, techniki relaksacyjne z wykorzystaniem wyobrażeń o sytuacjach związanych z hazardem (Toneatto, Ladouceur 2003).

W badaniach prowadzonych na początku lat '80, porównujących skuteczność terapii awersyjnej prowadzonej za pomocą impulsów elektrycznych i desensytyzacji (odwrażliwiania) w wyobraźni

opartej na relaksacji dowiedziono, że bardziej efektywną metodą terapii były techniki relaksacyjne, w wyniku których hazardziści ograniczali granie bądź całkowicie przestawali grać. Późniejsze badania nad desensytyzacją prowadzone pod koniec lat '80 i '90 pokazały, że rok po zakończeniu terapii około 30% patologicznych hazardzistów w ogóle nie grało bądź grało w sposób kontrolowany (Toneatto, Ladouceur 2003; Toneatto, Millar 2004).

Terapia Poznawcza

Badania nad skutecznością terapii poznawczej (obejmującą korektę zachowań hazardowych, trening rozwiązywania problemów, trening umiejętności społecznych i trening nawrotów) w leczeniu patologicznego hazardu, prowadzone pod koniec lat '90 dowiodły skuteczności tej formy pomocy w porównaniu z grupą, która nie była objęta żadną interwencją. W wyniku oddziaływań terapeutycznych hazardziści ograniczyli częstotliwość grania, czas spędzany na graniu i ilość pieniędzy przeznaczonych na granie. Ponowny pomiar, po roku od zakończenia terapii pokazał, że prawie 90% tych, którzy uczestniczyli w terapii w dalszym ciągu ogranicza granie (Toneatto, Ladouceur 2003; Toneatto, Millar 2004).

Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych na początku XXI wieku. Osoby uczestniczące w terapii wykorzystującej podejście poznawcze ograniczały granie, spełniały mniej kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV świadczących o hazardzie, odczuwały łagodniejszy przymus grania i większe poczucie własnej skuteczności w porównaniu do badanych, którzy nie brali udziału w żadnej terapii. Ponowny pomiar po roku od ukończenia terapii pokazał znaczącą poprawę w porównaniu do pomiaru dokonanego przed rozpoczęciem leczenia (Toneatto, Ladouceur 2003).

Terapia Poznawczo – Behawioralna

W terapii poznawczo-behawioralnej oddziaływania behawioralne są wzmacniane przez formy poznawcze skupiające się na obalaniu subiektywnej iluzji kontroli hazardu i innych oddziaływaniach mających wpływ na świadomość gracza (Toneatto, Ladouceur 2003).

Efektywność terapii poznawczo-behawioralnej jest najlepiej udokumentowana badaniami. Wyniki badań wskazują zarówno na pozytywne efekty krótkoterminowe jak i długoterminowe, takie jak zmniejszenie wydatków na hazard, zmniejszenie częstotliwości i natężenia występowania zachowań problemowych (Gooding, Terier, 2009).

W badaniach prowadzonych w drugiej połowie lat '90 porównywano trzy metody terapii 1) podejście behawioralne polegające na właściwym zarządzaniu pieniędzmi, unikaniu sytuacji hazardowych oraz umiejętności odmowy grania, 2) podejście poznawcze wywierające wpływ na świadomość gracza mające na celu obalenie iluzji kontroli nad graniem (zgodnie z paradygmatem wywodzącym się z koncepcji uzależnienia jako choroby, według której utrata kontroli nad substancją jest objawem choroby – autorzy) i grupowym treningiem umiejętności komunikacji, 3) oraz podejściem behawioralno-poznawczym. Po 6 miesiącach od zakończenia terapii, zarówno uczestnicy terapii behawioralnej, jak i terapii poznawczej istotnie częściej utrzymywali abstynencję niż osoby z grupy kontrolnej, które nie były poddane żadnym oddziaływaniom. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pod względem częstości utrzymywania abstynencji „hazardowej” między grupą poddaną terapii

poznawczo-behawioralnej a grupą kontrolną (Toneatto, Millar 2004). W innych badaniach terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczniejsza w ograniczaniu zachowań hazardowych w porównaniu do uczestnictwa w grupach Anonimowych Hazardzistów (Leung, Cottler 2009).

Krótkie interwencje i granie kontrolowane

Krótkie interwencje, obejmujące również interwencje za pośrednictwem telefonu, czy Internetu mają zastosowanie kliniczne i są odpowiednie dla osób poszukujących interwencji o małej intensywności (Petry i współ. 2008; Hodgins i współ. 2009; Gainsbury, Blaszczyński 2011). Profesjonalna pomoc jest skuteczna w odzyskaniu kontroli nad zachowaniem oraz w zmniejszeniu problemów związanych z hazardem (Gainsbury i inni, 2014).

Niewiele jest badań opisujących skuteczność krótkich interwencji wśród patologicznych hazardzistów. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku prowadzono badania z wykorzystaniem różnych metod terapeutycznych – krótkich interwencji bazujących na strategii wzmacniania motywacji do zmiany (*motivational enhancement therapy* – MET) oraz kombinacji technik behawioralnych i MET. Wyniki badań dowiodły, że krótkie interwencje były jedyną metodą terapii, która wpłynęła na ograniczenie zachowań związanych z hazardem. W badaniu powtórzonym po 6 tygodniach i 9 miesiącach od zakończenia terapii krótkie interwencje okazały się również najbardziej skuteczne (Leung, Cottler 2009).

Nauka grania kontrolowanego może być alternatywą dla powszechnie obowiązujących programów terapeutycznych, których celem jest utrzymywanie abstynencji. Niestety niewiele jest badań dotyczących skuteczności leczenia z wykorzystaniem tej metody. Te nieliczne pokazują, że granie kontrolowane jest skuteczną metodą ograniczającą częstotliwość grania, ilość pieniędzy i czasu przeznaczanego na grę. Sześć miesięcy po zakończeniu terapii ponad 70% hazardzistów potrafiło kontrolować granie, po roku - 50%, a po dwóch latach niecałe - 30% (Ladouceur 2005; Dowling i współ. 2009).

Grupy samopomocowe w tym telefony zaufania dla hazardzistów

Najbardziej rozpowszechnionym podejściem w leczeniu hazardu jest uczestniczenie w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów. Ich historia sięga 1957 roku i zaczęła się w Stanach Zjednoczonych (Petry 2005). Metoda 12 kroków w leczeniu uzależnienia od hazardu może przynosić pozytywne rezultaty. Osoby włączone w tę terapię mają lepsze rezultaty niż te, które z niej nie korzystały. Jedno z badań pokazało, że kombinacja terapii poznawczo-behawioralnej i uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów dała lepsze rezultaty niż samo uczestniczenie w grupie samopomocowej (Petry i inni, 2003).

Inną formą samopomocy są telefony zaufania dla hazardzistów, które stały się jednym z ważnych zasobów terapeutycznych dla osób borykających się z problemem hazardu i ich rodzin. Stanowią one źródło niezbędnych informacji, oferują możliwość uzyskania porady jak radzić sobie z problemem, a także gdzie można uzyskać profesjonalną pomoc (Shandlay, Moore 2008). Wśród zalet tej formy pomocy wymieniane są anonimowość, szeroka dostępność, możliwość zakończenia rozmowy w każdym momencie (Williams, Douds 2002).

Strony internetowe oferujące pomoc w problemie hazardu można podzielić na:

- dostarczające informacji i porad,
- oferujące wsparcie i pomoc osób, które również doświadczają problemów,
- oferujące profesjonalne porady (Griffith, Cooper 2003).

Interwencje oferowane za pośrednictwem Internetu obejmują duże obszary geograficzne, są metodą nisko-kosztową i mającą potencjał by docierać do populacji marginalizowanych (Barak inni, 2008). Ich potencjał do ochrony anonimowości zwiększa dostęp do informacji i poradnictwa młodych mężczyzn (Eblis i inni, 2012) oraz może zachęcić osoby, które po raz pierwszy poszukują pomocy (Young, 2005)

Predykatory/motywy podjęcia leczenia

Przeglądu badań dotyczących motywów poszukiwania pomocy przez hazardzistów dokonali Suurvali i współpracownicy (2009). Przejrzeli oni badania opublikowane w latach 1998-2009 i ostatecznie poddali analizie 19 badań. Respondentami badań były osoby, które chciały rozwiązać lub ograniczyć problemy związane z hazardem, osoby poszukujące pomocy, a także osoby, które miały zakaz wejścia do kasyna. Na podstawie ich odpowiedzi badacze wyłonili następujące kategorie motywów poszukiwania pomocy:

- problemy finansowe
- relacje z innymi/wpływ innych osób
- negatywne emocje (depresja, wstyd, poczucie osiągnięcia dna)
- ocena sytuacji i podjęcie decyzji
- zmiany w najbliższym otoczeniu/stylu życia
- kłopoty w pracy lub kłopoty z prawem
- kłopoty ze zdrowiem
- traumatyczne/upokarzające doświadczenie
- poczucie bycia w niezgodzie z samym sobą/ swoimi celami/ poczucie osobistej porażki
- poczucie utraty kontroli/chęć odzyskania kontroli
- zrozumienie, że w hazardzie nie mam możliwości wygrania
- utrata zainteresowania dla hazardu.

Jak widać mechanizm poszukiwania leczenia pojawia się w odpowiedzi na problemy związane z hazardem.

O ile omawiany powyżej przegląd wskazuje na największą rolę motywującą do poszukiwania pomocy czynników ekonomicznych o tyle, np. w badaniu Evans i Delfabbro (2005), to zaniepokojenie zdrowiem psychicznym i fizycznym okazało się być decydującym argumentem za poszukiwaniem pomocy.

Niewiele uwagi poświęcono demograficznej charakterystyce osób poszukujących leczenia (płeć, wiek, status socio-ekonomiczny). Próbę uwzględnienia aspektów demograficznych, ale również takich czynników jak: postrzeganie własnego problemu, świadomość możliwości leczenia, a także relacja pomiędzy czynnikami motywującymi do podjęcia leczenia, a barierami utrudniającymi decyzję o poszukiwaniu pomocy podjęli Suurvali i inni (2012). W losowym badaniu telefonicznym na próbie 8467

dorosłych, wyłoniono grupę 730 hazardzistów, którzy w przeciągu ostatniego roku przed badaniem doświadczyli jakichś problemów związanych z hazardem. Najczęściej wymienianymi predyktorami poszukiwania leczenia były problemy finansowe i problemy w relacjach z istotnymi osobami. Trzecią pod względem wielkości grupę stanowiły wypowiedzi osób, które nie były w stanie zidentyfikować przyczyny podjęcia leczenia. Osoby, które nie spełniały kryterium problemowego lub patologicznego hazardu istotnie częściej nie były w stanie wskazać przyczyny poszukiwania leczenia. Hazardziści, którzy uświadamiali sobie swój problem, wiedzieli gdzie uzyskać pomoc, byli zatrudnieni i reprezentowali wyższy poziom edukacji byli bardziej skłonni wskazać motywy poszukiwania pomocy.

Osobną grupę stanowią badania, które diagnozują motywy korzystania z anonimowych źródeł pomocy i ich potencjał do kierowania do form leczenia opartych na bezpośrednim kontakcie. Weinstoc i inni (2011) w swoim badaniu oferowali osobom korzystającym z telefonu zaufania dla hazardzistów możliwość odbycia spotkania diagnostycznego. W latach 2000-2007 taka propozycja została złożona 2 900 osobom korzystającym z telefonu zaufania. Ponad 76% osób przyjęło skierowanie, a 55% zgłosiło się na spotkanie. Osoby, które miały już doświadczenie poszukiwania pomocy były mniej skłonne do przyjęcia skierowania w porównaniu z osobami, które nie korzystały z leczenia. Osoby pozostające w związku, rozwiedzione lub w separacji częściej przyjmowały skierowanie niż kawalerowie/panny. Osoby doświadczające problemów z prawem lub presji ze strony współmałżonka były bardziej skłonne poddać się diagnozie niż osoby doświadczające problemów finansowych. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych, większe długi i bardziej zaawansowany problem hazardowy to czynniki znacząco powiązane z przyjęciem skierowania na diagnozę.

Co ciekawe osoby, które korzystały już z pomocy były mniej skłonne przyjąć skierowanie, ale jeśli już je przyjęły, to z większym prawdopodobieństwem niż ci, którzy nigdy nie korzystali z profesjonalnej pomocy, stawiali się na umówionym spotkaniu. Znaczącą zmienną, jeśli chodzi o uczestniczenie w umówionym spotkaniu była płeć. Więcej kobiet niż mężczyzn przyjęło skierowanie, ale na umówionym spotkaniu pojawiali się częściej mężczyźni. Czynnikiem, który zwiększał prawdopodobieństwo stawienia się na spotkaniu było umówienie spotkania w przeciągu 72 godzin od konsultacji telefonicznej.

Podobne badanie przeprowadzono na próbie 454 osób dzwoniących w latach 2002-2004 do linii samopomocowej (Valdivia-Salas i inni, 2014). Z grupy tej 49% zastosowało się do sugestii doradcy i wzięło udział w sesji terapeutycznej. W badaniu tym nie odnotowano znaczenia płci jeśli chodzi o prawdopodobieństwo uczestniczenia w sesji terapeutycznej. Podobnie jak w innych badaniach predykatorem zgłoszenia się do leczenia były problemy finansowe i rodzinne.

Badanie przeprowadzone przez Ladgerwooda i innych (2013) diagnozowało potencjał telefonów zaufania do motywowania hazardzistów do podejmowania dłuższego leczenia. Badani (n=143) byli diagnozowani wkrótce po pierwszym telefonie, a następnie po dwóch miesiącach. Okazało się, że 67% osób w ciągu dwóch miesięcy od pierwszego wywiadu uczestniczyło przynajmniej w jednej sesji terapeutycznej (92,7% - leczenie profesjonalne, 28,1% spotkania grup samopomocowych). Czynnikiem sprzyjającym podjęciu leczenia były większe zaawansowanie problemu hazardowego, problemy finansowe związane z hazardem i wcześniejsze próby leczenia w leczeniu hazardowym.

Wyniki tego badania potwierdzają inne badania, które poszukiwały predyktorów inicjacji leczenia (Pulford i współ. 2009; Evans & Delfabbro, 2005).

Motywy do skorzystania z sesji doradztwa oferowanych on-line diagnozowało badanie na próbie 233 Australijczyków (Rodda, 2013). Badani udzielali odpowiedzi na pytania otwarte o przyczyny wyboru doradztwa oferowanego on-line. Odpowiedzi pogrupowano w cztery kategorie: poufność/anonimowość (27%), dogodność/dostęp (50,9%), rozczarowanie innymi formami leczenia/reklama tej formy pomocy (34,22%), brak potrzeby kontaktu twarzą w twarz/poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i możliwość przemyślenia pisemnych wypowiedzi (26,6%).

Badania Cook i Doyle (2002) dotyczące motywów podjęcia leczenia on-line objęło osoby uczestniczące w sesjach terapeutycznych oferowanych za pośrednictwem Internetu. Motywami do wyboru poczty elektronicznej i chatów były przeświadczenie o efektywności tej metody, obniżony lęk przed osądem innych, niskie koszty, łatwość w ustanowieniu relacji z terapeutą opartej na szczerości, poufność, elastyczność. Poza tym badani wskazywali na zaletę pisanego tekstu, który można ponownie przeczytać i przemyśleć.

Bariery w dostępie do leczenia

Badania przeprowadzone przez Australia Productivity Commission (1999) pokazały, że przyczyny, dla których hazardziści nie podejmują leczenia mają złożony charakter, nakładają się tu czynniki społeczne, kulturowe, uwarunkowania indywidualne, a także niezadowolenie z istniejącej oferty. Ważnym czynnikiem jest dostępność: rozmieszczenie geograficzne placówek jak i ich godziny pracy. Badanie Gainsbury i współ. (2014) pokazało, że wśród czynników zewnętrznych niebagatelną rolę odgrywają koszty leczenia.

Evans i Delfabbro (2005) wykazali, że wiele barier związanych jest nie z czynnikami zewnętrznymi, ale z osobistymi przekonaniem respondentów. Wśród nich pojawiły się takie jak zaprzeczenie, że problem istnieje; przekonanie, że problem może zostać rozwiązany we własnym zakresie, brak gotowości do zaakceptowania porad, w tym tych dotyczących przerwania uprawiania hazardu, czy pozostawanie przy przekonaniu, że dzięki hazardowi można rozwiązać problemy finansowe. Porównano bariery przytaczane przez osoby, które poszukiwały leczenia z barierami wymienianymi przez tych, którzy zdecydowali się skorzystać z zasobów samopomocowych. Bariery w podjęciu leczenia dla osób korzystających z oferty samopomocowej był fakt religijnego osadzenia organizacji oraz przeświadczenie, że hazard to atrakcyjny sposób spędzania czasu i rozrywki, z którego w czasie leczenia będą musieli zrezygnować. Na podobne aspekty utrudniające podjęcie decyzji o leczeniu zwracają w swoim badaniu Miller i Kurtz (1994).

Podsumowania badań, które miały na celu poznanie barier w poszukiwaniu pomocy w związku z problemem hazardu dostarcza przegląd badań dokonany przez Suurvali i innych (2009). Najczęściej raportowanymi w badaniach barierami, które jednocześnie były wymieniane przez znaczącą część próby lub przyznano im wysoką rangę były:

- potrzeba rozwiązania problemu we własnym zakresie/przekonanie, że jest to możliwe
- wstyd, chęć utrzymania problemu w tajemnicy, strach, obawa przed stygmatyzacją, duma
- brak gotowości do przyznania, że problem istnieje.

Mniej ważnymi czynnikami utrudniającymi podjęcie leczenia, wspomnianymi w ponad połowie badań, był brak informacji na czym polega leczenie, wątpliwości na temat jego jakości i skuteczności, różne problemy techniczne związane z uczestnictwem, takie jak odległość, niedogodne godziny. Inne utrudnienia wymieniane przez respondentów to presja ze strony innych by kontynuować uprawianie hazardu lub brak wsparcia by zmienić zachowanie, brak potrzeby zaprzestania uprawiania hazardu, emocjonalne i społeczne korzyści z hazardu, niechęć do rozmów na osobiste tematy.

Badacze zwrócili również uwagę na rzadziej wymieniane przeszkody w podjęciu leczenia, do których zaliczyli:

- poczucie bycia przytłoczonym innymi sprawami
- niechęć do podporządkowywania się słowom innych
- racjonalizacja problemu (jedyne problem, a więc nie ma potrzeby by coś z nim robić)
- poczucie osamotnienia w związku z tym, że problem jest rzadki
- łatwy dostęp do oferty hazardowej
- potrzeba pomocy, ale tylko w kwestiach związanych z finansami.

Autorzy zwracają uwagę, że barierą, która być może jest bardziej rozpowszechniona niż wynika z zaprezentowanych badań jest niedoszacowanie bądź negowanie, że ma się problem hazardowy. Na to samo zwracają uwagę Wardle i współ. (2011), których badanie pokazało, że dorośli są grupą, która doświadcza najbardziej intensywnie problemów związanych z hazardem, a z powodu ich niedoszacowania lub nierozpoznania nie trafiają do leczenia. Inną ważną barierą jest niedopasowanie oferty do potrzeb emigrantów (kulturowe, językowe) (Scull i Woolcock, 2005)

Celem głównym projektu była analiza dostępności leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi w Warszawie. Sformułowane zostały również cztery szczegółowe cele badania:

1. ocena istniejącej oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi w placówkach mieszczących się na terenie Warszawy,
2. ocena postrzegania osób z zaburzeniami hazardowymi przez lekarzy, terapeutów i pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej,
3. zidentyfikowanie barier i ułatwień w dostępie do placówek leczenia zaburzeń hazardowych,
4. poznanie doświadczeń osób z zaburzeniami hazardowymi w kontaktach z leczeniem uzależnień.

2. METODOLOGIA BADANIA

Badanie było realizowane dwuetapowo. Pierwszy etap badań realizowany był z wykorzystaniem metodologii badań ilościowych. Na podstawie ankiety wysyłanej do placówek zebrano informacje o dostępnej ofercie leczenia z terenu Warszawy. Na drugim etap badań wykorzystano metody badań jakościowych – technikę wywiadu semi-strukturyzowanego.

Badania ilościowe

Ankieta w poradniach leczenia uzależnień

Ankieta została rozesłana 5 listopada 2014 roku do placówek zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu i narkotyków, które swoją siedzibę mają na terenie Warszawy. Informacje o adresach placówek pochodziły z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz z bazy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz ze strony internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W sumie kwestionariusz wysłano do wszystkich 54 placówek z terenu Warszawy. W bazie znalazły się placówki dla dorosłych i dla młodzieży oraz ośrodki publiczne i prywatne ponieważ na podstawie nazwy i adresu placówki nie mogliśmy stwierdzić jaki ma ona status.

Badanie było przeprowadzane specjalnie do tego celu stworzonym kwestionariuszem charakterystyki placówki. Składał się on z dwóch części. Pytania w pierwszej części dotyczyły opisu placówki, to jest nazwy i adresu placówki, jej rodzaju (Szpital psychiatryczny, Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od narkotyków, Ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów, Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, Grupowa specjalistyczna praktyka lekarska), roku otwarcia i daty wypełnienia kwestionariusza.

Druga część kwestionariusza składała się z 14 pytań, które dotyczyły różnych rodzajów uzależnień leczonych w placówce, celów leczenia z uwzględnieniem ich istotności, podejść terapeutycznych wykorzystywanych w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, godzin otwarcia placówki, zatrudnionego w niej personelu (z uwzględnieniem rodzaju, liczby zatrudnionych specjalistów oraz etatów), oferty świadczeń udzielanych przez placówkę, dostępności usług w poradni, liczby leczonych w 2013 roku oraz szacowanych odsetków pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, którzy ukończyli leczenie, zrezygnowali bądź zostali z niego usunięci za naruszenie zasad wraz z podaniem powodów. Kolejne pytania dotyczyły współpracy międzyinstytucjonalnej – konkretnych placówek, z którymi nawiązana jest współpraca, jej częstotliwością i dziedzinami współpracy. W kwestionariuszu znalazły się również pytanie o kierowanie do placówki pacjentów przez inne instytucje uwzględniając podanie ich nazwy.

Badania jakościowe

Wywiady semi-strukturyzowane z osobami z zaburzeniami hazardowymi i profesjonalistami.

Wywiady semi-strukturyzowane były realizowane w okresie od grudnia 2014 roku do końca czerwca 2015 roku. Badania właściwe zostały poprzedzone pilotażem, podczas którego zrealizowano 10 wywiadów (dwa z osobami z zaburzeniami hazardowymi i po dwa z przedstawicielem każdej grupy

profesjonalistów – pracownikami Ośrodków Pomocy Społecznej, terapeutami, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrami).

Zostały stworzone trzy rodzaje dyspozycji (z podziałem na płeć) – dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej (OPS) i wspólny dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, psychiatrów i terapeutów. Utworzono również formularz informacyjny dla respondenta i formularz świadomej zgody na udział w badaniu.

Dyspozycje do wywiadu z osobami z zaburzeniami hazardowymi zostały podzielone na sześć sekcji oraz część pozwalającą na zebranie danych socjodemograficznych. Dotyczyły one:

1. Doświadczeń osób z zaburzeniami hazardowymi w kontaktach z lecznictwem uzależnień. W szczególności:
 - a. przyczyn podjęcia leczenia,
 - b. sytuacji, w których osoby z zaburzeniami hazardowymi uświadomiły sobie, że mają problem z graniem,
 - c. poszukiwania pomocy poza sektorem medycznym,
 - d. motywów wyboru placówki,
 - e. trudności z uzyskaniem pomocy,
 - f. rozwiązań poprawiających dostęp do leczenia.
2. Oceny istniejącej oferty pomocy dla osób uprawiających hazard:
 - a. ocen oferty pomocy,
 - b. pozytywnych i negatywnych doświadczeń związanych z leczeniem,
 - c. zadowolenia z podjętej terapii i jej efektów.
3. Oceny postrzegania osób uprawiających hazard:
 - a. własnych doświadczeń związanych z niechęcią, odrzuceniem, gorszym traktowaniem z powodu problemowego uprawiania hazardu,
 - b. źródeł, sytuacji i przejawów stygmatyzacji,
 - c. postrzegania osób, które podjęły leczenie.
4. Rekomendacji badanych odnoszących się do brakujących w ofercie terapeutycznej form pomocy oraz zmian w systemie leczenia zaburzeń hazardowych dostosowanych do potrzeb tych osób i specyfiki choroby.
5. Rodzajów uprawianego hazardu, gdzie respondenci zaznaczali intensywność grania na skali od 0 (w ogóle nie uprawiał) do 5 (uprawiał intensywnie).
6. Współwystępowania innych zaburzeń.

Ostatnia część dyspozycji pozwalała na zebranie podstawowych danych socjodemograficznych, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, status na rynku pracy.

Dyspozycje do wywiadów z pracownikami Ośrodków Pomocy Społecznej także podzielono na sześć sekcji tematycznych. Dotyczyły one:

1. Przyczyn korzystania z oferty Ośrodka Pomocy Społecznej przez osoby z zaburzeniami hazardowymi oraz ich świadomości problemów z graniem.
2. Oferty pomocy w Ośrodku, na jaką mogą liczyć osoby mające problem z graniem.
3. Doświadczeń w kontaktach z OPS osób z zaburzeniami hazardowymi, w szczególności:

- a. przyczyny wyboru Ośrodka, w jakim osoby z zaburzeniami hazardowymi szukają pomocy,
 - b. trudności na jakie natrafiają,
 - c. ułatwień, które sprzyjają uzyskiwaniu pomocy,
 - d. wiedzy pracowników o miejscach gdzie osoby mające problem z graniem szukają pomocy poza Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
4. Oceny postrzegania osób z zaburzeniami hazardowymi w społeczeństwie z perspektywy pracowników Ośrodków w momencie kiedy grają i gdy decydują się na podjęcie leczenia, jak również wpływu stygmatyzacji na kontakty z takim klientem.
 5. Rozpowszechnienia współwystępowania hazardu z różnymi uzależnieniami.
 6. Rekomendacji dla poprawy sytuacji w zakresie świadczenia pomocy osobom z zaburzeniami hazardowymi i dostosowania oferty do ich potrzeb.

Trzeci rodzaj dyspozycji przeznaczony był dla respondentów zatrudnionych w sektorze medycznym – terapeutów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy psychiatrów. Dotyczyły one:

1. Przyczyn podjęcia leczenia i opisu sytuacji, w jakich osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmują taką decyzję oraz uświadomienia sobie problemu z graniem.
2. Kwestii oceny istniejącej na rynku oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi.
3. Doświadczeń osób z zaburzeniami hazardowymi w kontaktach z leczeniem:
 - a. przyczyn wyboru placówki terapeutycznej,
 - b. barier i ułatwień w dostępie do placówki,
 - c. poszukiwania pomocy poza leczeniem.
4. Stygmatyzacji osób z zaburzeniami hazardowymi w społeczeństwie, źródeł i sytuacji, w jakich się to przejawia jak również negatywnego postrzegania po podjęciu leczenia i jego wpływu na efekty terapii.
5. Rekomendacji.

Wszystkie dyspozycje z profesjonalistami zawierały część pozwalającą na zebranie podstawowych danych socjodemograficznych, w której pytania dotyczyły wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i wykształcenia.

Dobór próby

W etapie badań jakościowych wzięły udział osoby z zaburzeniami hazardowymi, pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej (OPS), terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnień (zarówno dla osób uzależnionych od narkotyków jak i od alkoholu), lekarze zatrudnieni w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i lekarze psychiatrzy.

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Jego istotą jest to, że próbę stanowią respondenci, którzy według badacza dostarczą pełnych i wyczerpujących informacji z punktu widzenia postawionych celów badania. Prowadzący badanie dobiera uczestników na podstawie ogólnej znajomości badanego zjawiska (Wasilewska 2008).

Tabela 1. Liczebność próby

Kategoria	Liczba wywiadów
Osoby z zaburzeniami hazardowymi	30
Pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej	15
Terapeuci	15
Lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej	15
Lekarze psychiatrzy	15
Suma	90

Kryteriami doboru pracowników OPS, terapeutów, lekarzy zatrudnionych w placówkach POZ, lekarzy psychiatrów był przede wszystkim status pracownika instytucji i wykonywany zawód. Kryterium doboru osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia. Miejszem rekrutacji były placówki leczenia uzależnień oraz meetingi Anonimowych Hazardzistów. W placówkach leczenia uzależnień kontakt z pacjentem nawiązywany był przez terapeutę, który przekazywał badaczom kontakt do respondenta.

Charakterystyka badanej grupy

Mężczyźni stanowili zdecydowaną większość osób z zaburzeniami hazardowymi, które uczestniczyły w badaniu. W badaniu wzięły udział jedynie 3 kobiety, które miały problemy z graniem. Średni wiek osób z zaburzeniami hazardowymi wynosił 38 lat, 40% respondentów z tej grupy było w wieku do 34 roku życia. Osoby powyżej 34 roku życia stanowiły około 60%. Ponad ¾ osób z zaburzeniami hazardowymi zamieszkiwało Warszawę, pozostała część osób, która podjęła leczenie dojeżdżała spoza miasta.

Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna osób z zaburzeniami hazardowymi i profesjonalistów.

Grupa badanych	Wiek ¹					Płeć		Miejsce zamieszkania	
	Osoby do 34 roku życia		Osoby powyżej 34 roku życia		Średni wiek badanych	Kobiety	Mężczyźni	Warszawa	Poza Warszawą
	Liczby	Odsetki	Liczby	Odsetki					
Osoby z zaburzeniami hazardowymi	12	40	17	57	38	3	27	22	8
Profesjonaliści	16	27	41	68	43	42	18	54	6

Ponad połowa respondentów z tej grupy pozostawała w związku – w małżeństwie lub związku nieformalnym, jedynie co dziesiąty jest rozwiedziony. 60% badanych osób ma wykształcenie wyższe (licencjackie lub magisterskie). W badaniu nie uczestniczyły osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym; jedynie 10% miało wykształcenie zawodowe. Prawie wszyscy badani mieli stałe źródło dochodu, prawie 70% respondentów było zatrudnionych na etacie, około 23% miało własną

¹ Czterech respondentów nie podało wieku (1 osoba z zaburzeniami hazardowymi i 3 terapeutów).

działalność gospodarczą a pozostałe były na emeryturze lub rencie. Tylko jedna osoba, która wzięła udział w badaniu była bezrobotna.

Tabela 3. Stan cywilny, wykształcenie i status na rynku pracy osób z zaburzeniami hazardowymi.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi	Stan cywilny						
	Zamężna/ Zamężny	W związku nieformalnym	W separacji	Rozwiedziona/ Rozwiedziony	Wdowa/ Wdowiec	Panna/ Kawaler	Brak danych
	Liczby	13	5	0	3	0	8
Odsetki	43	17	0	10	0	27	3
Wykształcenie							
	Podstawowe	Gimnazjum	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe licencjat	Wyższe magisterium	
Liczby	0	0	3	9	9		9
Odsetki	0	0	10	30	30		30
Status na rynku pracy							
	Zatrudniony	Własna działalność gospodarcza	Bezrobotny	Emeryt	Renta	Student	Urlop macierzyński/wychowawczy
Liczby	20	7	1	1	1	0	0
Odsetki	67	23	3	3	3	0	0

Wśród badanych dominowali gracze korzystający z automatów i kasyn, co trzeci badany do uprawiania hazardu wykorzystywał Internet oraz grał w karty prywatnie poza kasynem i Internetem. Małą popularnością wśród respondentów cieszyły się loterie sms oraz zakłady na wyścigach konnych lub psów, jak również obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim bez wykorzystywania do tego celu Internetu. Respondenci dość intensywnie grali w gry losowe takie jak Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”. Około 30% badanych uprawiała ten rodzaj hazardu ze średnią intensywnością, a niecałe 20% z dużą intensywnością.

Tabela 4. Formy uprawiania hazardu oraz intensywność grania – w liczbach.

Forma uprawiania hazardu																
Skala (0 oznacza, że w ogóle nie uprawiał, a 5 że uprawiał intensywnie)	Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherski m (poza Internetem)	Zagregowa ne dane ²	Gry losowe: Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”, itp.	Zagreg owane dane	Loterie SMS	Zagregowa ne dane	Granie na maszyn ach typu “Jednor ęki Bandyt a” i automat ach	Zagreg owane dane	Obstawianie zakładów na wyścigach konnych, psów lub w obstawianie wyniku walk psów lub innych zwierząt	Zagregowa ne dane	Uprawianie hazardu w kasynie, np. ruletka, karty	Zagregowa ne dane	Karty prywatnie (poza kasynem i Internetem)	Zagregowa ne dane	Gry i zakłady w Internecie	Zagreg owane dane
0	16		8		22		9		23		10		13		14	
1	6	22	7	15	5	27	3	12	2	25	4	14	4	17	3	17
2	3		7		2		1		2		0		0		0	
3	0	3	3	10	1	3	1	2	1	3	0	0	4	4	3	3
4	1		0		0		2		1		0		5		2	
5	4	5	5	5	0	0	14	16	1	2	16	16	4	9	8	10

² (0,1 - nie uprawiał lub uprawiał z małą intensywnością; 2-3 – uprawiał hazard ze średnią intensywnością; 4-5 intensywnie uprawiał hazard)

Blisko połowa respondentów nie potwierdzała innych zaburzeń, a ok ¼ przyznała współwystępowanie kilku zaburzeń. Wśród pozostałych trzy osoby potwierdzały uzależnienie od alkoholu, trzy – od tytoniu, a dwie depresję.

U pięciu respondentów oprócz zaburzeń hazardowych występowały trzy dodatkowe zaburzenia. Jeden respondent oprócz zaburzeń hazardowych miał rozpoznanie czterech innych współwystępujących zaburzeń – uzależnienia od tytoniu, depresji, zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych

Tabela 5. Zaburzenia współwystępujące.

Inne zaburzenia współwystępujące	Liczby	Odsetki
Uzależnienie od alkoholu	3	10
Uzależnienie od tytoniu	3	10
Depresja	2	7
Nie rozpoznano innych zaburzeń	13	43
Kilka współwystępujących zaburzeń	8	27
Brak danych	1	3

Wśród profesjonalistów zajmujących się pomocą osobom z zaburzeniami hazardowymi dominowały kobiety, stanowiły one 70% respondentów. Najwięcej kobiet było w grupie lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz wśród pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej (odpowiednio 93% i 80%). W grupie lekarzy psychiatrów przeważali mężczyźni, którzy stanowili 60% respondentów. Średni wiek profesjonalistów wynosił około 43 lata, wahał się od 40 do 44 lat w zależności od grupy. Najmłodszą grupę stanowili terapeuci, z kolei najstarsi byli lekarze psychiatry. W grupie profesjonalistów osoby w wieku do 34 roku życia stanowiły niecałe 30% badanych, pozostali przekroczyli 34 lata. Zdecydowana większość badanych zamieszkiwała Warszawę, tylko nieliczni przedstawiciele poszczególnych profesji zamieszkiwali poza miastem.

Tabela 6. Charakterystyka socjodemograficzna poszczególnych grup profesjonalistów.

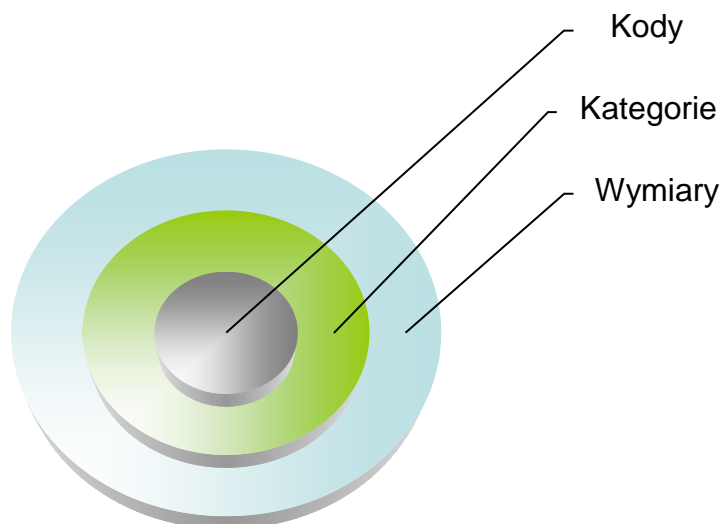
Grupa badanych	Wiek					Płeć		Miejsce zamieszkania	
	Osoby do 34 roku życia		Osoby powyżej 34 roku życia		Średni wiek badanych	Kobiety	Mężczyźni	Warszawa	Poza Warszawą
	Liczby	Odsetki	Liczby	Odsetki					
Pracownicy OPS	4	26,67	11	73,33	42,87	12	3	11	4
Lekarze POZ	5	33,33	10	66,67	43,67	14	1	15	0
Lekarze psychiatry	2	13,33	13	86,67	44,4	6	9	14	1
Terapeuci	5	33,33	7	46,67	40	10	5	14	1

Analiza danych

W trakcie prowadzenia badań jakościowych uzyskuje się na ogół znaczną ilość danych. Selekcji i redukcji uzyskanych danych dokonuje się przez odpowiednie ich kodowanie. Miles i Huberman (1994) rozróżniają dwa poziomy kodowania. Pierwszy polega na przypisaniu kodów do określonych części tekstu. Na drugim poziomie kodowania badacz podsumowuje kody oraz dokonuje ich agregacji w postaci zbiorów znaczeń w zależności od tematu, do którego się odnoszą. Sensowność kodów lub kategorii zależy od przyjętego celu badania i postawionych pytań badawczych. Innym sposobem kodowania stosowanym w badaniach jakościowych jest zaproponowana przez Straussa i Corbina (2007) metoda kodowania otwartego (open coding), horyzontalnego (axial coding) i selektywnego (selective coding). Ta trzystopniowa metoda kodowania pochodzi z doświadczeń stosowania teorii ugruntowanej i polega na głębokim wniknięciu w sens analizowanych jednostek mowy, znaczeń oraz asocjacji i kontekstów poprzez stosowanie trzech „filtrów” redukujących pierwotną złożoność i różnorodność zgromadzonych danych.

Analizy wywiadów dokonano ręcznie, nie wykorzystano do niej żadnego oprogramowania. Każdy wywiad był analizowany oddzielnie przez dwóch badaczy Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Pierwszym etapem było przeczytanie całego tekstu i zrobienie na marginesie notatek, które stanowiły kody (kodowanie otwarte). Następnie dokonano kodowania selektywnego, co pozwoliło na ograniczenie liczby kodów do tych, które były interesujące z perspektywy założonych celów badania. W kolejnym etapie analizy, zagregowano kody do odpowiadających im kategoriom tematycznym, które z kolei zagregowano do wymiarów analitycznych stanowiących szersze kategorie.

Rysunek 1. Schemat analizy danych.



3. ANALIZA OFERTY LECZENIA ZABURZEŃ HAZARDOWYCH W PLACÓWKACH AMBULATORYJNYCH NA TERENIE WARSZAWY

Ankietę odesłało 20 placówek (odsetek zwrotu ankiet 38%), jednak analiza oferty leczenia zaburzeń hazardowych obejmuje dane pochodzące z 13 placówek. Spośród wszystkich placówek, które odesłały ankietę, siedem nie zajmuje się leczeniem tego zaburzenia. Połowa placówek, które odesłały ankietę to poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, 25% stanowią poradnie zajmujące się zarówno terapią uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, narkotyków i innych zaburzeń (hazard, leki, Dorosłe Dzieci Alkoholików, Dorosłe Dzieci Narkomanów). Pozostałe ankiety pochodzą ze szpitala psychiatrycznego, ośrodka rehabilitacyjnego dla narkomanów, punktu konsultacyjnego, poradni rodzinnej i poradni profilaktyki środowiskowej.

W 18 placówkach leczy się uzależnienie od alkoholu, a w 10 uzależnienie od narkotyków, w tym uzależnienie od leków. Uzależnienie mieszane od alkoholu i narkotyków leczone jest prawie we wszystkich poradniach. Zaburzenia hazardowe leczone są w 13 instytucjach. Oprócz tego w placówkach, do których przesłano ankietę podejmuje się terapię innych uzależnień behawioralnych. W przypadku jednej placówki podjęcie leczenia z powodu zaburzeń hazardowych jest uwarunkowane współwystępowaniem uzależnienia od alkoholu.

W ankiecie do placówek pytano na ile ważne są takie cele leczenia jak pełna abstynencja od hazardu, ograniczenie grania, zamiana wzoru grania, poprawa jakości życia oraz ograniczenie problemów finansowych. W ankiecie było również miejsce na opis innych celów leczenia przyjmowanych w ramach terapii.

Najważniejszymi celami leczenia przyjmowanymi w większości placówek leczenia zaburzeń hazardowych jest utrzymywanie abstynencji oraz poprawa jakości życia. Ograniczenie grania było istotnym celem terapii w pięciu placówkach, a ograniczenie problemów finansowych w trzech. W żadnej placówce głównym celem nie była zmiana wzorów grania, choć 10 instytucji dostrzega potrzebę takiego celu. Tylko w jednej placówce w ogóle nie zakładano wyznaczania takiego celu. W dwóch placówkach celem leczenia była również motywacja do zmiany zachowania oraz poprawa relacji rodzinnych.

Tabela 7. Cele leczenia w placówkach (liczba placówek).

Cele leczenia ³										
Cele	Najważniejszy cel leczenia		Średnio ważny cel leczenia		Mało ważny cel leczenia		Brak danych		Nie ma takiego celu	
	Liczba placówek	Odsetek	Liczba placówek	Odsetek	Liczba placówek	Odsetek	Liczba placówek	Odsetek	Liczba placówek	Odsetek
Abstynencja	8	62	1	8	4	31	0	0	0	0
Ograniczenie grania	5	38	4	31	1	8	1	8	2	15
Zmiana wzoru grania	0	0	7	54	3	23	2	15	1	8
Poprawa jakości życia	8	62	4	31	1	8	0	0	0	0
Ograniczenie problemów finansowych	3	23	6	46	3	23	1	8	0	0
Inne, jakie?	Motywacja do zmiany		Poprawa relacji rodzinnych							

We wszystkich 13 placówkach wykorzystywano w leczeniu zaburzeń hazardowych podejście behawioralno-poznawcze. Dialog motywujący stosowano w 8 placówkach, a krótkie interwencje, które zawierają w sobie elementy dialogu motywującego – w pięciu. Pozostałe podejścia, takie jak podejście behawioralne, poznawcze, filozofia 12 kroków oraz farmakoterapia wymieniane były przez trzy placówki każde. Kilka placówek prowadziło terapię z wykorzystaniem podejścia integracyjnego.

Tabela 8. Podejścia terapeutyczne wykorzystywane w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi.

Podejście terapeutyczne wykorzystywane w leczeniu	Liczba placówek	Odsetek
Podejście behawioralne	3	23
Podejście poznawcze	3	23
Podejście behawioralno – poznawcze	13	100
Krótkie interwencje	5	38
Filozofia 12 kroków	3	23
Dialog motywujący	8	62
Farmakoterapia	3	13

Wszystkie placówki zajmujące się leczeniem zaburzeń hazardowych, które przesłały ankietę są czynne od poniedziałku do piątku, spośród nich dwie są dodatkowo czynne w sobotę i niedzielę. Na ogół czas działalności placówki prowadzącej leczenie w formie ambulatoryjnej rozciągnięty jest na cały dzień (od 8:00 do 20:00), a zdarzają się takie, które prowadzą leczenie również w godzinach

³ Cele leczenia zostały uszeregowane w kolejności, nadając im numery od 1 do 6, gdzie 1 oznacza najważniejszy a 6 najmniej ważny cel leczenia; 9 nie ma takiego celu. Zagregowano odpowiedzi - 1-2 najważniejszy cel leczenia, 3-4 średnio ważny cel leczenia, 5-6 mało ważny cel leczenia.

wieczornych (do 22:00). Oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od narkotyków, gdzie leczone są także osoby z zaburzeniami hazardowymi świadczy usługi od 17:00 do 13:00.

W placówkach świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi zatrudnieni są na ogół lekarze psychiatry, psycholodzy/psychoterapeuci oraz terapeuci uzależnień. Większość placówek nie współpracowała z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalności, pielęgniarkami czy innego rodzaju pracownikami medycznymi, socjoterapeutami i terapeutami zajęciowymi oraz pracownikami socjalnymi. Tylko w jednej placówce zatrudniony był lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz trzech lekarzy innych specjalności (nie podano jakich). Pielęgniarki były zatrudnione łącznie w trzech placówkach. Zdarza się, że placówki współpracują z prawnikiem, dietetykiem oraz zatrudniają pracowników recepcji i administracji.

Tabela 9. Specjaliści zatrudnieni w placówkach leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi.

Specjaliści	Liczba placówek zatrudniających specjalistów i liczba etatów w placówkach	Liczba specjalistów zatrudnionych w placówce					
		Brak specjalistów	1 specjalista zatrudniony w placówce	2 specjalistów zatrudnionych w placówce	3 specjalistów zatrudnionych w placówce	4 specjalistów w zatrudnionych w placówce	5 i więcej specjalistów w zatrudnionych w placówce
Lekarze psychiatry	Liczba placówek zatrudniających lekarzy psychiatrów	2	6	1	2	1	1
	Liczba etatów w placówkach	0	0,85	0,9	1,87	1	7,6
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	Liczba placówek zatrudniających lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej	12	1	0	0	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	0,7	0	0	0	0
Lekarze innych specjalności	Liczba placówek zatrudniających lekarzy innych specjalności	12	0	0	1	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	0	0	Brak danych	0	0
Psycholodzy/psychoterapeuci	Liczba placówek zatrudniających psychologów/psychoterapeutów	1	4	0	2	1	4
	Liczba etatów w placówkach	0	1,3	0	4	Brak danych	5,25
Terapeuci uzależnień	Liczba placówek zatrudniających terapeutów uzależnień	1	1	1	1	5	4
	Liczba etatów w placówkach	0	Brak danych	Własna działalność gosp.	Brak danych	6,5	15,7

Specjaliści	Liczba placówek zatrudniających specjalistów i liczba etatów w placówkach	Liczba specjalistów zatrudnionych w placówce					
		Brak specjalistów	1 specjalista zatrudnionych w placówce	2 specjalistów zatrudnionych w placówce	3 specjalistów zatrudnionych w placówce	4 specjalistów zatrudnionych w placówce	5 i więcej specjalistów zatrudnionych w placówce
Pielęgniarki	Liczba placówek zatrudniających pielęgniarki	10	1	2	0	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	1	1	0	0	0
Inni pracownicy medyczni	Liczba placówek zatrudniających innych pracowników medycznych	13	0	0	0	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	0	0	0	0	0
Socjoterapeuci i /terapeuci zajęciowi	Liczba placówek zatrudniających socjoterapeutów /terapeutów zajęciowych	13	0	0	0	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	0	0	0	0	0
Pracownicy socjalni	Liczba placówek zatrudniających pracowników socjalnych	9	3	0	1	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	1,75	0	Brak danych	0	0
Wolontariusze	Liczba placówek zatrudniających wolontariuszy	11	1	1	0	0	0
	Liczba etatów w placówkach	0	Brak danych	Brak danych	0	0	0

Wszystkie placówki zajmujące się leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi, które przesłały wypełniony kwestionariusz świadczą usługę diagnozy uzależnienia od substancji psychoaktywnych i hazardu oraz prowadzą psychoterapię indywidualną. Większość placówek świadczy usługi konsultacji psychologicznych, psychoedukacji, psychoterapii grupowej oraz leczenia pacjentów z uzależnieniem mieszanym. Około $\frac{3}{4}$ placówek oferuje pacjentom konsultacje psychiatryczne oraz leczenie farmakologiczne. Połowa instytucji w swojej ofercie dla pacjentów ma diagnostykę psychiatryczną oraz prowadzi psychoterapię rodzinną i leczenie dla pacjentów z podwójną diagnozą. Placówki te prowadzą także działania z zakresu promocji zdrowia wśród klientów oraz pomagają im w znalezieniu mieszkania lub innego rodzaju zakwaterowania. Co trzecia zapewnia pacjentom pomoc prawną, a co czwarta placówka pomaga w znalezieniu pracy czy też organizuje inne konsultacje medyczne. Do świadczeń prowadzonych przez pojedyncze placówki można zaliczyć pomoc finansową dla pacjentów, pokrywanie kosztów podróży, wsparcie w kontynuowaniu nauki oraz organizację grup wsparcia. Żadna placówka nie świadczyła pomocy w zakresie edukacji zawodowej.

Tabela 10. Świadczenia dostępne w placówkach leczenia zaburzeń hazardowych.

Świadczenie	Liczba placówek świadczących usługi	Odsetek placówek świadczących usługi
Diagnoza uzależnienia od substancji psychoaktywnych	13	100
Diagnoza uzależnienia od hazardu	13	100
Psychoterapia indywidualna	13	100
Konsultacje psychologiczne	12	92
Psychoedukacja	12	92
Psychoterapia grupowa	11	85
Leczenie pacjentów z uzależnieniem mieszanym	11	85
Konsultacje psychiatryczne	10	77
Farmakoterapia	9	69
Diagnoza psychiatryczna	7	54
Promocja zdrowia	7	54
Psychoterapia rodzinna	6	46
Leczenie pacjentów z podwójną diagnozą	6	46
Pomoc w znalezieniu mieszkania/zakwaterowania	6	46
Pomoc prawna	4	31
Konsultacje medyczne	3	23
Pomoc w znalezieniu pracy	3	23
Pomoc finansowa	2	15
Pokrycie kosztów podróży	2	15
Pomoc w kontynuowaniu nauki	2	15
Grupy samopomocowe dla innych form uzależnienia	2	15
Grupy wsparcia dla hazardzistów	2	15
Grupy wsparcia dla rodzin hazardzistów	1	8
Edukacja zawodowa	0	0

W ¼ placówek pacjent aby móc skorzystać z usług musi podać swoje imię i nazwisko. W podobnym odsetku placówek leczenie prowadzone jest bez opłat. W przypadku jednej placówki leczenie jest darmowe, kiedy poradnia ma na nie zewnętrzne finansowanie, na przykład z grantu. Około 30% placówek prowadzi listę oczekujących na oferowane świadczenia, na przykład oczekiwanie na przyjęcie na oddział dzienny i leczenie stacjonarne, na terapię indywidualną i rodzinną, na konsultację psychiatryczną. Z wywiadów indywidualnych z pacjentami wynika, że czas oczekiwania na leczenie wynosi około dwóch tygodni od momentu zgłoszenia.

Placówki świadczące pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi, jeśli już podejmują współpracę z innymi instytucjami, najczęściej są to inne instytucje, które prowadzą leczenie. Wśród nich znajdują się najczęściej oddziały detoksykacyjne w szpitalach psychiatrycznych, wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia oraz inne poradnie. Połowa placówek, które deklarowały jakkolwiek współpracę międzyinstytucjonalną, współpracuje z Ośrodkami Pomocy Społecznej, co trzecia placówka współpracuje z instytucjami świadczącymi pomoc osobom bezdomnym (np. schroniska i noclegownie z terenu Warszawy) oraz z kuratorami, a co czwarta współpracuje z Urzędem Miasta Warszawy. Placówki marginalnie współpracują z organizacjami pozarządowymi, szkołami (podstawowymi, gimnazjami, ponadgimnazjalnymi), zakładami opieki zdrowotnej, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, kancelarią prawną oraz wspólnotami Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów.

Niestety z ankiety nie wynika jaka jest częstotliwość współpracy placówek leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi z innymi instytucjami.

Do około ¼ placówek pacjenci są kierowani z innych instytucji. Najczęściej do placówki trafiają pacjenci z innych instytucji świadczących pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi (oddziałów dziennych, poradni zdrowia psychicznego, oddziałów detoskacyjnych) oraz z instytucji świadczących pomoc osobom bezdomnym. Do co czwartej placówki trafiały osoby, które były kierowane z instytucji wymiaru sprawiedliwości (zakładu karnego, sądu, policji) oraz ze szkoły. Do placówek rzadko trafiają pacjenci kierowani przez Ośrodki Pomocy Społecznej, kuratorów, organizacji pozarządowych czy też innych instytucji z sektora ochrony zdrowia (szpitale, Zakłady Opieki Zdrowotnej) oraz Punktu Informacyjno Konsultacyjnego i Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Programy terapeutyczne dla osób z zaburzeniami hazardowymi

Do wszystkich placówek, które w kwestionariuszu zadeklarowały leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi skierowano prośbę o przesłanie programów terapeutycznych skierowanych do tej grupy wykorzystywanych w placówce. Poinformowano o celu zbierania programów, jakim było przeprowadzenia analizy oferty terapeutycznej w Warszawie oraz identyfikacja podobieństw i różnic w ofercie warszawskich placówek.

Informacje zwrotną uzyskano jedynie z trzech placówek. W dwóch placówkach nie są realizowane specjalnie dedykowane programy dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Przedstawiciel jednej placówki nie chciał udostępnić programu, twierdząc że nie ma takiego zwyczaju.

4. DOŚWIADCZENIA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI W KONTAKTACH Z LECZNICTWEM UZALEŻNIEŃ – PERSPEKTYWA PACJENTÓW I PROFESJONALISTÓW

a) Przyczyny podejmowania leczenia

Osoby z zaburzeniami hazardowymi przez wiele lat nie zgłaszają się do leczenia, choć doświadczają negatywnych skutków związanych z uprawianiem hazardu. Decyzja o podjęciu leczenia podejmowana jest w momencie kiedy problemy dotyczą już wielu sfer życia, stają się na tyle poważne, że nie sposób ich dłużej lekceważyć, osoby uprawiające hazard nie są w stanie samodzielnie dłużej dźwigać ciężaru narastających problemów.

Myszę, że to jest różnie, ale ja akurat pracując mam do czynienia z osobami, które są naprawdę już w takim potężnym kryzysie, kiedy np. tracą pracę i tracą mieszkanie, albo tracą kontakt z rodziną, która już nie wytrzymuje długów i różnych wierzycieli, którzy zaczynają ich nachodzić - najczęściej to w takich sytuacjach, tak? Kiedy już się po prostu trochę wali ich całe życie. (TR2603_K_2⁴)

Jednak nawet wtedy, w opinii terapeutów, osoby z zaburzeniami hazardowymi rzadko zgłaszają się do leczenia same. Decyzja o rozpoczęciu leczenia podejmowana jest często pod naciskiem najbliższych: partnera lub rodziców, a więc jest to motywacja, która pochodzi z zewnątrz. Czasem

⁴ Sposób kodowania respondentów: TR – Terapeuta, H – Osoba z zaburzeniami hazardowymi, POZ – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, PS – lekarz psychiatra, OPS – Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej; M – Mężczyzna, K – Kobieta.

dochodzi do sytuacji kiedy rodzina izoluje osobę uprawiającą hazard, osoba uprawiająca hazard wyrzucana jest z domu lub partner grozi jej rozwodem, czy rozstaniem. Najczęściej dochodzi do tego kiedy rodzina jest już zmęczona problemami, których następcza domownikom osoba uprawiająca hazard lub kiedy problem, skrzętnie ukrywany przez długie lata, wychodzi na jaw. Motywem do podjęcia leczenia może również być poczucie winy wobec rodziny związane z nie wywiązywaniem się z ról ojca/matki i męża/żony, nie zapewnianiem poczucia bezpieczeństwa rodzinie.

Też w tamtym czasie byłem w związku z kobietą, mieliśmy dziecko no i tak naprawdę inaczej się wychowałem w życiu i nie mogłem patrzeć na to jak oni cierpią przeze mnie, przez to co się działo w naszym życiu, przez brak bezpieczeństwa. Taka jedna sytuacja była dosyć wstrząsająca dla mnie kiedy moje dziecko – mój syn stracił przytomność w domu. Wezwałem karetkę i właśnie ja byłem wtedy po takim wypadzie hazardowym, wróciłem bez pieniędzy do domu i to było dla mnie ciężkie do udźwignięcia, bardzo, na tamten moment. (H2204_M_1)

Najczęstszym powodem podjęcia leczenia wymienianym powszechnie zarówno przez same osoby dotknięte problemem jak i profesjonalistów są problemy finansowe związane z nie spłacaniem długów zaciągniętymi w bankach, u znajomych, rodziny, na czarnym rynku usług finansowych. Do tego dochodzi zadłużenie mieszkania i zagrożenie utratą dachu nad głową, wizyty wierzycieli i komornika w domu. Inne problemy, które wynikają z konieczności pozyskiwania pieniędzy na grę, to okradanie rodziny, defraudacje pieniędzy służbowych, wyprzedawanie rzeczy z domu.

Inna grupa problemów, które mogą stanowić motyw do podjęcia leczenia to problemy natury emocjonalnej, zaburzenia zdrowia psychicznego. Respondenci wspominali o depresji, próbach samobójczych, stanach lękowych, oraz o współwystępującym uzależnieniu od alkoholu. Wśród motywów dotyczących emocjonalnej warstwy funkcjonowania wymienione zostało doświadczenie bólu, cierpienia, lęku, strachu, wyrzutów sumienia, poczucia winy przez osoby z zaburzeniami hazardowymi.

Mają zespół depresyjny, czasami popełniają samobójstwa. To to jest perspektywa szpitala psychiatrycznego. To znaczy najpierw jest skutek, a potem się okazuje, że wyjściową przyczyną było uprawianie hazardu. (PS2301_M_1)

oni przychodzą pod tytułem depresja albo lęki, natomiast w toku rozmowy wychodzi to, o co w ogóle chodzi, oni nie przychodzą, pod tytułem, przyszedłem się leczyć z hazardu. (PS2304_M_2)

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej dodają do tej listy - dolegliwości psychosomatyczne, dla których trudno znaleźć przyczynę: bóle głowy, bóle brzucha.

zaburzenia snu, zaburzenia nerwicowe w wszelki sposób, zaburzenia somatyczne, zaburzenia nerwicowe, typu bezsenność, typu kołatania serca, typu ucisk, lęk, typu najróżniejsze zaburzenia somatyczne, np. bóle kręgosłupa. (POZ1604_K_2)

Same osoby z zaburzeniami hazardowymi mówiły o tym, że motorem do zmiany sytuacji życiowej było uświadomienie sobie, że hazard zawładnął ich życiem, że wszelkie decyzje podejmują pod kątem umożliwienia sobie uprawiania hazardu, że utracili kontrolę nad swoim zachowaniem i przekraczają granice, które wcześniej wydawały im się nie do naruszenia (np. okradanie rodziny). Jedna z kobiet zdecydowała się na leczenie, kiedy zdała sobie sprawę, że ograniczyła swoje potrzeby do minimum, po to by mieć więcej pieniędzy na granie. Niektórzy są w stanie uświadomić sobie sami, że mają

problem, inni poszukują instytucjonalnego potwierdzenia, przypuszczeń swoich lub rodziny, w postaci diagnozy specjalisty.

Jak widać wśród czynników sprzyjających podjęciu leczenia dominują naciski zewnętrzne. Chodzi tu głównie o presję rodziny w momencie głębokiego kryzysu finansowego, któremu mogą towarzyszyć problemy w obszarze zdrowia psychicznego i somatycznego. Ważnym motywem może być także uświadomienie sobie głębokości uzależnienia od hazardu.

b) Czynniki decydujące o wyborze placówki

Osoby poszukujące pomocy wiedzę o ofercie terapeutycznej pozyskują z Internetu oraz w trakcie spotkań grup Anonimowych Hazardzistów. Osoby poszukują nie tylko informacji o ofercie, ale też chcą poznać opinie o placówce czy konkretnym terapeutcie osób, które już korzystały z oferty leczniczej.

Zaczęło się od mitingów, w ogóle trafiłem na miting poprzez forum internetowe, a na mitingu już mi powiedzieli gdzie dalej, czyli jaki ośrodek, że są terapie otwarte, zamknięte i pierwszą terapię podjąłem w OTU Stare Juchy, to jest taki ośrodek. Tak jak mówiłem, terapia zamknięta, sześciotygodniowa, a kontynuowałem leczenie tutaj w Warszawie na [nazwa placówki-autorzy].
(H1504_M_1)

Często o wyborze placówki decydują względy praktyczne, takie jak odległość od miejsca zamieszkania, możliwość przychodzenia na terapię w godzinach popołudniowych, możliwość odbycia terapii bezpłatnie, atrakcyjność cen, długa obecność na rynku, kompleksowość oferty oraz doświadczenie w terapii osób z zaburzeniami hazardowymi. Ośrodki prywatne, jeśli są wybierane, to ze względu na lepsze warunki socjalne, większą gwarancję zachowania poufności oraz większą dostępność terapeuty.

O wyborze oferty może decydować znajomość rynku usług pomocowych. Pracownicy opieki społecznej podkreślali, że osoby lepiej zorientowane w możliwościach pozyskania opieki i leczenia będą szukały od razu pomocy w wyspecjalizowanych placówkach, po to by skrócić ścieżkę poszukiwania pomocy.

Również rodzaj doświadczanych problemów warunkuje wybór oferty. Według pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej z ich pomocy będą chciały skorzystać osoby charakteryzujące się mniejszą znajomością usług w obszarze pomocy psychologicznej, a także osoby doświadczające problemów finansowych. W opinii lekarzy pierwszej pomocy, wybór specjalisty, zależy od zdefiniowania przez pacjenta, co jest dla niego w tym momencie najbardziej palącym problemem. Jeśli są to dolegliwości somatyczne, to wybierany jest lekarz POZ a jeśli pacjent uzna, że jego wiodącym problemem jest uzależnienie, to trafia do psychologa lub psychiatry.

Podkreślano również, że w praktyce możliwość wyboru jest ograniczona, przez to, że oferta kierowana do osób z zaburzeniami hazardowymi jest dość skąpa. Często więc osoby te podejmują leczenie w placówkach, w których akurat jest miejsce, po to by zbyt długo nie czekać na podjęcie terapii.

Kilka osób zwróciło uwagę na znaczenie pierwszego kontaktu z placówką jako rozstrzygającego o tym, czy zostanie ona wybrana.

Pierwszy kontakt, to jest w ogóle kluczowe. Ten pierwszy kontakt, że, nie wiem, przyszedłem i coś mnie zatrzymało, nie zniechęciło mnie. Czyli zarówno pierwszy kontakt pod tytułem: „Przyszedłem i z kimś rozmawiam twarzą w twarz”, jak i pierwszy kontakt pod tytułem: „Dzwonię”. I to jest bardzo istotne. Ja już zakładam, że dzwonię w parę miejsc i wybieram. Też może być też tak, że dzwonię do jednej i mnie zatrzymują. (TR2603_K_1)

Trzeba zauważyć, że częstą sytuacją jest, kiedy to nie sama osoba zainteresowana poszukuje informacji o dostępnej ofercie i dokonuje wyboru placówki, ale wyboru miejsca leczenia dokonuje partner życiowy lub ktoś z najbliższej rodziny. Wiąże się to także czasem z podjęciem przez te osoby zobowiązania do uiszczania opłaty za leczenie. Inny przypadek, to kiedy pacjent jest kierowany do konkretnej placówki przez lekarza, terapeutę, czy pracownika pomocy społecznej.

Główne źródła wiedzy na temat placówek oferujących terapię dla osób z zaburzeniami hazardowymi stanowią Internet oraz opinie znajomych, którzy korzystali bądź korzystają z usług terapeutycznych. Wybór oferty leczniczej determinowany jest przez znajomość oferty różnych placówek, dostępność fizyczną placówki, kompleksowość świadczonej oferty, doświadczenie placówki w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi, jakość pierwszego kontaktu z placówką, a także definicji, który problem według osoby poszukującej pomocy jest wiodący. Częstą sytuacją jest, że to ktoś z rodziny dokonuje wyboru placówki. Trzeba jednak podkreślić, że w sytuacji kiedy oferta dla osób z zaburzeniami hazardowymi nie jest rozbudowana, możliwość wyboru jest ograniczona.

c) Leczenie

i) Oferta pomocy

Oferta pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi jest zróżnicowana w zależności od profilu placówki, którą reprezentowali respondenci. Na stosunkowo najskromniejszą ofertę mogą liczyć osoby zgłaszające się do lekarzy pierwszego kontaktu. W przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, żaden z nich nie miał wśród swoich pacjentów osoby, o której wiedziałby, że cierpi na zaburzenia hazardowe. W większości przypadków lekarze POZ swoją rolę widzą w skierowaniu pacjenta do opieki specjalistycznej, głównie do psychologa lub psychiatry. Sami nie czują się zbyt kompetentni w temacie uzależnienia od hazardu. Lekarze POZ deklarują, że ich pomoc może polegać na zmotywowaniu do leczenia oraz wskazaniu miejsca, w którym można otrzymać pomoc specjalistyczną.

Lekarze psychiatry różnią się doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Część z nich nigdy takiego pacjenta nie leczyła. Lekarze psychiatry oferują postawienie diagnozy, ale w zależności od ich kompetencji jest to diagnoza o różnym stopniu zaawansowania: od wstępnej diagnozy/rozpoznania po kompleksową diagnozę uzależnienia (obejmującą również współchorobowość), pomoc w zakresie problemów psychiatrycznych: depresja, zaburzenia zachowania, myśli samobójcze, trudności w relacjach interpersonalnych oraz skierowanie do poradni odwykowej. Część lekarzy psychiatrów musiałoby poszukać odpowiedniej placówki w bazie danych, a część zna konkretne placówki lub terapeutów i współpracuje z nimi.

Dość szeroką ofertą dysponują ośrodki pomocy społecznej. Nie są to jednak placówki, do których zgłaszają się osoby z zaburzeniami hazardowymi, stąd jest to oferta raczej nie wykorzystywana przez

tę grupę klientów. Przyczyny tej sytuacji będą omówione w rozdziale poświęconym barierom w dostępie do leczenia.

Wśród działań składających się na ofertę OPS-ów respondenci wymienili przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym OPS-Y stwarzają możliwość uzyskania pomocy finansowanej oraz pomocy w znalezieniu pracy.

Stosunkowo najwięcej do zaoferowania osobom z zaburzeniami hazardowymi mają ośrodki leczenia uzależnień. W zależności od placówki istnieje możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej i stacjonarnej, indywidualnej i grupowej. Terapię poprzedza postawienie diagnozy. Oferowana przez ośrodki terapia w głównej mierze opiera się na założeniach terapii behawioralno-poznawczej lub czerpie z filozofii 12 kroków. Celem leczenia jest utrzymywanie abstynencji.

Tak naprawdę programy leczenia oparte są na tym samym, ale jedne bardziej idą w jakiś system oddziaływań poznawczo – behawioralnych, inne w programy Minnesoty, czy że to wszystko jest jakoś łączone. (...) No bo... na tym uzależnieniu to jest tak naprawdę te pierwsze miesiące pracy tak czysto poznawczo-behawioralnie, no a później otwierają się płaszczyzny do dalszej pracy psychoterapeutycznej już tak naprawdę. (TR705_K_1)

W niektórych placówkach istnieje również możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym

Mamy prawnika również tutaj. Często korzystają z pomocy prawnej prawnika, takiej pomocy, za którą nie płacą. (...) tak średnio cztery osoby, pięć osób w czasie dyżuru. On pracuje chyba od 16 w poniedziałki, więc te osoby gdzieś tam są zazwyczaj. Są to hazardziści częściej na pewno niż osoby uzależnione od substancji, dlatego że tam są duże straty finansowe i są problemy właśnie; banki, długi kredyty, więc prawnik jest tutaj w stanie naprawdę pomóc trochę (TR705_K_1)

Jest też na miejscu pracownik socjalny, więc też mogą korzystać z jego pomocy. Natomiast zdecydowanie rzadziej korzystają z pomocy pracownika socjalnego. Z pomocy prawnika często. (TR705_K_1)

Również tylko niektóre placówki proponują swoim pacjentom udział w warsztatach, które dotyczą szeroko rozumianych kompetencji społecznych, pozwalają uzyskać pogłębiony wgląd w źródła doświadczanych problemów. Warsztaty zwykle organizowane są w dni wolne od pracy.

Mamy warsztatów sporo i zawsze te warsztaty są wypełnione osobami, pacjentami, także to wskazuje na to, że oni chcą korzystać z nich i chwalą sobie bardzo warsztaty. Często jest tak, że jak wezmą udział w jednym to chcą kolejne, kolejne i kolejne i być w tym jakoś tam, jeszcze bardziej, głębiej nad sobą pracować także to zachęca. (TR705_K_1)

W zasadzie osoby z zaburzeniami hazardowymi leczone są w tych samych grupach, co osoby z innymi uzależnieniami, głównie od alkoholu. Związane jest to z jednej strony z przeświadczeniem, że mechanizmy uzależnień są uniwersalne, a z drugiej z tym, że z powodu niewielkiej zgłaszalności do leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi trudno utworzyć grupę przeznaczoną wyłącznie dla nich.

Podsumowując, osoby z zaburzeniami hazardowymi nie poszukują wcale lub poszukują rzadko pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, w lecznictwie psychiatrycznym, a także w ośrodkach

pomocy społecznej. O ile w przypadku dwóch pierwszych rodzajach instytucji oferta nie jest zbyt bogata, o tyle OPS-y deklarują dość szeroki wachlarz usług, między innymi przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym jest możliwość uzyskania pomocy finansowanej oraz pomoc w znalezieniu pracy. W placówkach leczenia uzależnień pacjent ma możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej bądź stacjonarnej, indywidualnej lub grupowej. Oferta ta w niektórych przypadkach jest uzupełniona o możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym, warsztatów rozwoju osobistego.

ii) Oferta pomocy post-terapeutycznej

Jeżeli chodzi o opiekę post-terapeutyczną, to oferta w tym zakresie jest dość ograniczona. Pacjenci w zależności od poradni mogą liczyć na kontakt z terapeutą lub poradnią w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej.

M⁵: - A myślał pan już co po terapii będzie?

- No właśnie. Grupa wsparcia, siatka wsparcia przede wszystkim, i meetingi i trzeba żyć.

M: - A nie będzie panu brakowało tej terapii?

- Będzie i ja będę tam się na pewno pojawiać, bo to nie jest tak, że my kończymy terapię i nie możemy się pojawiać, tylko w każdym momencie, sygnalizując spotkania indywidualne, możemy normalnie przyjeżdżać i spotykać się, rozmawiać co się dzieje w życiu. (H0806_M_1)

Dość powszechnie po zakończeniu terapii rekomenduje się osobom z zaburzeniami hazardowymi udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, gdzie otrzymują wsparcie w utrzymaniu abstynencji. Osoby kończące leczenie mogą czasem również liczyć na udział w warsztatach dotyczących radzenia sobie z trudnymi emocjami i innymi kwestiami ważnymi ze względu na dobre funkcjonowanie społeczne.

Bo terapia się kończy w pewnym momencie, są warsztaty tematyczne, które człowiek może sobie wybrać, np. ja mam problem ze złością, drugi ma z nawrotami, trzeci ma inny i dobrze by było, żeby sobie wybrać tematyczne dla siebie, więc... ale najważniejszy dla mnie jest program 12 kroków, najbardziej mi pomaga program. (H1704_M_2)

Na ofertę post-terapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi, składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego.

iii) Pomoc pozamedyczna

Osoby z zaburzeniami hazardowymi, oprócz szukania pomocy, czy podejmowania leczenia w specjalistycznych placówkach, poszukują również pomocy poza systemem lecznictwa. Dość powszechne jest korzystanie z grup Anonimowych Hazardzistów, po zakończeniu terapii by utrzymać jej pozytywne efekty, a w okresie oczekiwania na terapię, by podtrzymać motywację do leczenia. Udział w grupach jest często rekomendowany przez lekarza czy terapeutę jako oferta uzupełniająca.

⁵ M - Moderator

Osoby uczestniczące w grupach chwalą sobie możliwość spotkania ludzi z podobnymi doświadczeniami oraz wymiany informacji. Część osób zwraca się w kierunku religii, czy ruchów duchowych. Jest to głównie religia katolicka, ale jeden z respondentów wymienił buddyzm.

Dużą pomoc okazało mi środowisko buddyjskie, czy też zmiana troszkę myślenia, światopoglądu. Ja jestem ateistą, niewierzącym w Boga. Jednak buddyzm dawał pewne rozwiązania takie rozsądniejsze wydawałoby mi się, gdzie czułem, i czuję nadal rzeczywiście, że daje mi możliwość nie grania, zmiany w ogóle. Ja muszę i chcę pracować nad sobą. Ale buddyzm bardzo dużo... buddyzm, mityngi i właściwie wszystko z takich alternatyw. (H2404_M_1)

Część osób upatruje szansy na powrót do zdrowia w niekonwencjonalnych metodach leczniczych, np. bio- rezonansie, czy homeopatii.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi powszechnie poszukują pomocy w Internecie. Jest on podstawowym źródłem pozyskiwania informacji o programach terapeutycznych, placówkach, naturze uzależnienia, ale również pozwala poznać opinie innych na temat konkretnych placówek, czy terapeutów. Na forach internetowych istnieje możliwość wymiany doświadczeń, czy uzyskania wsparcia.

Dość intensywnie czytałem to forum dla hazardzistów, czasami posty umieszczałem na tym forum i to też było takie pomocowe, że mogę gdzieś dostać pomoc, wyrzucić z siebie parę rzeczy i to też fajna rzecz była. Także fora i czytanie też, szukanie pomocy gdzie coś się dzieje. (H1505_M_3)

Innym źródłem informacji są audycje w radio i telewizji poświęcone problematyce uzależnień, a także telefony zaufania.

Jest „12-ty krok” audycja w telewizji Republika, też „12-ty krok” Rafała Porzezińskiego, w Plusie kiedyś była taka audycja Jacka Racięckiego i wiem, że to dużo ludzi... przynajmniej mi to pomogło, bo ja często tego słuchałem i wiem, że dużo osób słucha tych audycji. Fajnie, że coś takiego jest (H1505_M_3)

Również znajomi, osoby poznane na spotkaniach Anonimowych Hazardzistów mogą stanowić krąg oparcia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują radzić sobie z problemem bez wsparcia instytucjonalnego. Zdarza się, że podejmują próby samodzielnego przezwyciężenia nałogu, a jeden z lekarzy psychiatrów zwrócił uwagę na próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi poszukują pomocy również poza systemem leczenia. Biorą udział w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, szukają wsparcia w ruchach religijnych, czerpią informacje z audycji radiowych i telewizyjnych, korzystają z telefonów zaufania oraz forów internetowych. Zdarzają się próby samodzielnego przezwyciężenia problemu, a także próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

5. BARIERY I UŁATWIENIA W DOSTĘPIE DO OFERTY PLACÓWEK LECZENIA UZALEŻNIEŃ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

a) Bariery w dostępie do leczenia i uzyskiwaniu pomocy

Zidentyfikowane w ramach badania bariery można podzielić na psychologiczne i strukturalne i właśnie w takim podziale zostaną omówione poniżej.

i) Bariery psycho-społeczne

Bariery do podjęcia leczenia mogą wynikać z wymogów terapeutycznych, które są trudne do zaakceptowania dla potencjalnego pacjenta. Wiele osób odczuwa strach i niechęć do opowiadania grupie praktycznie obcych osób o swoich problemach, uczuciach, czy doświadczeniach. Świadomość, że będzie się tego od nich oczekiwać może stanowić czynnik powstrzymujący przed podjęciem terapii. Inną barierą może być obawa przed zmierzeniem się ze swoimi problemami, konieczność przyznania się przed samym sobą i bliskimi, że jest się osobą uzależnioną i odczuwany w związku z tym wstyd.

To wie Pan co... no element wstydu funkcjonuje przy każdym uzależnieniu, przy każdym uzależnieniu. No wie Pan - to jest tak, że często ludzie całe lata piją, biorą narkotyki, grają, i kiedy to się dzieje, to też ten wstyd oczywiście pojawia się w różnych sytuacjach. Natomiast pójdzie na leczenie, no, wiąże się jeszcze z zupełnie innym wstydem, nie? Bo kiedy decyduję się na leczenie, no to już jakby przyznaję się do problemu, do którego przez całe lata nie chcę się przyznać, nie? I tutaj to już tak naprawdę nawet nie w kategoriach, że ktoś będzie mnie oceniał czy jakoś tam zwracał na to uwagę, tylko taki wstyd przed samym sobą: „kurde, to jednak jestem hazardzistą, muszę się iść leczyć”, nie? (TR2703-M_1)

Przed podjęciem leczenia mogą powstrzymywać przekonania na temat doświadczanych problemów. Jedno z nich dotyczy tego, że hazard nie jest czymś od czego można się uzależnić, a to czego doświadczają nie jest chorobą i w związku z tym nie wymaga leczenia.

Na mityngach dla AH dowiedziałem się też o tym, że to uzależnienie, to jest choroba, a nie jakiś tam... takie jakie miałem przekonanie, że to coś jest ze mną nie tak, że głupi, itd., nie będę się tutaj wyrażał. (H1504_M_1)

Inne przekonanie dotyczy możliwości samodzielnego przezwyciężenia uzależnienia

Wewnętrzna trudność to jest taka, jak u każdej osoby uzależnionej: "poradzę sobie sam", takie przekonanie - "dam sobie sam radę", "jakoś to będzie". Kiedyś na grupie nazywaliśmy trzy największe oszustwa osób uzależnionych. Pierwsze to jest właśnie "jakoś to będzie", drugie - "poradzę sobie sam", a trzecie - "od jutra nie piję/nie gram/nie biorę". To postanowienia, które nigdy się nie spełniają - nie mają szansy na to, dlatego terapia uzależnienia jest zorientowana wobec terapii grupowej, że to jest właśnie wzajemna pomoc sobie nawzajem - to taka wewnętrzna trudność. (TR1902_K_1)

W przypadku osób z zaburzeniami hazardowymi brak własnej motywacji do podjęcia leczenia jest barierą. Zwykle osoby te nie widzą konieczności podjęcia leczenia, nie robią tego z własnej woli, ale działają pod presją rodziny.

Niektóre formy leczenia, czy opieki związane są z większym poczuciem stygmatyzacji. Przed podjęciem leczenia w opiece psychiatrycznej powstrzymuje osoby z zaburzeniami psychicznymi

wstyd, obawa przed utożsamieniem z osobą chorą psychicznie. Z kolei korzystanie z pomocy społecznej może się wiązać z poczuciem kompletnej klęski życiowej, gdyż w powszechnej świadomości z usług tej instytucji korzystają osoby zupełnie nieprzystosowane, biedne, bez perspektyw na przyszłość.

Bariery psycho-społeczne do podjęcia leczenia obejmują niechęć do opowiadania o swoich doświadczeniach, a także obawę przed koniecznością przyznania się przed samym sobą i bliskimi, że jest się osobą uzależnioną. Większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie widzi potrzeby podjęcia leczenia. Możliwe powody to kojarzenie uzależnień jedynie z substancjami psychoaktywnymi, a także wiara w możliwość samodzielnego przezwyciężenia problemu. Leczenie w lecznictwie psychiatrycznym i korzystanie z pomocy społecznej mogą się wiązać z większym poczuciem stygmatyzacji niż korzystanie z innych form pomocy.

ii) Bariery strukturalne

Najwięcej barier w dostępie do pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi związanych jest jednak z samym systemem i organizacją tej pomocy. Przede wszystkim zauważono, że zbyt mało placówek ma ofertę kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi. Osoby poszukujące pomocy trafiają do placówek leczących uzależnienia, ale ich oferta często jest postrzegana jako nieadekwatna, nie spełniająca potrzeb osób z zaburzeniami hazardowymi, zbyt ukierunkowana na uzależnienie od alkoholu.

- Jeżeli nie było ofert dla hazardzistów, to byłyby to wspólne grupy kiedyś z uzależnionymi od alkoholu. I myślę, że hazardziści wypadali z tych grup.

M:- Dlaczego tak się działo?

- Bo się nie identyfikowali z grupą. To znaczy to, co ja wiem jeśli chodzi o młodzież i o komputer, że robiliśmy wspólne grupy dla tych i dla ludzi uzależnionych od substancji i zawsze dzieci i rodzice dzieci uzależnionych od komputera czuli, że są lepsi niż rodzice, dzieci uzależnionych od alkoholu. W związku z tym jeżeli oni są lepsi, to nie czuli takiej potrzeby zmian. I przepuszczam, że to podobnie może się dziać w tych grupach. (TR2603_K_1)

Oni często też mówią - dla nich to jest ważne - jak się z nimi pracuje np. grupowo, to żeby tam były podawane jednak przykłady dotyczące tylko hazardu, że jeśli są wymieszane te osoby z innymi uzależnieniami, to często się pracuje - tylko alkohol, alkohol... czy tam picie - i oni muszą sobie tą pracę sami jakoś tam wykonywać no, przekładać, więc myślę, że to mogłoby mieć znaczenie, że się ten hazard też traktuje na równi z innymi. Ale to dopiero w trakcie najczęściej się okazuje, także np. oni o tym mówią, że to im czasami przeszkadza w pracy na grupie na przykład.... (TR2603_K_2)

Wielu respondentów zwracało też uwagę na długi czas oczekiwania na terapię i na związaną z tym trudność w wytrwaniu w decyzji o podjęciu leczenia.

Ten czas oczekiwania to dla mnie to było jak dwa lata, bo ja chciałam, natychmiast pomocy. Pewnie gdybym się upierała i powiedziała, że jestem na ciężkich emocjach i potrzebuję już z kimś porozmawiać, no to pewnie by mnie tam gdzieś upchnęli, bo wiem, że takie sytuacje były, i zdarzały się, i rzeczywiście idą na rękę, gdzieś tam upychają pomiędzy pacjentów. Natomiast ja w tej swojej takiej, nie wiem czy to jest pycha czy co, uniosłam się i „nie” to „nie”. Natomiast później jak już tak na

spokojnie, jak już te pierwsze emocje opadły to rzeczywiście zaczęłam szukać dalej, właśnie mitingów, czy czegokolwiek żeby z kimś porozmawiać, bo dwa tygodnie mi się wydawały wiecznością. Dwa tygodnie to jest czternaście dni, kiedy jest się na bardzo wysokich emocjach. Się nie gra, grać się chce i to jest ciężko. Ja bym bez mitingów nie dała rady. (H1004-K-2)

Innym problemem jest ograniczony dostęp do bezpłatnego leczenia. Część osób nie ma ubezpieczenia zdrowotnego i nie może skorzystać z terapii, choć w przypadku osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków istnieje taka możliwość.

O i tu jest jedna bardzo ważna sprawa - taka oto - teraz mi się przypomniało, że są pacjenci, których odsyłamy -pacjenci nieubezpieczeni. Nie mamy możliwości im pomagać, bo są nieubezpieczeni. Jeśli chodzi o osoby uzależnione od alkoholu - osoba nieubezpieczona, a uzależniona od alkoholu, ma za sobą ustawę o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, narkomanii i te osoby mają prawo do uzyskiwania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. I wtedy mogę ich przyjąć - to jest finansowane z innych źródeł, o właśnie: z Ministerstwa Zdrowia, finansowane jest z Funduszu, natomiast Fundusz nie płaci za osoby nieubezpieczone, a nie ma żadnego innego Funduszu, który by płacił za leczenie osób hazardujących się, nieubezpieczonych i to akurat faktycznie jest duży problem, bo zdarzają się takie osoby, które mówią "ale nigdzie nie pracuję, nie ma kto mnie ubezpieczyć, bo żona odeszła, jestem bez ubezpieczenia, mam takie długi, nie mogę zapłacić sobie składki, żeby mieć ubezpieczenie", no i jest pat. To są takie osoby... i to jest poważna luka - uważam. (TR1902_K_1)

Część placówek nie ma zakontraktowanych w Narodowym Funduszu Zdrowia usług na leczenie zaburzeń hazardowych. Istnieją również placówki prywatne, w których na leczenie większość pacjentów nie może sobie pozwolić.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą nie decydować się na leczenie również z takich powodów jak niemożność połączenia pracy z terapią (nieodpowiednie godziny terapii, zbyt duża intensywność terapii, terapia stacjonarna).

Wiem, że też jest kilka ośrodków stacjonarnych, które też przyjmują hazardzistów – ale nikt jakoś do tej pory nie chciał skorzystać z tej oferty, bo oni właśnie chcą łączyć pracę z terapią, ponieważ mają takie poczucie, że muszą natychmiast odpracowywać te długi. Myślę, że bardziej niż inne osoby, które też mają przecież długi z powodu innych uzależnień, a tutaj chyba to się jakoś tak wyróżnia (TR2603_K_2)

Można sobie pójść na terapię dzienną, ale wtedy to jest od 8 do 16 codziennie i trwa to 2 miesiące, oni nawet wypisują zwolnienie lekarskie do pracy, no tylko nie wiem, ja bym się jakoś obawiał po pierwsze w pracy [przedstawić zwolnienie – autorzy]. Znaczący wiem, że na zwolnieniu nie ma, pracodawca nie dostaje tego numeru, kodu choroby, nie widzi tego, no co prawda no ale dwa miesiące zwolnienia w dzisiejszych czasach jak się pracuje i jakoś tam człowiek szanuje tą swoją pracę, no to jest czasami ciężko, tak? bo 2 miesiące to jest dość długi okres i wypada się z rynku i ciekawe jakby to pracodawca odebrał. A mam taką możliwość no chodzenia tutaj wieczorami, więc jest ok. Chodzę i jestem zadowolony. (H2605_M_1)

Istnieją również bariery specyficzne dla danego typu placówki świadczącej pomoc. I tak w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej będzie to niewiedza, że z problemem zaburzeń hazardowych można się zgłosić do lekarza pierwszego kontaktu, który kojarzony jest z dolegliwościami tylko i wyłącznie

natury fizycznej. W przypadku opieki psychiatrycznej przeszkodą może być niewiedza, że do psychiatry można się zgłosić bez skierowania. Na kilka barier zwrócili również uwagę pracownicy ośrodków pomocy społecznej. Po pierwsze problem hazardu nie jest problemem, który „istnieje” w kwestionariuszach, czy formularzach OPS-ów, nie jest ujmowany w diagnozie, problem jest ujawniany niejako przez przypadek, gdyż zgłasza go rodzina lub przy okazji występowania innego uzależnienia. *Myślę, że w ciągu moich... pracuję chyba dziesięć lat w ośrodku zdarzyło się, no, może trzy, cztery razy, że zgłosił ktoś problem z hazardem. Przy czym to też wynika ze specyfiki ośrodka, który raczej nie diagnozuje tego, bo to też nie jest ujęte jakoś tam w katalogu powodów, dla których można skorzystać ze świadczeń. Więc, siłą rzeczy, to się nie znajduje w żadnych, tutaj, formularzach i tak dalej i tak dalej. W żadnych diagnozach wewnętrznych też nie jest ujmowane. I raczej, jeżeli w ogóle pracownik wychwyci to, to przy okazji tak naprawdę, bo na przykład rodzina zgłosi problem albo... częściej, bo rodzina zgłosi problem albo dlatego, że właśnie występuje obok jakiegoś uzależnienia takiego od substancji psychoaktywnych.* (OPS1103_M_1)

Po drugie problem hazardu nie może być ujawniany w oficjalnych dokumentach dotyczących pacjenta, gdyż w sytuacji kiedy istnieje obawa, że przyznane przez środki są marnotrawione, to pod znakiem zapytania pozostaje zasadność udzielania świadczeń.

Pracownik socjalny często się spotyka z sytuacją, w której osoby zwracają się po pomoc finansową. Tak to jest dzisiaj. I zawsze poszukuje przyczyn tych trudności finansowych. Czyli rozpatrujemy, dlaczego ta rodzina się znalazła w trudnym położeniu. Może też tak się wydarzyć i myślę, że też tak się zdarza, że akurat w tej szczególnej sytuacji ludzie mają powód, żeby to ukrywać, ponieważ zapisy ustawy mówią o tym, że marnotrawienie środków powoduje odmowę przyznania świadczeń. Pytanie: jak zostanie zinterpretowane, no, przegrywanie pieniędzy, tak? Bo jeżeli rodzina uzyskuje dochód i ten dochód jest przeznaczany na grę... No, tu powstaje pewien problem, tak? (OPS 1604_K_1)

Po trzecie procedury OPS-ów nakładają na świadczeniobiorców rozmaite zobowiązania realizowane w ramach podpisywanych kontraktów. Osoby uzależnione, w opinii pracowników socjalnych, powstrzymuje to przed korzystaniem z usług tej placówki.

Szczerze mówiąc, powiem, że wydaje mi się, że ośrodek pomocy społecznej to będzie jedno z ostatnich miejsc, do których się zgłoszą. Dlatego, że moje doświadczenie w ogóle... znaczy, jeśli jest jakieś porównanie osób uzależnionych... i, no, pod takim względem, no, blisko tym osobom, które hazardowo... gdzieś tam do osób uzależnionych, to, jakby, ośrodek pomocy społecznej, no, to jest instytucja kontroli. I tak też się kojarzy, nie? Więc, jakby, oni doskonale wiedzą, mówię też o osobach uzależnionych w ogóle, a myślę, że osób od hazardu tym bardziej to gdzieś tam dotyczy, bo wiąże się to z kwestią finansową – że jeżeli one trafią do ośrodka pomocy społecznej, to będą wałkowane na różne sposoby, jeżeli by chciały skorzystać z pomocy finansowej. A zakładam, że, głównym motywem mogłaby być tutaj właśnie kwestia: nie mam kasy, zgłoszę się do ośrodka, dostanę jakiś tam zasiłek. Myślę, że to jest ostatnie miejsce, bo wiąże się z takim poczuciem, że ktoś cię będzie kontrolował, a oni w swoim życiu już mają mnóstwo tej kontroli przeważnie, nie? Ze strony rodzin. To jest jakoś tam rozdmuchane, więc jak... Samodzielnie raczej sobie nie dołożą kolejnego źródła kontroli. Takie jest moje spostrzeżenie. (OPS1103_M_1)

Znacząca część barier do leczenia ma charakter organizacyjno-administracyjny. Po pierwsze brakuje oferty kierowanej wyłącznie do osób z zaburzeniami hazardowymi przez co oferowane usługi postrzegane są jako nieadekwatne do potrzeb. Inne przeszkody, to długi czas oczekiwania na leczenie, ograniczone możliwości skorzystania z bezpłatnego leczenia, niemożność połączenia terapii z pracą. Niektóre bariery są specyficzne dla danego rodzaju placówki. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej i opieki psychiatrycznej jest to nieświadomość, że z problemem zaburzeń hazardowych można się zgłosić do lekarza pierwszego kontaktu lub psychiatry. Na kilka barier zwrócili również uwagę pracownicy ośrodków pomocy społecznej. Po pierwsze problem hazardu nie jest problemem, ujętym w kwestionariuszach OPS-ów. Po drugie jeśli problem hazardu jest ujawniany w oficjalnych dokumentach dotyczących pacjenta, to pod znakiem zapytania staje zasadność udzielania świadczeń finansowych. Kolejna bariera dotyczy konieczności wywiązywania się przez klientów z kontraktów zawieranych w ramach pomocy świadczonej przez OPS-y.

b) Ułatwienia w dostępie do leczenia i uzyskiwaniu pomocy

Nie zidentyfikowano zbyt wielu ułatwień w dostępie do leczenia i pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Stosunkowo najwięcej ułatwień w dostępie do świadczonej przez siebie oferty dostrzegli pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej. Według nich skorzystaniu z oferty OPS sprzyjają bezpłatność pomocy, brak kolejek, możliwość uzyskania wsparcia finansowego na czas podjęcia terapii, dobre rozeznanie pracowników socjalnych w możliwościach skierowania na terapię oraz kompleksowość świadczonej pomocy, która pozwala odpowiedzieć na rozmaite potrzeby klientów

W związku z tym uzależnieniem zapewne pojawia się wiele różnych problemów, w których możemy pomóc. Tutaj w obrębie ośrodka pomocy społecznej jeżeli jest hazard, uzależnienie, to z pewnością pojawiają się jakieś problemy opiekuńczo-wychowawcze, bądź ktoś traci pracę, czy ma problemy finansowe. I tutaj możemy pomóc we wszystkich tych problemach, przynajmniej w większości jakoś pomóc zdiagnozować. Tak, że z kolei my wysyłamy z problemem hazardu do jakiejś wyspecjalizowanej instytucji, ale też mamy ofertę na wiele różnych innych problemów. Oni tam, w tej wyspecjalizowanej instytucji otrzymają pomoc tylko w tym kierunku. U nas mogą otrzymać pomoc na jakiejś szerszej płaszczyźnie dla siebie, dla rodziny. (OPS1201_K_1)

Jeden z lekarzy psychiatrów zwrócił również uwagę na zalety leczenia w prywatnych gabinetach: większą możliwość zachowania anonimowości, szybką poprawę funkcjonowania emocjonalnego na skutek włączenia farmakoterapii, brak oczekiwań intensywnego uczestniczenia w terapii.

No ułatwienia, to, że on przychodzi trochę anonimowy, przynajmniej pacjenci często czują się bardziej anonimowi w gabinetach prywatnych, dostają świadczenia od lekarza psychiatry, zaczynają na przykład lepiej spać, trochę poprawia im się humor, zmniejsza im się kompulsywność potrzeby hazardowania się, jak się włączy mu jakąś farmakoterapię i do takiego lekarza on może sobie przychodzić raz na dwa miesiące i to nie jest specjalnie dużymi kosztami obarczone, natomiast taka systematyczna terapia, chyba wymaga większych nakładów finansowych i to może być trochę barierą. (PS2304_K_1)

Respondenci nie zidentyfikowali zbyt wielu ułatwień w dostępie do oferty pomocowej. Pracownicy OPS-ów zwrócili uwagę na bezpłatność pomocy, brak kolejek, możliwość uzyskania wsparcia finansowego na czas podjęcia terapii, dobre rozeznanie pracowników socjalnych w możliwościach skierowania na terapię oraz kompleksowość świadczonej pomocy, która pozwala odpowiedzieć na rozmaite potrzeby klientów. Z kolei jeden z lekarzy psychiatrów wskazał na czynniki zwiększające dostępność leczenia prywatnego, takie jak możliwość zachowania anonimowości oraz możliwość samodzielnego regulowania intensywności leczenia.

6. POZYTYWNE I NEGATYWNE ASPEKTY LECZENIA

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wyróżniły pozytywne i negatywne aspekty leczenia, czyli jakie skutki, zarówno pozytywne jak i negatywne, terapia wywarła w życiu osobistym i zawodowym oraz co w ich subiektywnej ocenie najbardziej podoba się w terapii, a co im się nie podoba.

a) Pozytywne aspekty leczenia

Pozytywne skutki terapii są dostrzegane w wielu obszarach życia. Pacjenci podejmując terapię zauważają poprawę swojej kondycji fizycznej i psychicznej. Osoby z zaburzeniami hazardowymi w trakcie leczenia zaczynają dbać o swoje zdrowie, co wiąże się z lepszym odżywianiem i ćwiczeniami. Terapia poprawia im samopoczucie, nastrój, wycisza i uspokaja, jak również przyczynia się do budowania poczucia własnej wartości i pewności siebie. Leczenie dało przekonanie, że można zmienić swoje życie, że nic nie jest przesądzone, daje nadzieję na przyszłość, napawa optymizmem, że można sobie poradzić z problemami.

Zacząłem ćwiczyć, zdrowo się odżywiać, dbać o siebie. Ćwiczę po prostu jak wół, na początku jak przestawałem grać to ćwiczyłem 7 razy tygodniu po prostu. Czasami jeszcze 2 razy dziennie do tego. Schudłem 11 kilo w ogóle. (H2404_M_2)

Czuję się dużo lepiej, po prostu. Kiedy mam problemy,, jakieś dziwne myśli mam, to po prostu zajdę i posłucham tych ludzi, ja też coś od siebie opowiem i jakoś tak psiuu, czar prysł i jest ok. (H0906_M_1)

No na pewno wyciszenie w jakiś sposób, prawda? (H2703_M_1)

Ja po trzech latach pierwszy raz powiedziałem żonie „Nie”, bo na poczuciu winy ja nie potrafiłem tego zrobić. To jest plus, którego ja się nauczyłem. Nauczyłem się prosić o pomoc, przyznawać się do błędów. To są plusy mojego trzeźwienia. (H1505_M_3).

Przy okazji terapii zaburzeń hazardowych pacjenci mają możliwość zagłębienia się w swoją psychikę, przyjrzenia się swoim problemom, co wpływa na ich rozwój osobisty i poczucie panowania nad własnym życiem.

Ja w [nazwa placówki - autorzy] przeżyłem najlepszych 6 tygodni mojego życia. To bez dwóch zdań. To był czas, kiedy naprawdę, no nie ten sam początek, ale przynajmniej ze 4 tygodnie z tych 6 ja poświęciłem sam sobie, swojej psychice, swojej emocjonalności. To było jakby ktoś mi drzwi otworzył do zupełnie nieznanego mi świata, to było niesamowite przeżycie dla mnie. To było coś wielkiego. Dlatego ja potem też kontynuowałem, jeździłem do [nazwa placówki - autorzy] jeszcze przez rok na

różne warsztaty, do tej pory jestem w kontakcie z terapeutą, który mnie prowadził – chociaż rzadkim, ale tęsknię za nim. (H1004_M_3)

W ocenie badanych osób z zaburzeniami hazardowymi pozytywnym skutkiem leczenia jest zdobycie wiedzy na temat różnych uzależnień, mechanizmów, sposobów radzenia sobie z głodem, postępowania w sytuacjach nawrotów i tym podobnych.

jeśli później miałem jeszcze powrót do grania, to dużo łatwiej było mi z tego wyjść po tamtym doświadczeniu [z leczeniem-autorzy]. (H3003_M_2)

dużo wiedzy się czerpie takiej specjalistycznej właśnie z terapii [nazwa placówki – autorzy]. (H2603_M_1)

Z poprawą zdrowia fizycznego i psychicznego jest związane zadowolenie z utrzymywania abstynencji. Nie mając wyboru w ustalaniu celów terapeutycznych, pacjenci muszą zachowywać całkowitą abstynencję od grania, ale dodatkowo udaje im się utrzymywać abstynencję od alkoholu. Pozytywnym skutkiem leczenia jest również zaprzestanie palenia. Utrzymywanie abstynencji od alkoholu przekłada się na inne obszary życia, np. pracę zawodową.

w życiu nie myślałem, że będę potrafił przestać pić i grać. Na drugi dzień jak poszedłem na terapię, nagle minął jeden dzień nie piłem, nie grałem, później tydzień, później 2 tygodnie, później miesiąc. (H1605_M_1)

czuję się w sensie fizycznym bardzo dobrze. No bo alkoholu nie używam w ogóle teraz ani nic. Wstaję po prostu na baczność do pracy jak trzeba, bach, bach i jadę, a nie tam że na wydechu mam z 1,5 [promila-autorzy] (H0906_M_1)

Rzuciłem fajki, co nie udało mi się przez naście lat po prostu a później przez ostatnich tam dziewięć lat nie udawało mi się, dlatego, że grałem. (H2404_M_2)

Po podjęciu leczenia poprawie uległy relacje z partnerem i rodziną, którzy cieszą się, że bliska osoba z zaburzeniami hazardowymi już nie gra. Pacjenci odbudowują kontakt z rodziną, relacje się poprawiają, nie ma tylu konfliktów i sytuacji trudnych wynikających z kłopotów finansowych i braku zaufania.

Mama powiedziała, że bardzo dobrze, że cię cieszy z tego powodu, że postanowiłem tak [leczyć się - autorzy] a nie inaczej, że nie brnę w to dalej, tylko po prostu chcę (H0906_M_1)

bardzo dobrze odbudowałem swój kontakt rodzinny, kiedy dowiedzieli się, że poszedłem na terapię i w ogóle lecę się i jest dużo lepiej jak było. No to nawet i do domu od czasu do czasu pojadę, już się pytali kiedy przyjadę teraz. (H0906_M_1)

Po dwóch chyba, dwóch i pół roku czy trzech latach stosunki, rozmowy między mną a żoną, pomimo że mamy rozdzielczość majątkową, nie mamy rozwodu, zaczęły się poprawiać. Zaczęło... już nie na zasadzie obwiniania mnie, tylko zaczęły... Ja, powiem szczerze, po trzech latach nauczyłem się rozmawiać ze swoją żoną. Dziwne że po tylu latach nie potrafiłem rozmawiać. I nie chodzi o to, żeby rozmawiać o pogodzie, o dzieciach, o tym co jest na zewnątrz, tylko co się ze mną dzieje, jak się czuję, stawiać trudne pytania, odpowiadać na trudne pytania. (H1505_M_3).

Leczenie sprzyja także poprawie sytuacji materialnej, która często przez granie jest trudna. Badani doświadczali wielokrotnie długów, które często odgrywały kluczową rolę przy podejmowaniu decyzji o

rozpoczęciu terapii. Po podjęciu leczenia nie wydają pieniędzy na granie, co przekłada się na poprawę finansów.

Wziąłem wypłatę i w ogóle mnie nie ciągnie. Kupiłem sobie parę rzeczy co potrzebowałem w sensie jakiś telefon, laptopa sobie kupiłem, ubrania (H0906_M_1)

pozytywne rzeczy to są takie, że nie robię długów (...) mam więcej pieniędzy w sensie tym, że je widzę na koncie np. (H3103_M_1)

A jeszcze z takich pozytywnych symptomów tej terapii no to też przede wszystkim to, że nie gram i zacząłem zauważać to, że pomimo tego, że moja sytuacja finansowa tam może nie jest jakaś rewelacyjna, no ale wcześniej było tak, że ja pamiętam takie sytuacje, że wyjścia założmy do tych kasyn gdzie potrafiłem przegrać kilkaset złotych, a szkoda mi było pójść do knajpy obok siebie kupić jakieś jedzenie, pomimo tego, że byłem głodny, bo wszystkie pieniądze szły w zasadzie na hazard. A teraz przez to że już nie gram jakiś czas, to ta moja sytuacja finansowa powoli, powoli, ale wraca jakoś tam do normy, no i zaczynam zauważać jakąś tam gotówkę, którą mogę sobie wydać na różne jakieś rzeczy, bo ja tak naprawdę przez ten okres grania, a trwało to tam kilka lat, no nie kupowałem sobie ani żadnych ciuchów, ani nie robiłem nic dla siebie, ani nie wyjeżdżałem na wakacje, więc to moje życie takie osobiste zubożało mocno. (H2605_M_1)

Pozytywne aspekty leczenia wynikające z realizowanego w placówkach programu pacjenci wiążą przede wszystkim z możliwością terapii z osobami, które mają takie same problemy i uzyskiwanym od nich wsparciem. Podczas spotkań z innymi uzależnionymi tworzą sieć wsparcia, z której korzystają w momencie kryzysu, chodzą razem na mitingi i na zajęcia terapeutyczne. Kontakty z innymi osobami z zaburzeniami hazardowymi oraz ich doświadczenia, o których rozmawiają podczas zajęć grupowych i poza nimi pomagają im utrzymywać abstynencję.

Ludzie bardzo są mili, nie są jacyś tam, że obgadują ludzi za plecami czy coś, bo ja tego na przykład bardzo nie lubię, że ktoś coś powiedział a tam zaraz powiedzą: a ty coś tam, coś tam. No tego, to po prostu nienawidzę wręcz, ale tego nie ma, jest naprawdę w porządku. (H0906_M_1)

Jest tyle ludzi, którzy mówią o tylu różnych rzeczach, które są człowiekowi bliskie tak. Bo są to osoby, które albo przestały grać niedawno, albo przestały grać jakiś czas temu i zmagają się z tymi samymi problemami z jakimi ja się zmagalem. Czyli to jest zbiór osób po prostu mi bliskich z założenia, bo to są takie same osoby jak ja. Zwłaszcza, że hazardziści mają ogólnie określone cechy, które w ogóle są bliskie wszystkim; jesteśmy najbardziej ogarnięci, każdy potrafi po prostu załatwić wszystko w minutę. (H2404_M_2)

Patrząc na te osoby, które tam trafiają, z jakimi problemami, o czym rozmawiamy i co ich dotyczy i co mnie dotyczyło czy dotyczy. (H0806_M_1)

Oprócz wsparcia, jakie pacjenci uzyskują od innych leczonych, ważnym, pozytywnym aspektem terapii jest relacja z terapeutami, zarówno w kontakcie indywidualnym, jak i podczas grup terapeutycznych. Terapeuci pomagali osobom z zaburzeniami hazardowymi w wykonywaniu zadań terapeutycznych, pacjenci mogli wyjaśnić wątpliwości związane z leczeniem, mogli rozmawiać na każdy temat.

Powiedziałem terapeutce, że jest na przykład taka i taka sprawa i ona powiedziała, że nie ma problemu, będzie pan miał [odrobioną – autorzy] pracę [domową na zajęcia terapeutyczne - autorzy].

Przyjdzie pan do mnie, napiszemy tak jak powinno być.(...) Ona powiedziała, że ja po prostu będę mówił, ona tam mi napisze własnymi słowami, żeby to było w porządku. Bo ja powiedziałem, że ja też nie mam czasu na pisanie prac [domowych - autorzy]. Bo na pewno są jakieś tam kontrolne te prace. Ona powiedziała, że są, ale powiedziała, że ja wiem, że pan ma zaważoną głowę, jak to się mówi i ja panu pomogę bez problemu (H0906_M_1)

Jeżeli był taki... był problem jakiś taki, że no nie wiem, jakieś miałem wątpliwości czy czegoś nie rozumiałem na terapii, to zawsze mogłem pójść do mojego terapeuty indywidualnego i on wytłumaczył mi swoje... znaczy wytłumaczył moje obiekcje czy jakieś tam wątpliwości na ten temat i zawsze takie rozmowy były dla mnie naprawdę budujące (H2505_M_1)

jeżeli chodzi o terapeutę mojego to mi się podoba to, że ja na przykład rozmawiam z nim o wszystkim. (H2404_M_2)

Pozytywną rzeczą uważam to, że akurat chyba trafiłem na takiego terapeutę, który mi odpowiada. (...) dogaduję się bardzo dobrze ze swoim terapeutą i to jest też chyba pozytywne. (H3103_M_1)

Terapeuci są dla pacjentów autorytetem, w ich ocenie mają odpowiednią wiedzę na temat uzależnień, posiadają umiejętność jej przekazywania. Z terapeutami którzy sami ukończyli leczenie odwykowe pacjenci czuli więź. Dobra relacja z terapeutą mogła wpływać na rezultaty leczenia. Prowadzenie zajęć terapeutycznych z byłymi uzależnionymi pacjenci uznawali za pozytywny aspekt leczenia.

świetna kadra, mam tu na myśli [nazwa placówki – autorzy], ale i też [nazwa placówki – autorzy]. Muszę powiedzieć, że są to ludzie, którzy mają wiedzę, umieją tą wiedzę przekazywać, część z nich jest sama po przejściach z alkoholem – alkohol głównie, bo hazardzisty terapeuty nie spotkałam jeszcze. (...) że jak on czy ona o czymś mówi to wie o czym mówi i dwa czuję taką troskę po prostu. (H1704_K_3)

W ocenie osób z zaburzeniami hazardowymi pozytywne aspekty terapii związane są z formułą prowadzenia zajęć, gdzie istnieje przyzwolenie na otwarte wypowiedzi bez obawy o krytykę ze strony innych uczestników.

po prostu mogę powiedzieć co mi leży, każdy mnie wysłucha, nikt mnie nie skrytykuje (H1805_M_1)
możliwość bez wstydu jakiegoś, tak, zażenowania, mówienia o tym. Są tam ludzie, którzy mają taki sam problem jak ja. (H2703_M_1)

Szczególnie było to istotne dla osób, które obawiały się rozmawiać o konsekwencjach swojego grania z rodziną i bliskimi. W trakcie spotkań grupowych, gdzie są inne osoby uzależnione, które są raczej anonimowe, z którymi nie mają częstych kontaktów mogą otwarcie mówić o problemach wynikających z grania.

Ciężko jest się po prostu przyznać komuś z rodziny, czy bliskiemu do czegoś co się zrobiło, jakoś nie wiem, w moim przypadku jest to łatwiej zrobić osobom obcym, z którymi jak nie będę chciał to się więcej nie spotkam, prawda? Jest to jakiś komfort psychiczny, a po drugie mam ten komfort, że te osoby mają tą samą chorobę co ja i pewnie mnie rozumieją. (H2703_M_1)

Dla pacjentów pozytywnym aspektem terapii była możliwość leczenia w formie ambulatoryjnej, która w przeciwieństwie do leczenia stacjonarnego, nie zmusza do opuszczenia środowiska społecznego, rezygnowania z aktywności zawodowych i opuszczania rodziny. Co ważne dla pacjentów,

zorganizowana terapii wypełnia wolny czas, daje wolność wyboru i możliwość rezygnacji w każdym momencie.

Człowiek się może czymś innym zająć, jak... znaleźć sobie czas na inne zajęcia. (H1805_M_1)

jak jestem w ośrodku zamkniętym przez 3 miesiące dajmy na to czy tam ile? 2 czy 3 miesiące, a tutaj forma ambulatoryjna i mogę przychodzić sobie nie codziennie, ale 2 razy czy 3 razy w tygodniu czy tam raz w tygodniu jak teraz jest, to żyję normalnie w społeczeństwie i zawodowo i wszystko, spełniam się, funkcjonuję, w miarę jakieś relacje rodzinne, itd., są, jest wszystko utrzymane. Natomiast w formie zamkniętej trudno by mi było sobie teraz wyobrazić, bo po przejściu tej terapii ja chyba bym się w życiu nie zdecydował na formę zamkniętą, bo nie wiem jakbym później musiał się wypoziomować, żeby się odnaleźć w społeczeństwie. Nawet po dwóch, trzech miesiącach, będąc poza, żeby nie zagrać, nie myśleć o graniu, itd. (H0806_M_1)

Podsumowując osoby z zaburzeniami hazardowymi dostrzegają pozytywne skutki terapii w wielu obszarach życia. Poprawie ulega ich samopoczucie fizyczne i psychiczne, zaczynają dbać o swoje zdrowie, w ich subiektywnej ocenie życie zmienia się na lepsze. Podejmując leczenie utrzymują abstynencję nie tylko od grania, ale często przestają używać alkoholu i tytoniu. Proces terapeutyczny wpływa również na poprawę relacji z bliskimi – rodziną, partnerem oraz przyjaciółmi, osoby z zaburzeniami hazardowymi otrzymują wsparcie i akceptację ze strony otoczenia, poprawia się ich status materialny. W trakcie terapii pacjenci uzyskują wiedzę na temat uzależnienia od alkoholu i narkotyków, mechanizmów powstawania uzależnień, nawrotów choroby oraz sposobów postępowania po przerwaniu abstynencji. Pozytywne aspekty leczenia związane są przede wszystkim z możliwością przebywania z osobami z tym samym zaburzeniem oraz terapeutami, którzy rozumieją ich problemy. Inni pacjenci i terapeuci tworzą sieć wsparcia, która pomaga utrzymywać abstynencję. Pozytywnym aspektem terapii jest także dobra relacja z terapeutą, który jest dla pacjentów autorytetem, pomaga im w pokonywaniu trudności napotykanych w trakcie leczenia. Szczególnie dobrze odbierani są terapeuci, którzy sami ukończyli leczenie odwykowe. Pacjenci cenili mocno zasady spotkań grupowych, podczas których istnieje możliwość otwartych wypowiedzi, bez obawy że zostaną narażeni na krytykę ze strony innych uczestników. Podczas takich spotkań mogą mówić to o czym obawiają się powiedzieć najbliższym. Pozytywnym aspektem terapii była możliwość leczenia w godzinach popołudniowych z wykorzystaniem formy ambulatoryjnej, wypełniającej czas wolny. Leczenie w poradni nie zmusza do opuszczenia środowiska, rezygnowania z pracy, pozwalając jednocześnie na aktywne uczestnictwo w terapii.

b) Negatywne aspekty leczenia

Analizując dostępną ofertę terapeutyczną, jak również bazując na własnych doświadczeniach z leczeniem badani wyróżnili takie aspekty terapii, które im się nie podobają, i z którymi mieli negatywne doświadczenia. Są one związane z organizacją leczenia – jego intensywnością, organizacją grup terapeutycznych, programem oraz postawami personelu.

Podejmując terapię pacjenci na ogół nie wiedzą jak będzie ona przebiegać. W trakcie jej trwania okazuje się, że leczenie jest dla nich zbyt intensywne. Szczególnie na oddziale dziennym, gdzie zajęcia są długie i trwają cały tydzień. Pacjenci są nimi zmęczeni i nie są skupieni na tematyce zajęć.

Śpię czasami na tej terapii, no bo faktycznie, bo to kurde tyle siedzieć to sama głowa leci. (...) mnie to męczyło okropnie. Ja już kawy piłem tyle że szok, żeby nie spać, no ale gdzie tam, no gada i nawet nie wiem kiedy już głową w dole. (H0906_M_1)

Intensywność terapii prowadzonej ambulatoryjnie i na oddziale dziennym sprawia, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie mają czasu na inne aktywności, nie spędzają go z rodziną, tylko w placówce. Konsekwencją tej intensywności może być rezygnacja z leczenia.

Tego czasu nie ma dużo, no bo dwa razy w tygodniu mam te 3 godziny właśnie terapii po pracy i raz w tygodniu meetingi, także tego czasu zostaje bardzo mało tak naprawdę dla rodziny (H2603_M_1)

Po trzech miesiącach skończyłem tą terapię, zrezygnowałem sam po prostu.

M:- Z jakich powodów?

- Tam jest duża presja, taka jest... pewnie to z mojego punktu widzenia, odczuwalna presja i było takie naciskanie wredne, a ja nie lubię być tak naciskany, wolę coś sam z siebie powolutku, nie... niech ta terapia trwa tam powiedzmy 2-3 lata, nie tak, że tam jest półtora roku i trzeba to w ciągu półtora roku cały ten program zrobić, no i dlatego. Wszystko tak pędem, pędem, prawda, no i dlatego zrezygnowałem z tej terapii. (H1805_M_1)

Pacjenci nie byli zadowoleni z organizacji grup terapeutycznych, w ich ocenie były one zbyt duże, co utrudniało kontakt z terapeutami i było barierą w aktywnym uczestnictwie w leczeniu. Zdarzało się, że liczebność grup przekraczała 20 osób. Z doświadczeń pacjentów wynika, że przez to brakuje czasu na ćwiczenie praktycznych umiejętności.

Miałem na oddziale dziennym na [nazwa placówki – autorzy] miałem takie coś, że nas było, nie wiem, z 30 paru pacjentów na trójkę terapeutów i chyba były dwa tygodnie, że rzeczywiście tam kontakt z tymi terapeutami był bardzo ograniczony i korzystanie z tej terapii było trudne. (H3003_M_2)

brakuje czasu na robienie ćwiczeń, bo jest tak dużo ludzi, tak dużo wypowiedzi, tak dużo trzeba się odnieść do tego wszystkiego, że po prostu 3 godziny to jest nic czy tam ile, że brakuje po prostu na przeprowadzenie takich... powinny być grupy mniejsze.

M:- A ile jest osób teraz?

- Z reguły powinno być 8-10 do 12 osób w grupie, a jest 18. (H0806_M_1)

Najlepiej jak jest 8-10 osób, wtedy jest możliwe zrobienie bardzo dużo na takiej grupie. Na początku te grupy wstępne ja nie mówię, że tam się 24 osoby pojawiały czy 25 czy ileś osób, ale to był początek. (H0806_M_1)

W ocenie badanych negatywnym aspektem leczenia w poradni jest mieszanie osób z różnymi uzależnieniami w jednej grupie. Osoby z zaburzeniami hazardowymi stanowią znacznie mniejszą część grupy, przez co mają poczucie osamotnienia i niezrozumienia dla problemów wynikających z grania.

Ja trafiłem do takiej grupy, w której były osoby uzależnione też od alkoholu i od powiedzmy jakiś tam narkotyków czy jakiś innych substancji psychoaktywnych i ja czułem się trochę jakby taki osamotniony, bo praktycznie osoby, które były uzależnione od hazardu były chyba tylko oprócz mnie to były może dwie osoby, a w kolejnych jakby etapach, w kolejnych grupach to już byłem praktycznie sam i te tematy bardziej były takie związane do osób z problemem alkoholowym a nie do takich osób z problemem hazardowym (H2505_M_1)

było za mało tych osób, które były uzależnione od hazardu, to był taki największy jakby ból tego (...) czułem się trochę niezrozumiany przez inne osoby (H2505_M_1)

Mieszanie w grupach terapeutycznych osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych w nierównych proporcjach, ze znacznym marginalizowaniem hazardzistów skutkuje realizowaniem programu z perspektywy osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Terapeuci wkładają wszystkie rodzaje uzależnień do jednego worka, co nie przyczynia się do uchwycenia specyfiki hazardu. Materiały wykorzystywane w zajęciach są dostosowane głównie do terapii osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków.

Bardzo dużo jest dla alkoholików i tak jak na początku ja jak zaczynałem przygodę, naprawdę identyfikowałem się tylko z problemem hazardu, bo teraz też identyfikuję się z problemem alkoholu. Dla mnie nie ma różnicy czy ja pójdę do alkoholików czy do hazardzistów, ale jak zaczynałem, no to z tym hazardem było tak, że jak ja poszedłem na terapię, to byłem sam jeden hazardzista. Tak trochę to było dla mnie takie nawet trochę krępujące, że tylko ja jestem tym hazardzistą, a że wszyscy mają inne uzależnienie. Dzisiaj tak tego nie postrzegam, ale to też kawał pracy wykonanej nad sobą i to zmienia. Natomiast myślę sobie, że właśnie dla takich osób, które mają tylko problem z hazardem jakby nie ma takiej pomocy typowo skierowanej do hazardzistów. Przynajmniej ja nie wiem o takiej pomocy. Raczej wszyscy skupiają się, do jednego worka wszyscy wrzucani są tak krótko mówiąc. Takiemu człowiekowi może być trudniej, który zaczyna swoją przygodę z trzeźwieniem, trudniej przystosować się. Jednak wśród swoich hazardzistów byłoby pewnie łatwiej. Na przykład jest temat alkoholu – wszyscy mają, a on jest jedynym hazardzistą, to trudniej wtedy złapać ten kontakt. (H2204_M_1)

Np. te broszurki, które my dostajemy, one są głównie dla alkoholików. Nie wszystko się da przełożyć. Czyli jak ktoś tam pisze „Czy umiesz odmawiać” albo „Nauka odmawiania picia”. To przy picciu ma sens, przy graniu nie, bo przy graniu to siadasz i grasz, i tutaj nikomu się nie musisz tłumaczyć. Nie wszystko jakby pasuje. To nie jest tak, że wszystko można dostosować. Więc myślę, że alkoholicy i hazardziści powinni mieć oddzielne narzędzia, bo ja to nazywam narzędziami, bo nie każdy potrafi... Zresztą rozmawiałam ze znajomymi hazardzistami i oni nie wszyscy potrafią przełożyć ten język skierowany do alkoholików na to. Oni mówią „To nie dla mnie, bo to mnie nie dotyczy”. To właśnie dlatego, że nie potrafią przełożyć tego na swoje uzależnienie. (H1004_K_2)

Zdaniem badanych osoby z zaburzeniami hazardowymi mają inne rodzaje problemów niż osoby uzależnione od alkoholu czy narkotyków. Kwestie poruszane na zajęciach w dużej mierze ich nie dotyczą, nie identyfikują się z nimi, co może wpływać na utrzymywanie się w leczeniu.

No bo to co jest gdzieś tam uniwersalnie poruszane i te problemy dotyczą też właśnie przy innych uzależnieniach, to zupełnie jednak inaczej wyglądają przy hazardzistach. Nie ma tego wszystkiego, co jest związane ze środkami psychoaktywnymi. Narkomani i alkoholicy mają to gdzieś bardziej wspólne i przez to ja też chodząc na terapię musiałem gdzieś dużo o tym słuchać gdzie zupełnie nie był to mój problem, a te problemy były zupełnie inne. (H3003_M_2)

Nieuwzględnienie specyfiki hazardowej przejawia się również sam program terapeutyczny, który jest oparty na programie dla osób uzależnionych od alkoholu i realizowany w sposób dyrektywny. Osoby z

zaburzeniami hazardowymi są zdania, że program jest niedostosowany do ich potrzeb, nie rozróżnia specyfiki choroby.

ten program jest siłą rzeczy no taki, bym powiedział, niedopasowany. Wiele razy mi się zdarzało, że dostawaliśmy jakieś materiały od terapeutów na terapii gdzie były to materiały dla alkoholików. Trzeba było sobie samemu gdzieś tam przerabiać i nawet nie chodzi o to, żeby zmienić sobie słowo, bo to żaden problem, ale no pewne różnice są w tych chorobach. (H3003_M_2)

Program, który jest realizowany w placówkach nie pozwala na uwzględnienie wcześniejszych doświadczeń związanych z leczeniem na kolejnych etapach terapii. Za każdym razem, kiedy osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmują leczenie muszą rozpoczynać terapię od początku.

„Kiedy byłem 5 lat temu na terapii zamkniętej, to przerobiłem bardzo duży taki zakres tematów. Wiadomo, pisanie tych prac, poznanie mechanizmów i zobaczenie, przyznanie się do tego problemu, do bezsilności i do tego całego życia skupionego wokół grania. I to troszeczkę mi się nie spodobało, że kiedy poszedłem na [nazwa placówki – autorzy] już z informacją o tym, że jestem po sześciotygodniowej terapii, gdzie miałem wypisany nawet program, co ja przerobiłem na tej terapii, itd., to zostałem jakby wrzucony do grupy takiej początkowej. Tak jakbym przyszedł... tak jakbym nie miał tej terapii zamkniętej i dosłownie od tego samego momentu bym zaczynał i to mnie tam w jakiś sposób dotknęło, że się tak wyrażę, bo uważam, że te pierwsze 3 miesiące, czyli kolejny raz przerabianie tej grupy destrukcyjnej było trochę zbędne. Może coś tam wyniosłem nowego, natomiast no to było powielanie tych tematów.” (H1504_M_1)

Program terapeutyczny nie uwzględnia możliwości uczestnictwa w terapii rodzin osób z zaburzeniami hazardowymi, co powoduje, że nie ma możliwości przepracowania z terapeutą problemów rodzinnych a w ocenie pacjentów jest to niezbędne dla utrzymania prawidłowych relacji.

bardzo trudne są te relacje z osobami, które się skrzywdziło. Bo jest to jednak inny rodzaj krzywdy niż gdzieś tam przy innych uzależnieniach i ta krzywda bardzo długo trwa, w sensie ma taki namacalny wymiar, finansowy na przykład. Gdzie nawet mając zrozumienie od kogoś, no zrozumienie zrozumieniem, a gdzieś pieniądze są zupełnie inną płaszczyzną. (H3003_M_2)

Osobom z zaburzeniami hazardowymi w terapii nie podobała się zbyt mała dostępność bezpłatnych warsztatów na temat radzenia sobie z emocjami: ze stresem, gniewem, nieśmiałością oraz nieuwzględnienie w programie kwestii regulacji długów, zarządzania finansami i podejścia do pieniędzy.

Znaczy powiem tak: Jest bardzo ważny aspekt, który odróżnia nas, trochę może za wielkie słowo, ale od alkoholików - to jest kwestia pieniędzy, długów i o ile terapia ma nie dawać pomocy prawnej, bo... ale fajnie by było gdyby poradnie terapeutyczne były też gdzieś tam skierowane na pracę z pieniędzmi, na pracę z zarządzania czasem, na pracę z zarządzania pieniędzmi. Gdzieś ja grając straciłem szacunek dla pieniądza. (...) No więc właśnie, żeton, kawałek plastiku. Ja w tej chwili pracując, ja na ten kawałek plastiku to czasami pracuję cały dzień, a czasami dwa dni. I był taki moment, że ja zupełnie nie zdawałem sobie sprawy jak dużymi kwotami ja operuję. I dopiero kiedyś kazano mi zrobić taki spis po prostu pieniędzy, które przegrałem, no to wyszło mi, że dobre mieszkanie w Warszawie. Także to są pieniądze, które gdzieś tam w jakiś sposób zdobyłem, nie wiem

w jaki, część to były wygrane, ale to ogromne pieniądze, które tak naprawdę ja przegrałem. (H3003_M_1)

Zdaniem respondentów zajęcia wynikające z programu terapeutycznego są monotonne, nie zachęcają pacjentów do angażowania się, przez co niewiele z nich korzystają i trudno jest im wykorzystać pozyskaną wiedzę w życiu codziennym. Dodatkowo podczas grup terapeutycznych oczekuje się od nich opisywania intymnych aspektów życia, już na samym początku leczenia.

Nie tyle że nudno, tyle że po prostu cały czas w kółko to samo słyszałem przez cały tydzień, tak? No bo taka jest prawda. (H0906_M_1)

ten program terapeutyczny, mam wrażenie, że jest taki bardzo ogólny. Chodziłem pół roku na jakąś grupę i miałem wrażenie, że nic z niej zupełnie nie wyniosłem, nic nie skorzystałem. (H3003_M_2)

obawiam się jakby wprowadzenia jeszcze w moje intymne, czy prywatne życie dodatkowych osób. I może to jest ta bariera, że niespecjalnie mógłbym czy chciałbym w tym uczestniczyć. I dostałem wiedzę teoretyczną, ale już takiego praktycznego, jakby praktycznej wiedzy, którą mam na co dzień i jakby używać to już nie no. Można powiedzieć, że trochę się czuję tak, że dostałem jakby wszystkie narzędzia, ale no praktyka jest praktyką i trochę od tej teorii się różni. (H2505_M_1)

Negatywne aspekty leczenia związane są również z terapeutami – ich doświadczeniem zawodowym, czy też innymi pracownikami i ich stosunkiem do pacjentów. Zdaniem osób z zaburzeniami hazardowymi zdarzają się terapeuci, którzy mają małe doświadczenie w leczeniu tego rodzaju zaburzenia. Część terapeutów podejmuje się terapii osób z zaburzeniami hazardowymi, mimo że brak im merytorycznego przygotowania. Zdarza się, że podchodzą oni do leczenia zaburzeń hazardowych tak samo jak do leczenia uzależnienia od alkoholu czy narkotyków.

ja naprawdę niestety uważam, że jest grono terapeutów, którzy nie są do końca kompetentni jeśli chodzi o leczenie hazardzistów, nie wiem czy w ogóle uzależnionych osób. (...) nigdy w życiu mi żaden terapeuta na pewno nie zaszkodził, ale miałem wrażenie, że też mi niespecjalnie pomógł. (H3003_M_2)

widziałem, że terapeuci w tym temacie to już w ogóle się poruszają trochę tak intuicyjnie i nie jest to poparte jakimś doświadczeniem i chyba też wiedzą. (H3003_M_2)

w moim przypadku pierwszą tą część była osoba, która jakby tylko była od uzależnień alkoholowych, więc ona mówiła cały czas, że to jest dokładnie to samo, to samo, to samo, no ale w pewnych jakby sferach to już nie jest to samo (H2505_M_1)

Personel placówek nie ma zaufania do pacjentów, wymagając usprawiedliwień i dokładnego tłumaczenia nieobecności. Osobom z zaburzeniami hazardowymi nie podoba się, że muszą dokładnie wyjaśniać, dlaczego nie będzie ich na spotkaniu terapeutycznym.

musiałem odwołać jedno czy dwa spotkania. Ze względu na sytuację w pracy itd. Nie mogłem po prostu być (...) Dzwońjąc np. tam do ośrodka byłem traktowany jako taka osoba, nie wiem, może po prostu inni pacjenci nadużywają tego i stąd jest taka sytuacja.(...) No może jest to związane z jakimś brakiem zaufania do ogólnie pacjentów i akurat ja się tam trafiam, no to jestem w stanie w jakiś sposób zrozumieć. Ale niespecjalnie mi się podoba to wypytywanie „A dlaczego?“, „A co się stało?“, „A tego...“ Pani w rejestracji nie musi wiedzieć o tym jaka jest przyczyna tego, że ja akurat nie przyszedłem, czy nie mogłem przyjść na spotkanie z terapeutą. (H3103_M_1)

Badani wymieniali przynajmniej tyle negatywnych stron leczenia co pozytywnych. Negatywne aspekty terapii są związane z długością trwania zajęć, przez co pacjenci nie mają czasu na własne aktywności. Osobom z zaburzeniami hazardowymi nie podoba się również organizacja grup terapeutycznych, przede wszystkim leczenie w grupach wspólnie z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. W tak zorganizowanych zajęciach stanowią marginalną część uczestników, a grupa jest zdominowana przez osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków. Terapeuci, prowadząc zajęcia skupiają się głównie na osobach, które stanowią większość w grupie. Materiały przekazywane pacjentom są niedostosowane do zaburzeń hazardowych, program jest wzorowany na programie dla osób uzależnionych od alkoholu, przez co pacjenci nie angażują się w leczenie, nie identyfikują się z grupą i mają poczucie marginalizacji. Program terapeutyczny nie uwzględnia uczestnictwa rodzin osób z zaburzeniami hazardowymi w terapii, co zdaniem badanych uniemożliwia utrzymywanie prawidłowych relacji, jak również nie przewiduje bezpłatnych warsztatów rozwoju osobistego. Zajęcia terapeutyczne są zdaniem badanych monotonne i pacjenci nie angażują się w nie wystarczająco, przez co trudno im wykorzystywać pozyskaną wiedzę w życiu codziennym. Osoby z zaburzeniami hazardowymi niechętnie podczas zajęć chcą opisywać intymne zdarzenia z własnego życia. Negatywne doświadczenia związane z leczeniem są powiązane również z personelem – terapeutami i innymi pracownikami placówki. Zdarza się, że terapeuci nie mają doświadczenia w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, podejmując się ich terapii, mimo że brakuje im merytorycznego przygotowania. Personel placówki wymaga od pacjentów dokładnego tłumaczenia nieobecności, co buduje atmosferę braku zaufania i jest postrzegane w kategoriach negatywnych.

7. POSTRZEGANIE HAZARDU I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI W SPOŁECZEŃSTWIE

a) Postrzeganie hazardu i osób z zaburzeniami hazardowymi

Według terapeutów narażenie na potępienie w przypadku hazardu jest znacznie mniejsze niż w przypadku alkoholu, czy narkotyków, ponieważ jest to zjawisko stosunkowo nowe.

Hazard funkcjonuje tak naprawdę od przełomu lat 80-tych i 90-tych, to jest kiedy nastąpiły zmiany w Polsce i kiedy pojawiły się pierwsze no... legalne, powiedzmy, możliwości gry, to wtedy pojawił się hazard tak naprawdę. I to jest zupełnie coś nowego w Polsce, to tak ludzie nawet - wie Pan - tak większość społeczeństwa może nawet nie ma - nie ma pojęcia, nie zdaje sobie z tego sprawę, że to jest choroba i że to jest też uzależnienie, tylko że jest to uzależnienie od zachowania konkretnego, prawda? Także mówię: tutaj hazardziści nie są w jakiś sposób tak bardzo napiętnowani i naznaczeni przez społeczeństwo, jak inne grupy uzależnień. (TR2703_M_1)

Brakuje społecznej świadomości tego, czym jest hazard. Społeczeństwo i osoby z zaburzeniami hazardowymi pewnych form grania nie definiują w kategoriach patologicznego hazardu, choroby.

Ciężko uznać, że ktoś jest uzależniony od totolotka, czyli wobec tego modelu grania, który jest graniem spełniającym kryteria bycia grą hazardową. Osoba, która doświadcza z powodu tego grania szkód nie bywa postrzegana jako osoba poważnie cierpiąca lub poważnie wpadająca w kłopoty, co z

tym się wiąże nie wymagająca na tym etapie wsparcia konkretnych oddziaływań. Takim drugim przykładem jest giełda, póki giełda nie przyniesie realnych szkód, gdzie szkody są na tyle wyraźne i na tyle spektakularne, że nagle można stwierdzić, że ktoś na giełdzie rzeczywiście przegrał, ale towarzyszy temu cała masa różnych innych przekonań, które są fałszywymi przekonaniem i tłumaczą niepowodzeniami albo, że taka jest istota giełdy, że ludzie wygrywają, przegrywają ale, że nie ma to związku dalej z uzależnieniowym sposobem funkcjonowania gracza. (PS 2804_M_1)

Często samo uprawianie hazardu nie jest postrzegane, jako coś negatywnego, nawet jeżeli ciągnie się przez wiele lat i charakteryzuje się dużą intensywnością, dopóki nie przynosi zbyt wielu szkód. Dopiero w momencie, kiedy pojawiają się negatywne konsekwencje grania, takie jak zaniedbywanie obowiązków, zaciąganie zobowiązań finansowych bez pokrycia, nie dotrzymywanie terminów, umów, to wtedy spotyka się to z reakcją najbliższego otoczenia, głównie rodziny. Często to rodzina pierwsza dostrzega i nazywa problem, gdyż to głównie ona ponosi negatywne konsekwencje.

Tutaj to napiętnowanie może być no takie dość mocne i silne, ale to jest normalne też przy innych uzależnieniach ze strony właśnie najbliższych, czyli rodziny i tych ludzi, którzy są na pierwszej linii ataku tej choroby... danego hazardzisty, bo ci ludzie jakby odczuwają to wszystko, nie? Oni już wiedzą, co to jest hazard. (TR2703_M_1)

Respondenci opisywali, w jaki sposób postrzegany jest hazard poprzez porównania do innych uzależnień. Według nich osoby z zaburzeniami hazardowymi są postrzegane lepiej niż osoby uzależnione od alkoholu, które zwykle są kojarzone z osobami wykluczonymi społecznie, widocznymi w przestrzeni społecznej, podczas gdy osoba z zaburzeniami hazardowymi w odbiorze społecznym to osoba, którą stać na granie.

Bo to jak my widzimy alkoholika, to nie widzimy tego, nie wiem, biznesmena, który co wieczór pije sobie tą szklankę whisky przed snem żeby zasnąć i nie potrafi funkcjonować. Nie tak postrzegamy alkoholika, tylko postrzegamy go jeszcze jako te osoby, które leżą pod budką przysłowiową, bo już nie ma czegoś takiego. Tylko, że jest ten, który żebrze w sklepie, ten, który jest brudny, obity i źle ubrany. Myślę, że w takim społecznym, w społecznej ocenie hazardzista może się kojarzyć z kimś, kogo stać na to, żeby przegrywać pieniądze. Bo jeżeli ktoś ma pieniądze, to automatycznie jest lepiej postrzegany, niż ktoś, kto zbiera pieniądze na piwo. Tak mi się wydaje, ale to może być moje subiektywne. (TR2603_K_1)

Lepsze postrzeganie osób z zaburzeniami hazardowymi wynika z tego, że negatywne konsekwencje hazardu, w powszechnym rozumieniu, nie dotyczą tak bardzo społeczeństwa jako całości, a odczuwają je głównie sami zainteresowani, czy ich rodzina. Konsekwencje te nie są tak widoczne czy medialne, jak w przypadku innych uzależnień.

Wydaje się, że nikomu krzywdy nie robią. Bo sobie tam siedzą i grają, tak? To nie jest widoczne, to nie jest spektakularne, tak? Jak się ktoś zaleje i narozrabia, tak? To od razu widać, albo jedzie po pijaku czy pod wpływem narkotyków i spowoduje wypadek (TR1903_K_1)

Ma tu również znaczenie, że negatywnych konsekwencji hazardu nie można dostrzec w pierwszym kontakcie. W przypadku osób uzależnionych od substancji czasem wyniszczenie fizyczne i psychiczne jest na tyle duże, że widoczne dla otoczenia. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie różnią się wyglądem od innych.

Wydaje mi się, może intuicyjnie bardziej mówię, że społeczeństwo bardziej negatywnie patrzy na osobę uzależnioną od alkoholu, niż na osobę uzależnioną od hazardu, to jednak jest niższa skala odrzucenia czy poniżania.

M: Z czy to może być związane?

Z tym chyba trochę, że może nie widzi się tak dużych szkód, jakich hazard może przynosić, nie wiąże się to z odurzaniem, taka osoba działa na pewnej takiej świadomości, nie ma takich zmian psychicznych za dużych. (PS2304_K_1)

Problem zaburzeń hazardowych w ocenie społecznej dotyczy innej kategorii osób, niż problem uzależnienia od alkoholu. W powszechnej opinii są to osoby dobrze usytuowane społecznie, wykształcone. To, że im się nie powiodło, to kwestia przypadku.

M: Proszę mi powiedzieć, a myśli pani, że jest jakaś różnica w tym jak patrzy pracownik socjalny albo, powiedzmy nawet, ta społeczność lokalna, na narkomana, alkoholika, a hazardzistę? Myśli pani, że to się jakoś różni to postrzeganie hazardzisty, który, na przykład, popadł w kłopoty finansowe, bo za dużo grał?

No, myślę, że się chyba różni jednak. Bo obraz w naszym społeczeństwie chociażby alkoholika to jest, tak jak mówiłam, to jest zazwyczaj śmierdzący, brudny człowiek, natomiast... Zresztą narkomana też, to jest właśnie taki obraz. Natomiast hazardzista, no, bardziej się kojarzy, jakby, no, z człowiekiem takim majątniejszym, który stracił. Może niekoniecznie zaniedbanym fizycznie, tak jak na przykład alkoholik się kojarzy. I też jest często... bardziej, nie wiem, człowiekiem wykształconym, inteligentnym taki hazardzista. Natomiast, no, alkoholicy się kojarzą z takimi osobami, nie wiem, z niższych, jakby, warstw... społecznych. Z niższym wskaźnikiem inteligencji. (OPS2804_K_1)

Jednakże pojawiły się również opinie, że osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą się spotkać z mniejszą wyrozumiałością niż osoby uzależnione od alkoholu. Według tej opinii rodzinie łatwiej jest zaakceptować, że ktoś jest uzależniony od alkoholu, niż że wydaje wszystkie pieniądze na grę i zostawia rodzinę bez środków do życia. O ile dla większości społeczeństwa jasne jest, że alkoholizm jest chorobą, o tyle hazard wciąż postrzegany jest w kategoriach moralnych. Osoba z zaburzeniami hazardowymi może być postrzegana, jako osoba niedojrzała, lekkomyślna, taka, które chce się łatwo dorobić lub ma za dużo pieniędzy, charakteryzująca się złą wolą.

Terapia pomaga w tym, żeby zaakceptować uzależnienie, jako chorobę. Nie w kategoriach moralnych, że to coś złego, bo tak niestety jesteśmy przez bliskich oceniani. Albo idiota, kretyn, który przegrywa pieniądze albo człowiek zły, bo kłamie, wyłudza, a to niestety to są konsekwencje. I ja miałem duży problem z tym, żeby zaakceptować siebie, jako człowieka chorego. Dała mi to terapia. (H3003_M_1)

Sytuacja życiowa, w jakiej znajduje się osoba z zaburzeniami hazardowymi może być postrzegana, jako zawiniona, również w odbiorze profesjonalistów zajmujących się problemem. Problemy, których doświadcza osoba z zaburzeniami hazardowymi, w tym rozumieniu, wynikają ze słabości jej charakteru i w jej gestii leży ich rozwiązanie.

M: W takim razie, jeśli chodzi o kwestię postrzegania sytuacji z hazardem, o ocenę tych osób, czy spotkał się Pan z takimi sytuacjami odrzucenia, gorszego traktowania, niechęci wobec osób, które mają problemy z hazardem?

- Ja myślę, że to nawet wśród specjalistów psychiatrów, psychologów obserwuje się taką tendencję do postrzegania w taki sposób zaburzeń behawioralnych. Zdaje się, że te osoby są traktowane w kategorii uzależnień w nowych klasyfikacjach, ale uzależnienia tego typu są zwykle postrzegane, jako zawinione, w związku z tym nie do końca jest to uważane za problem medyczny, chorobę. Choć może niechętnie wprost to się przyznaje, ale te osoby są postrzegane wydaje mi się jako ułomne.

M:- Tworzy się pewien dystans. W jakich sytuacjach ten dystans się przejawia na przykład?

- Na przykład wydaje mi się, że wśród personelu medycznego, zajmowania się tym problemem, który jest postrzegany jako właśnie osobista ułomność czy słabość człowieka, nie koniecznie problem, którym specjalista powinien się zajmować stąd też tendencja do odsuwania od siebie tego problemu.

(PS1002_M_1)

Jeżeli osoba nie porzuca dotychczasowego stylu życia, to nie z powodu choroby, ale dlatego, że przynosi jej to różnego rodzaju korzyści. Zaburzenia hazardowe są postrzegane, jako możliwe do samodzielnego przezwyciężenia.

M: A proszę powiedzieć, czy uważa Pani, że postrzeganie tych osób jakkolwiek, i ocenianie ich tym samym, jakkolwiek różni się od postrzegania i oceniania osób, które są uzależnione od narkotyków lub/i od alkoholu?

- Czy mogą być różnie postrzegani? Myślę, że pewnie mogą być inaczej postrzegani, ponieważ wydaje mi się, że o ile to uzależnienie od alkoholu to jakoś tak jest przez społeczeństwo uważane, że to choroba, zapewne uzależnienie od hazardu będzie traktowane jako taką niemoc i brak... taką złą wolę ze strony tej osoby, że ona mogłaby przestać, a nie przestaje, że nie jest tak samo utożsamiane z chorobą, uzależnieniem, że nie jest to takie równoznaczne. Pewnie postrzegane jako lżejsza forma uzależnienia, z którą można sobie dowolnie poradzić, a wynika to wyłącznie ze złośliwości, albo z chęci sprawiania sobie przyjemności, a nie z jakiejś choroby, czy nie wiem jak to nazwać. Czyli jakby podsumowując rzeczywiście mogą być spostrzegani gorzej i traktowani, w porównaniu z innymi rodzajami uzależnienia, czy uzależnieniem od alkoholu. (OPS1201_K_1)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi przeżywają lęki związane z możliwością lub koniecznością ujawnienia swojej choroby potencjalnemu partnerowi, czy pracodawcy. Obawiają się, że ujawnienie informacji o doświadczanych problemach, już na samym początku może ich zdyskredytować, zniweczyć ich wysiłki by nawiązać relację, czy podjąć pracę.

M: W jakich jeszcze sytuacjach się przejawia, że spotyka się Pan z odrzuceniem?

- Znaczy tak jak mówię, ja to ukrywam tak na zewnątrz, że to jest bardziej mój lęk, że spotkam się z odrzuceniem. Tutaj też, no wie pani, spotykam się z kobietą, która w jakiś sposób mi się podoba, no i teraz wielki dylemat, no bo powiedzieć powiem, tylko pytanie: powiedzieć od razu czy powiedzieć za tydzień, za miesiąc, no i problem wyważenia czy to nie będzie za wcześnie albo czy to nie będzie za późno. No bo zdecydowałem, że teraz jadę uczciwie i żeby ta druga strona też mogła sobie zdecydować czy ona chce się wiązać z kimś takim jak ja, w sensie chorym człowiekiem. Natomiast nie, no po terapii tam potem trochę pracowałem na etatach, ale tak jak mówię, ukrywałem fakt choroby, natomiast w tym jednym przypadku gdzie szefowi powiedziałem, to po prostu spotkało się to raczej z rozbawianiem jakimś niż z napiętnowaniem. (H3003_M_1)

Opinie na temat potępienia z jakim spotykają się osoby z zaburzeniami hazardowymi są zróżnicowane. Według części respondentów narażenie na potępienie w przypadku hazardu jest znacznie mniejsze niż w przypadku alkoholu, czy narkotyków, ponieważ jest to zjawisko stosunkowo nowe, niezdefiniowane dobrze społecznie, a osoba z zaburzeniami hazardowymi w odbiorze społecznym to osoba, którą stać na granie. Poza tym konsekwencje uprawiania hazardu nie są zbyt widoczne dla osób z zewnątrz. Jednakże pojawiły się również opinie, że osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą się spotkać z większym potępieniem, gdyż ich problemy są postrzegane jako wynikające ze słabości charakteru i możliwe do samodzielnego przezwyciężenia. Osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się reakcji na ujawnienie informacji o uzależnieniu, zwłaszcza jeśli to dotyczy potencjalnego pracodawcy czy partnera życiowego.

b) Samopostrzeżenie osób z zaburzeniami hazardowymi

W wywiadach z terapeutami zwrócono uwagę na kwestię tego, jak same osoby z zaburzeniami hazardowymi postrzegają swój problem. Po pierwsze zdarza się, że osoby, które trafiają do terapii nie chcą być przyrównywane do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, odcinają się od ich zachowań i sposobu życia, chcą podkreślić swą odmienność, wyjątkowość. Podkreślają, że niektóre formy hazardu wymagają dużej sprawności umysłowej.

Czasami mi się wydaje, że oni np. na tle innych takich osób, to te które mają problem z uzależnieniem to im się wydaje, że to jest takie - nie wiem - lepsze uzależnienie, czy jakieś takie.... mniej groźne, czy coś takiego. Oni się tak trochę chyba lepiej czują na tle np. takich osób, które bardzo dużo piją, albo... brali narkotyki, nie? Może to jest jakaś ich obrona, no żeby się tak nie czuć do dupy. (TR2603_K_2)

Ta grupa pacjentów uzależnionych jest o tyle jest charakterystyczna, że są dość wielkościami...

M: Co to znaczy?

- Myślę sobie: "my jesteśmy lepsi", bo "my nie pijemy", "nikt nas nie znajdzie w rowie"... – tak bardzo schematycznie oczywiście mówię, stereotypowo to nie jest tak, że tam - nie wiem: "były jaki alkohol piję, i tam po prostu siedzę przed telewizorem - ja gram!", "to wymaga sprawności umysłu!" - i prawda to w wielu, wielu sytuacjach, tak? Bardzo wyróżniają się pokerzyści, którzy mówią "to jest wyjątkowa gra", "my jesteśmy elitą". Mniej osoby hazardujące się w postaci grania na automatach - to jest takie bardziej coś takiego - powiedziałabym - bezmyślnego też, tak? Taki sposób na odreagowanie. (TR1902_K_1)

Po drugie osoby, u których współwystępuje uzależnienie od hazardu i substancji psychoaktywnych, nie postrzegają hazardu w kategoriach problemu, który należy poddać terapii. Poszukują leczenia w związku z uzależnieniem od alkoholu, czy narkotyków. W przypadku hazardu poszukują doraźnych rozwiązań problemów mieszkaniowych, czy finansowych. Często dopiero wtedy, gdy trafiają do placówki są motywowani do zajęcia się również problemem hazardu.

Ja najczęściej mam kontakt z osobami, które same szukają pomocy - po prostu zgłaszają się do schroniska, bo nie mają już gdzie mieszkać, ale często też ta pomoc na początku - oni oczekują tylko takiego miejsca schronienia i mówią, że muszą tylko podjąć pracę, a nie że jakieś leczenie jest im potrzebne, tylko właśnie - koniecznie praca, bo oni muszą spłacać długi, tłumaczą, to jest najważniejsza rzecz, natomiast o terapii nie myślą i to trzeba dopiero trochę ich tutaj umotywić, czy

pokazać... jak to... jak to dalej się podzieje, jeśli czegoś z tym nie zrobią po prostu....

M:- A dlaczego oni nie traktują uzależnienia od hazardu w kategoriach choroby, mówią że nie mówią, że muszą się leczyć, tylko że muszą spłacić długi?

- Najczęściej myślę, że ponieważ my tu mamy też osoby też i uzależnione od narkotyków i alkoholu... no myślę że tak, że jest trochę takie postrzeganie, że to nie jest jeszcze takie uzależnienie, jak uzależnienie chemiczne - że ono może nie jest takie - nie wiem - no takie jest trochę lepsze - bym powiedziała w cudzysłowie.

M:- Lepsze? Dlaczego?

- No nie wiem, no oni też często opowiadają jakie długi oni mają, potężne, ile mieli pieniędzy na przykład, no że to jest taki trochę inny świat, taki - nie wiem - świat jakiś tam alkoholika to się kojarzy z siedzeniem na ławce gdzieś pod blokiem, natomiast hazardzista siedzi w kasynie w ładnym miejscu, w garniturach, że to jest trochę taki - wydaje mi się czasami, że mają takie przekonanie, że to jest... znaczy no, że to, że chyba no, nie jest to takie samo uzależnienie jak alkohol, czy.... czy narkotyki - one się tu kojarzą np. że strzykawką i jakimś strasznym wykluczeniem (TR2603_K_2)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi podkreślają, że ich uzależnienie nie może być utożsamiane z osobami uzależnieniem od alkoholu czy narkotyków, które prowadzą do znacznie większego wykluczenia społecznego. Osoby ze współwystępującymi uzależnieniami jako dominujący problem definiują używanie substancji i pomocy poszukują w związku z tym problemem.

c) Postrzeganie leczenia przez otoczenie

W większości przypadków reakcje otoczenia na podjęcie leczenia są pozytywne. Podjęcie leczenia może sprawiać, że osoba z zaburzeniami hazardowymi zaczyna być lepiej postrzegana przez otoczenie, rodzinę, jako ktoś kto podejmuje kroki w celu zmiany swojej sytuacji, osoba, która walczy o swoją „drugą szansę”, o swój związek. Osoby, które ujawniają otoczeniu fakt podjęcia leczenia spotykają się z wyrazami wsparcia, otrzymują podziękowania za szczerość, za okazanie zaufania.

Osoby, które podjęły leczenie mogły liczyć na wsparcie ze strony najbliższych – rodziny, przyjaciół, ale także od pracodawcy. Sprzyjająca reakcja pracodawcy, związana z oferowaniem pomocy jest dla osób z zaburzeniami hazardowymi na ogół zaskakująca i może mieć wpływ na motywację pacjenta do leczenia.

Mój główny przełożony wie o moim problemie, bo kiedyś mu tak samo o tym powiedziałem jak tam zacząłem jeździć na mitingi. Przyjął to tak ze spokojem, byłem zdziwiony jak on to przyjął w ogóle, ja myślałem, że zaraz mnie albo z pracy będzie chciał zwolnić albo coś, ale nie, sam nawet mi swoją pomoc zaoferował, to mnie tak zaskoczyło, mile mnie to zaskoczyło (H1805_M_1)

Jednak reakcje nie zawsze są pozytywne. Może to zależeć, od tego, czy nałogowe uprawianie hazardu postrzegane jest w kategoriach choroby, czy raczej jakiejś słabości charakteru. W drugim przypadku leczenie może być odbierane, jako strata czasu i pieniędzy, kiedy potrzeba wyłącznie silnej woli, by pozbyć się problemu. Część osób nie wierzy, że terapia może przynieść pozytywne rezultaty.

Przed wszystkim inne osoby, to to traktują w ten sposób, że nie bardzo wiedzą o co chodzi, nie rozumieją. Tak naprawdę ja się spotkałem z czymś takim, że nie wierzą w powodzenie terapii. No po prostu nie wierzą w powodzenie tego. Spotkałem się też z wieloma hasłami, bo ja chodziłem na

prywatną terapię, że to strata pieniędzy, że to i tak nic nie da, że to tylko silna wola może pomóc. Po prostu jest takie przekonanie w społeczeństwie, że właśnie silna wola załatwia wszystko. To jest taki paradoks, że właśnie nie chodzi o silną wolę tylko o poddanie się żeby nie walczyć. Myślę, że to też warto by było jakoś to społeczeństwo uświadomić, że silna wola nie ma tu nic do problemu.
(H2204_M_1)

Podjęcie decyzji o leczeniu może też wiązać się z wyjściem na jaw różnych faktów, takich jak okradanie i oszukiwanie rodziny, przegrywanie dużych kwot, które stawiają osobę z zaburzeniami hazardowymi w niekorzystnym świetle. Mogą spotkać z potępieniem i brakiem zaufania, które trudno im odzyskać mimo podjęcia leczenia

M: To proszę opowiedzieć o tym. Jakie to były sytuacje i przez kogo ewentualnie był Pan gorzej traktowany?

- No na pewno przez rodziców mojej partnerki, którzy od tamtego momentu dążyli do tego żebyśmy się rozstali i w zasadzie to przez ich naciski na to nasze rozstanie tak naprawdę ono zaistniało, bo moja dziewczyna rozstała się ze mną w takim momencie kiedy ja już byłem na tej dobrej drodze, już przeszedł czas konsekwencji, zaczęło się coraz lepiej układać i w pracy i w domu i sam do końca tego nie rozumiem, no ale ... to znaczy rozumiem tylko to w ten sposób, że po prostu rodzice ją do tego nakłaniali. No kto jeszcze? Tak naprawdę przyjaciół nie miałem więc przyjaciele... przyjaciół nie miałem więc nie miał mnie kto źle potraktować, bo zostałem sam jak palec. Myślę, że głównie rodzice tej byłej partnerki. Rodzice, ale ona też zmieniła do mnie bardzo stosunek. Później już nawet jak zacząłem się zmieniać, jak pracowałem już nad sobą to ona ciągle tak jakby były w tym żalu do mnie i nie widziała w ogóle efektów. Ja te efekty widziałem już, widziałem, że się ze mną coraz lepiej dzieje, ona ciągle mówiła, że robię jeden krok do przodu, a dwa do tyłu. Może to też spowodowało później to rozstanie, nie wiem. (H2204_M_1)

Podjęcie leczenia wymaga od osoby z zaburzeniami hazardowymi przyjęcia etykiety osoby uzależnionej, mającej problem. O ile przed podjęciem leczenia nie ma pewności, czy problemy, których doświadcza osoba, wymagają skorzystania z profesjonalnej pomocy, czy są już uzależnieniem, o tyle na początku leczenia stawiana jest diagnoza, która to potwierdza lub wyklucza. W tym sensie leczenie stygmatyzuje osoby, które się mu poddają:

Tak jest pewnie z tego co wiem w innych uzależnieniach, także znam często osoby uzależnione, które wstydzą się nie tyle samego uzależnienia co leczenia, tak jakby to wtedy uzyskiwali pieczętkę osoby uzależnionej- pijaka, alkoholika na przykład. Podejrzewam, że ten mechanizm może działać i tutaj
(PS1002_M_1)

Pracownicy OPS-ów zwrócili uwagę, że szczególnie stygmatyzujące może być korzystanie z pomocy opieki społecznej, gdyż w powszechnym odbiorze OPS jest instytucją, która obejmuje swoją pomocą osoby biedne, dotknięte wieloma problemami, czy wręcz patologiami, niezaradne życiowo, niemające narzędzi by sobie poradzić samodzielnie,

Być może, jeżeli taka osoba ma gdzieś zakodowane, że ośrodek pomocy społecznej jest dla osób dysfunkcyjnych, z problemami, jeżeli tak będzie kojarzyła ośrodek pomocy społecznej, to może będzie miała jakąś obawę, że zostanie potraktowana jako ta osoba gorsza. Może łatwiej jej rzeczywiście

byłoby zgłosić się do konkretnego ośrodka, gdzie będzie bardziej anonimowa niż na płaszczyźnie ośrodka pomocy społecznej.

M: Ale anonimowa w sensie procedur, czy anonimowa w sensie odbioru społeczności?

- Odbioru w społeczności, że być może nikt jej nie zobaczy z sąsiadów, nie zostanie jakby gdzieś przypięta jej łaska, że korzysta z pomocy ośrodka, czy jest biedna, bądź ma jakieś problemy w domu. Bo jeżeli tak jesteśmy postrzegani, to być może to mógłby być jakiś problem dla osób.

M: A czy uważa Pani, że tak jesteście postrzegani?

- Tak, tak.

M: Zdecydowanie tak?

- Zdecydowanie tak, że jesteśmy postrzegani jako głównie instytucja pomagająca finansowo osobom biednym, bądź mającym wyjątkową dysfunkcję w domu. Alkohol, jakieś trudności opiekuńczo-wychowawcze. (OPS1201_K_1)

Podobnie korzystanie z opieki psychiatrycznej może się wiązać z większym poczuciem stygmatyzacji poprzez utożsamienie zaburzeń hazardowych z zaburzeniami wymagającymi pomocy psychiatrycznej. W większości przypadków reakcje otoczenia na podjęcie leczenia są pozytywne. Podjęcie leczenia może sprawiać, że osoba z zaburzeniami hazardowymi zaczyna być lepiej postrzegana przez otoczenie, rodzinę, jako ktoś kto podejmuje kroki w celu zmiany swojej sytuacji, osoba, która walczy o swoją „drugą szansę”, o swój związek. Osoby, które ujawniają otoczeniu fakt podjęcia leczenia spotykają się z wyrazami wsparcia, otrzymują podziękowania za szczerość, za okazanie zaufania.

W większości przypadków reakcje otoczenia na podjęcie leczenia są pozytywne. Podjęcie leczenia może sprawiać, że osoba z zaburzeniami hazardowymi zaczyna być lepiej postrzegana przez otoczenie, rodzinę. Jednakże podjęcie decyzji o leczeniu może też wiązać się z wyjściem na jaw różnych faktów, takich jak okradanie i oszukiwanie rodziny, przegrywanie dużych kwot, które stawiają osobę z zaburzeniami hazardowymi w niekorzystnym świetle. Mogą się spotkać z potępieniem i utratą zaufania, które trudno odzyskać mimo podjęcia leczenia.

8. REKOMENDACJE

Problemy z hazardem pojawiły się na większą skalę w Polsce dopiero po roku 1990, kiedy to otworzono pierwsze kasyna oraz weszły na rynek automaty do gry, które obniżyły próg dostępności hazardu ze względu na ich gęstą sieć oraz brak ograniczeń co do godzin funkcjonowania. Problemy zostały dodatkowo wzmocnione przez szybki rozwój Internetu, gdzie dostępna jest szeroka oferta gier hazardowych.

Chociaż celem naszych badań jest ocena dostępności leczenia zaburzeń hazardowych w Warszawie to musimy pamiętać, że - podobnie jak w większości innych uzależnień – leczenie jest najbardziej kosztowną odpowiedzią na problemy, jakie rodzi używanie substancji oraz inne uzależnienia behawioralne. Dlatego też do naszych rekomendacji włączyliśmy również te, które wychodzą poza wąsko rozumiane leczenie. Przedstawione rekomendacje powstały na podstawie wyników badań ankietowych w kilkunastu placówkach podejmujących problem patologicznego hazardu oraz

wywiadów jakościowych, zarówno z tymi którzy zaangażowani są w pomoc i leczenie zaburzeń hazardowych jak i samych osób dotkniętych tymi problemami. Rekomendacje obejmują:

1. ograniczanie dostępności hazardu,
2. informację i edukację,
3. dostępność do leczenia,
4. poprawę jakości i adekwatności leczenia,
5. badania naukowe.

Spośród rekomendacji formułowanych naszych respondentów wybraliśmy te, które z jednej strony odpowiadają ich potrzebom i doświadczeniu, z drugiej – nie stoją w sprzeczności z aktualną wiedzą na temat skuteczności (i nieskuteczności) polityki zdrowotnej i społecznej w tym zakresie.

1. Ograniczanie dostępności

- a. zmniejszenie możliwości uprawiania hazardu a zwłaszcza dostępu do automatów do gry i hazardu w internecie
- b. wprowadzenie ograniczeń co do godzin otwarcia
- c. wprowadzenie zakazu hazardu dla niepełnoletnich

Mimo iż liczba automatów do gier od kilku lat maleje to jednak ich dostępność jest ciągle znaczna, zwłaszcza że są one czynne często 24 godziny na dobę. Według graczy: *naprawdę dostęp do hazardu jest wszędzie. Mamy dostęp, prawie wszędzie stoją maszyny (H1605_M_1). „... ostatnio była nagonka na maszyny, że pozamykane będą ... Dalej funkcjonuje i będzie funkcjonować, bo ktoś na tym zarabia krocie pieniędzy i wiadomo, że dojrzej krowy się nie zabija (H2703_M_1).* Ograniczenia postulują też lekarze podstawowej opieki zdrowotnej *utrudnić dostęp do hazardu, jakoś ustawowo (POZ1604_K_2).* W wywiadach z hazardzistami pojawia się postulat zakazu dla niepełnoletnich *„Ja zacząłem grać jak miałem 16 lat i to była katastrofa .. żeby to było niedostępne dla osób, dla których to ma być niedostępne ... a dostępność jest niesamowita też dzięki temu, że jest Internet (H3003_M_2).*

2. Informacja i edukacja

- a. kampanie w środkach masowego przekazu
- b. edukacja szkolna
- c. informacje ostrzegawcze w miejscach uprawiania hazardu.

2a Kampanie w środkach masowego przekazu

Wg wyników licznych badań informacja i edukacja mają stosunkowo niewielki wpływ na zachowania. Mogą jednak zwiększyć świadomość zagrożenia problemem w opinii publicznej, podnieść jego rangę wśród innych problemów, ulokować wyżej na liście priorytetów polityki społecznej i zdrowotnej i wreszcie podnieść poziom akceptacji dla polityki mającej swe podstawy w wynikach badań naukowych. Najwięcej propozycji w tym zakresie uzyskaliśmy od osób, które dotknął problem hazardu. Uważały one, że problem jest za słabo nagłośniony:

Na pewno mógłby być bardziej jakby rozgłoszony ten problem. Bo on jest tak stłumiony, ogólnie ten problem jest tłumiony, nie ma o nim gdzieś tam. Trzeba się po stronach internetowych dowiadywać, gdzieś tam ... (H1805_M_1).

większe nagłośnienie tego problemu, bo jeżeli chodzi o hazard, to na pewno jest dużo mniej rozpowszechniony niż na przykład jeżeli chodzi o alkoholizm czy narkomanię. (H2703_M_1)

też jest potrzebne jakby nagłośnienie tego problemu. To jednak jest zamiatane pod dywan. Mówi się dużo o alkoholizmie, o narkomanii. Natomiast nie mówi się nic na temat hazardu. (H3103_M_1)

Kampania społeczna, że takie problemy występują i to powinno być na pewno w taki sposób tak zrobione, żeby nie odstraszać i nie wytworzyć atmosfery śmieszności (H3103_M_1)

za mało jest jakiś takich akcji w środkach masowego przekazu, za mało o tym się mówi, za mało (H1704_K_3)

2b. Edukacja szkolna

Uzależnieni widzieli również potrzebę rozpoczęcia edukacji już w szkole:

że fajną rzeczą to w ogóle byłaby już edukacja w szkole, żeby godzinę poświęcić raz na pół roku, że ktoś kto ma problemy, jakiś młody dzieciak w liceum założymy, no że są jakieś środki, że są lekarze (H1605_M_1).

ja będąc dobrym uczniem to w ogóle nie było szans, żebym gdzieś tam miał osobę, z którą mógłbym w szkole o tym porozmawiać. Nie ma takiej profilaktyki w tym względzie i nawet jak moi znajomi wiedzieli, że gram, to nikt też nie miał pojęcia jak się w związku z tym zachować (H3003_M_2).

myślę, że już to się powinno w szkole od małego (...) Myślę, że takie informacje jeżeli chodzi o narkotyki, hazard czy alkohol też by się tu przydały (H2703_M_1).

O potrzebie edukacji szkolnej mówili też terapeuci:

więcej być może jakichś takich informacji typu w szkołach, prawda? Żeby - żeby ludzie mieli świadomość, prawda, zanim jeszcze wpadną w problem, żeby właśnie no - chodzi o to, żeby coraz więcej ludzi się zgłaszało jeszcze nieuzależnionych. (TR2703_M_2)

trzeba było pomyśleć o jakimś dotarciu do szkół, jak nie do przedszkoli nawet już, nie? Żeby - żeby jakieś sygnały ostrzegawcze - taki młody człowiek wiedział... Miał jakąś wiedzę na temat jakichś sygnałów ostrzegawczych - więc myślę, że tutaj przede wszystkim jakaś edukacja, nie? Informacja ... zanim, żeby nie doszło jeszcze jakby do uzależnienia, nie?(TR2703_M_2)

2c. informacje ostrzegawcze w miejscach uprawiania hazardu.

Jeden z uzależnionych rekomenduje napisy ostrzegawcze w miejscach uprawiania hazardu:

skoro na paczce papierosów jest napisane, że szkodliwe, no to na każdym takim pierdolniku, salonie, kasynie powinno być w takiej samej proporcji co na papierosach napisane, to ja nie wiem jaka forma, że „bycie tutaj może spowodować uzależnienie od hazardu”. Ale to ma być wołami, tak jak my czytamy na papierosach (H1704_M_2)

3. Dostępność leczenia

- a. zwiększenie liczby programów dla hazardzistów, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie
- b. poprawa informacji na temat możliwości leczenia
- c. kierowanie do leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów
- d. zapewnienie możliwości leczenia bez kolizji z obowiązkami zawodowymi

3a. Zwiększenie liczby programów dla hazardzistów, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że liczba placówek uwzględniających w swej ofercie patologiczny hazard jest w Warszawie niewielka. Na ponad 50 rozesłanych do placówek ankiet odpowiedziało dwadzieścia, z których tylko co druga potwierdziła, że obejmuje swoją opieką również hazardzistów. Jednak żadna z nich nie udostępniła nam konkretnego programu terapeutycznego, co sugeruje, że albo zazdrośnie strzegą swoich programów, albo - co bardziej prawdopodobne - nie mają programów, którymi chciałyby się pochwalić na zewnątrz.

Potrzebę powstawania nowych wyspecjalizowanych programów lub ośrodków widzą w zasadzie wszystkie grupy respondentów, zarówno osoby cierpiące z powodu zaburzeń związanych z hazardem jak i lekarze i terapeuci.

To tak jak mówiłem, no to jest kwestia powstania nowych punktów, ośrodków, więcej takich ośrodków, więcej pieniędzy skierowanych na te ośrodki. (H0806_M_1)

Bardziej konkretne są tutaj postulaty lekarzy psychiatrów:

Więcej placówek, większa dostępność, większa wiedza, kolejność odwrotna, że problem należy, na zasadzie uświadomienia problemu, pokazania czym jest ten problem i możliwości działań przy większej dostępności terapeutów i ośrodków, może w NFZowskich, bo tak jak wspominałem, dostępność, na przykład w poradniach prywatnych, wydaje mi się jest, tam jest mniejszy okres oczekiwania, natomiast problem z dofinansowaniem może być (PS2804_M_2)

wyść trochę ze szpitala i w poradniach prowadzić takie grupy skoncentrowane na danym problemie i zwiększyć tą ofertę poradnianą (PS2801_K_2)

Jeden z psychiatrów proponuje umieszczenie terapii dla hazardzistów w wykazie świadczeń gwarantowanych:

wyodrębnienie ... w wykazie świadczeń, w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, żeby stworzyć taką platformę do kontraktowania tego typu świadczeń osobnych placówek a nie przypiętego hazardu do uzależnień takich, siakich, czy owakich, gdyby był stworzony taki model tego typu placówek i forma plus pozytywne doświadczenie to może one szybciej by się ukorzeniły i pojawiły w naszej rzeczywistości. (PS2805_M_1)

Terapeuci najlepiej sobie zdają sprawę, że długi czas oczekiwania może oznaczać rezygnację podjęcia terapii:

to co jest ważne dla takiego pacjenta to, to żeby on dostał szybki termin spotkania, bo dzisiaj jest zmotywowany do tego żeby podjąć leczenie, żeby zgłosić się, jutro już to zupełnie może inaczej wyglądać, więc tutaj czas jest ważny.(...) Ważne żeby to było dosyć szybko, żeby on nie stracił tej motywacji. (TR0705_K_1)

Ambulatoryjne ... jest niesamowite obłożenie ... to taka kolejka trwała około miesiąca, półtora miesiąca, żeby dostać się na konsultacje do terapeuty. Wiem, że to nie jest specyfika tylko naszej poradni, tylko generalnie w warszawskich tak jest (TR2702_M_1).

3b. poprawa informacji na temat możliwości leczenia

Jednak oprócz fizycznej dostępności leczenia kluczową rolę odgrywa zapewnienie dostępu do informacji o leczeniu. Potrzebę taką widzą przede wszystkim sami pacjenci, mimo iż wszyscy mają za sobą doświadczenia z leczeniem, a więc znaleźli drogę do leczenia. Informacja taka powinna być dostępna w środkach masowego przekazu, w Internecie ale także w miejscach uprawiania hazardu: *nie za bardzo nigdzie słyszałem, że są jakieś kluby, gdzie mogę iść, sobie pomóc. Wydaje mi się, że później zawsze coś takiego może komuś zakiełkować; kurde mam przekichane teraz, ale jest gdzieś miejsce, gdzie mogę iść. (H1605_M_1)*

Reklama [o możliwościach leczenia-autorzy], nie wiem, w środkach transportu, gdziekolwiek, o formach leczenia i tak dalej. (H0806_M_1)

że gdybym ja grając wpisałbym w Google „terapia do spraw uzależnień” czy „terapia uzależnień” i wyskoczyłoby mi 50 klinik, które się pozycjonują i mają swoich informatyków i pozycjonerów, którzy się tym zajmują to bym pewnie może i się zapisał do państwowej, bo bym o tym wiedział w ogóle natomiast nie wiedziałem o tym. A nie wiedziałem o tym dlatego, bo w Internecie nie wyskakuje to na pierwszej stronie. W dzisiejszych czasach liczy się to co w Internecie wyskakuje na pierwszej stronie w Gogle (H2404_M_2).

wydaje mi się, że w kasynach powinny być takie informacje [gdzie można uzyskać pomoc w związku z graniem - autorzy], tak? Bo nawet jeżeli wchodzimy na jakieś środki, co ja mówię, środki, serwisy bukmacherskie zagraniczne, tak? To zawsze na dole w stopce jest, że zgadzasz się na świadomą grę, tam w razie czego są linki gdzie szukać pomocy, tak? Natomiast jak się wchodzi do kasyna, no to żadnej informacji takiej nie ma, więc albo przed wejściem albo na przykład na wejściu powinna być taka informacja. (...) Wydaje mi się, że powinien być drogą ustawy zrobione tak, żeby kasyna czy salony gier miały obowiązek wystawiania tego. (H1505_M_4)

jak się wchodzi do takich miejsc albo już na miejscu w takich ośrodkach rozrywkowych, tak to nazwijmy, żeby były jakieś informacje, że hazard jest chorobą i że pod tymi numerami albo pod tym adresem mailowym, pod tym adresem uzyskasz pomoc, tak? Bo w momencie kiedy ja wchodzę do kasyna, do salonu gier ja takich informacji nie posiadam, tak? (H1505_M_4)

3c. Kierowanie do leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów

Terapeuci zwracają przede wszystkim uwagę nie tylko na niedostateczną informację w mediach ale także na brak wrażliwości na problemy hazardowe wśród innych specjalności, których przedstawiciele nie tylko nie kierują ale nawet nie informują o możliwościach leczenia.

powinno być więcej informacji na temat właśnie różnych form dostępności... dostępności takiej pomocy dla osób uzależnionych od hazardu (...) im więcej takich informacji gdzieś... gdzieś można by było uzyskać, to by było tym lepiej, nie? Dla tego klienta, że on - on może bardziej na to trafić. Myślę, że - no właśnie, skoro przychodzą tu, a nie wiedzą, że są grupy samopomocowe, no to dlaczego nie wiedzą, że są grupy samopomocowe, prawda? Gdyby takich informacji było więcej, mogliby już taką informację mieć wcześniej, prawda? (TR2703_M_2)

czy to będzie lekarz, czy to będzie psycholog czy lekarz psychiatryczny, czy lekarz pierwszego kontaktu, czy ksiądz proboszcz, ktokolwiek to jest ważne żeby ten ktoś wysłał. (TR1802_K_1)

[Lekarze POZ-autorzy] mogą już użyć swojego autorytetu do tego żeby powiedzieć tu jest w poradni psycholog, może pan z nim porozmawiać albo do psychiatry musi pan pójść, że oni w ogóle powiedzą że trzeba użyć psychologa albo psychiatry. (TR1802_K_1)

Pada też propozycja stworzenia łatwego dostępu do informacji o leczeniu w Internecie lub nawet telefonu zaufania, dzięki czemu osoby potrzebujące pomocy uzyskałyby odpowiednią informację:

Mi się wydaje, że to głównie tam powinny być informacje o dostępnej ofercie w formie łatwo, haseł, które się gdzieś tam „googluje” i oprócz oferty możliwego hazardu też wyświetlają się informacje dla osób, gdzie mogą korzystać z pomocy. To może być, np. bardzo atrakcyjny, telefon zaufania anonimowy. Taka pierwsza możliwość porozmawiania. (...) Myślę sobie, że to jest jedno z podstawowych narzędzi gdzie ktoś sobie konstruuje jakby przy pomaganiu osobom z problemem, które mogą mieć problemy z dotarciem czy nazwaniem problemu to jest telefon zaufania w jakichś tam godzinach (TR1802_K_1)

Gotowość udzielania informacji nt możliwości leczenia wyrażają pracownicy opieki społecznej:

Chociażby przez poradnictwo nawet, bo jeżeli są punkty informacyjno-konsultacyjne na terenie dzielnic, to też można by było w sposób profilaktycznie, czy w takim punkcie powinna być dostępna informacja na temat gdzie szukać pomocy, czy jakiś wykaz placówek gdzie można się zgłosić z takiego rodzaju problemem. (OPS1201_K_2)

3d. Zapewnienie możliwości leczenia bez kolizji z obowiązkami zawodowymi

warto by było, żeby to były grupy w weekendy i wieczorne, żeby to nie było na zasadzie tylko takiej oferty oddziału dziennego (TR1303_K_1)

4. Poprawa jakości i adekwatności leczenia

- a. szkolenia w kierunku specjalizacji w zaburzeniach hazardowych
- b. współpraca między różnymi profesjonalistami, instytucjami, oferta wielodyscyplinarna
- c. zapewnienie minimalnej kompetentnej oferty w podstawowej opiece zdrowotnej
- d. rozwój wyspecjalizowanych programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, w tym programów dla hazardzistów uzależnionych od substancji
- e. poszerzenie oferty dla czynnych hazardzistów (programy grania kontrolowanego, zmiana wzoru, ograniczanie szkód)

- f. uczenie umiejętności zarządzania finansami
- g. zapewnienie terapii rodzin
- h. poparcie dla ruchów samopomocowych/organizacji społecznych
- i. zapewnienie opieki postterapeutycznej

4a. szkolenia w kierunku specjalizacji w zaburzeniach hazardowych

Terapeuci odczuwają brak odpowiednich kompetencji do prowadzenia terapii hazardzistów. Odnotowują brak szkoleń w tym zakresie:

mało jest szkoleń w ogóle na ten temat. Szkoleń w ogóle z uzależnieniami tego typu. Jakaś taka mała dostępność; tak mi się wydaje, tak. Myślę, że jeżeli nawet one są, to są płatne, dosyć wysoko. To też ogranicza często terapeutów czy placówki. (TR0705_K_1)

większa wiedza i szkolenia pod tym kątem i to, że ten terapeuta kończący studia po prostu żeby nie czuł się niekompetentny w tej dziedzinie tylko miał jakieś przygotowanie teoretyczne przede wszystkim. (TR0705_K_1)

trzeba by było zainwestować w tych specjalistów, którzy pracują w małych miejscowościach, w ich szkolenia, po to żeby ich otworzyć na ten problem, żeby trochę ich doedukować i żeby ta podstawowa oferta była możliwa i takiego wsparcia i pomocy psychologicznej czy też grupy (TR1802_K_1)

ewentualnie by się przydało więcej szkoleń (...) tylko też te szkolenia musiały być... musiała być oferta, tak? Żeby ludzie szli na szkolenia, no to by musiała być... musiałyby być miejsce pracy, tak? Gdzie później tych hazardzistów przyjmuje.... No bo po co ma być szkolenie, jak później nie mogę w pracy zawodowej hazardzistów przyjmować (TR1303_K_1)

Niedostatek specjalistów podkreślają respondenci z wszystkich badanych grup. Ich brak szczególnie dotkliwie odczuwają sami pacjenci, dla których profesjonaliści w zakresie uzależnienia od substancji nie mają dostatecznych kompetencji i doświadczenia, jeśli chodzi o zaburzenia związane z hazardem. *Ja widzę, wiem teraz, że np. jest bardzo niewielu terapeutów specjalizujących się właśnie w kwestii hazardu. Owszem w kwestii narkomanii, alkoholizmu są ci terapeuci. Ale nie ma tych, którzy się specjalizują w kwestii hazardu. (...) gdyby był jakby większy dostęp, większe możliwości dostępu do terapeutów to myślę, że byłoby więcej chętnych. (H3103_M_1)*

osoba, która prowadzi powiedzmy zajęcia, to żeby to była osoba, która zna się powiedzmy nie tylko na powiedzmy na alkoholizmie, ale również powiedzmy na hazardzie. Też ma jakieś, nie wiem, kursy przebyte czy jakąś tam praktykę. (H2505_M_1)

O szkolenia w zakresie hazardu upominają się również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej:

mi brakuje, w takim szkoleniu formalnym, nie w tym co ja robię sama, takiego rzetelnego programu, konkretnego, przychodzi do mnie uzależniony od hazardu, robię z nim to i to, mogę mu zaproponować to i to, są takie i takie metody (POZ0503_K_1)

brakuje mi też takiego szkolenia z zakresu leczenia, przynajmniej wstępnie podać tym pacjentom, leki, bo zanim dotrą do psychoterapeuty, zanim zaczną ta psychoterapię, zanim ta psychoterapia przyniesie efekty, to jest czas a oni czasami potrzebują pomocy od razu (POZ0503_K_1).

ja jako lekarz nie spotkałam się z ofertą, np. kształcenia podyplomowego dokładnie na ten temat. (POZ1604_K_2)

Oprócz szkoleń brakuje odpowiednich materiałów szkoleniowych. I dostosowania istniejących programów do specyfiki leczenia zaburzeń związanych z hazardem:

braki są przede wszystkim pod kątem materiałów, materiałów do pracy. Materiały i w ogóle nurt pracy terapeutycznej był przez lata tylko skierowany w stronę alkoholików. My tutaj zmieniamy materiały, bo my mamy inne grupy już odbiorców. (TR0705_K_1)

braki są w postaci materiałów. Myślę, że materiały mogą być nieprzerobione pod kątem zmiany pacjenta, który się pojawia w placówce, bo one są skierowane głównie do alkoholików. To może być problemem. (TR0705_K_1)

tutaj duża jest praca na materiałach, czyli zmiany materiału skierowanych do różnych uzależnień nie tylko do hazardzistów, tylko do różnych uzależnień, żeby na przykład w materiale nie było napisane, że „alkoholizm, że do alkoholika, czy jesteś alkoholikiem” tylko oprócz alkoholika tam jeszcze jest hazardzista, narkoman i ktoś jeszcze. Więc to na pewno do zmiany (TR0705_K_1)

Pojawiają się również postulaty co do zawartości szkoleń i ich ewaluacji. Szkolenia powinny być oparte na wynikach badań naukowych a nie tylko na intuicji i doświadczeniu. Należy wypracować odpowiednie standardy:

niewątpliwie różnego rodzaju szkolenia, ale oparte o to co się nazywa Evidence Based Medicine. To medycyna oparta o dowody, a nie osobiste poglądy, czy wzorcowanie na jakimś innym modelu, że powinno być więcej szkoleń (PS2301_M_1)

być może te szkolenia one powinny podlegać pewnego rodzaju ewaluacji, bo na razie one powstają w sposób spontaniczny, nikt tym nie dyryguje. Natomiast być może jakiś taki komitet sterujący, który np. uznaje pewne minimum, tak jak mamy różnego rodzaju systemy akredytacyjne w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu, czy od innych substancji psychoaktywnych, że mniej więcej daje się akceptację, daje się to zielone światło dla tych programów, które spełniają pewien minimalny standard leczenia. Takich standardów leczenia nie opracowano, nie opracowano systemu szkolenia. Można powiedzieć, że nikt nad tym kontroli nie ma. Czyli pewnego rodzaju standaryzacja takich usług powinna istnieć. (PS2301_M_1)

4b. współpraca między różnymi profesjonalistami, instytucjami, oferta wielodyscyplinarna

Potrzebę współpracy, zwłaszcza współpracy między różnymi działami opieki szczególnie ostro widać z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej:

oczywiście nie bylibyśmy w stanie sami leczyć cały czas pacjentów, bo nie posiadamy takiej wiedzy ani umiejętności ale we współpracy ze specjalistą, gdzie ten pacjent potrzebuje takiego wsparcia zwykłego, przyjscia na wizytę, powiedzenia: udało mi się, nie wiem, nie zapaliłem, nie zagrałem, nie wzięłem, po to żeby przyjść i porozmawiać. (POZ0503_K_1)

mamy tak mało kontaktów z innymi specjalistami, że tak naprawdę jest zapaść między lekarzami rodzinnymi, którymi jednak pacjenci mają najwięcej kontaktu a psychiatrami, czy psychologami tymi

rejonowymi, czy lekarzami rodzinnymi a ośrodkami pomocy społecznej, którymi też niby powinniśmy współpracować, nie ma tego kompletnie i generalnie, jeżeli udałoby się w jakiś sposób to poprawić, na pewno byłoby w jakiś sposób łatwiej na przykład kierować takie osoby tam i mieć poczucie, że oni nie są wysyłane gdzieś i nie wiadomo, co się z nimi dzieje. (POZ1704_K_1).

O konieczności współpracy i włączenia do niej pracowników opieki społecznej mówią również przedstawiciele opieki społecznej:

jako, że jest też to punkt informacyjno-konsultacyjny dla naszej całej dzielnicy, więc myślę, że też można by było wykorzystać to miejsce, aby udzielać pomocy, czy poprzez informowanie tych osób o dostępności pomocy. (...) często jest tak, że osoby, które korzystają z pomocy przy urzędzie dzielnicy, akurat z konkretnego tego wydziału, to też są osoby, które w punkcie informacyjno-konsultacyjnym uzyskują informację na temat, w ogóle dostępnych form pomocy ma terenie całej dzielnicy (OPS1201_K_2).

myślę, że takie nawet wspólne wejście w środowisko, czy rozmowa, mogłaby dalej w pracy z tą osobą, poprzez wejście z tym specjalistą [z Działu Specjalistycznego zatrudniony w OPS-autorzy], w jakiś sposób pokierować. Który także wchodzi w środowisko, ma możliwość przeprowadzania rozmowy w środowisku. Nie tylko w urzędzie. (OPS1201_K_2)

4c. Zapewnienie minimalnej kompetentnej oferty w podstawowej opiece zdrowotnej

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie ograniczają swojej roli do kierowania do specjalistów w zakresie hazardu. Chcieliby pacjentom z problemem hazardowym poświęcić nieco więcej czasu, którego im chronicznie brakuje:

czasu oczywiście, czasu, żeby temu pacjentowi poświęcić bo jakieś umiejętności każdy posiada i ja widzę po tych swoich pacjentach, że oni potrzebują tego kontaktu, to im jest najbardziej potrzebne, bo czasami jestem jedynym człowiekiem, do którego oni mogą przyjść i po prostu się wygadać pewne rzeczy wyjawić a ja muszę patrzeć dyskretnie na zegarek i mieć świadomość, że tam czeka następny pacjent i oni to czują i jest gorszy efekt. (POZ0503_K_1)

Proponują testy przesiewowe, które pacjent wypełniałby przed wizytą:

takie osoby umiałyby przejść krótką, prostą bardzo ankietę, jakby na zasadzie przesiewającą te osoby z którymi trzeba porozmawiać, bardzo by pomógł. (...) Na etapie takim, zanim miałby wejść do gabinetu nawet z innego powodu (POZ1704_K_1)

Rejestracja, która rejestruje pacjenta, to zanim trafi tutaj do mnie na ta kanapkę, tutaj do gabinetu, to mógłby już ten test rozwiązać, ja bym już wiedziała o czym z pacjentem porozmawiać, niż to z czym do mnie przyszedł, myślę, że to mogłoby być pomocne. (POZ1704_K_1).

Istotną rolę mieliby do odegrania psychologowie lub psychoterapeuci zatrudnieni w podstawowej opiece zdrowotnej, oczywiście nie tylko w kwestiach hazardu. Potrzebny jest także udział pielęgniarzek środowiskowych i pracowników socjalnych:

brakuje psychologa czy terapeuty w POZ, moim zdaniem on powinien być w zespole naszym, bo do nas głównie pacjenci trafiają i to powinno być usystematyzowane (POZ0403_K_1)

gdyby była możliwość opieki psychologicznej czy psychoterapeutycznej w POZ ale to jest wszystko pieśń przyszłości. (POZ0503_K_1)

Lepiej, żeby zaczął rozmowę z taką osobą psycholog a nie psychiatra, że tutaj psycholog mógłby no trochę jakkolwiek to zabrzmie, zmanipulować pacjenta, żeby być może w tym momencie pacjent już nie miał tych oporów i także mógł skorzystać z pomocy psychiatry czy w ogóle innych jakichś osób, które właśnie według niego stygmatyzowały by go. Gdyby ktoś dowiedział się, że on chodzi i się leczy u psychiatry, jeszcze nie wie z jakiego powodu. (POZ1802_M_1)

Myślę, że powinniśmy mieć wsparcie pracowników socjalnych, powinno być więcej pielęgniarek wyspecjalizowanych w danych zagadnieniach, powinien być psycholog w zespole takiego POZ (...) jest za mało wyspecjalizowanych osób w takich problemach, bo to przecież nie dotyczy tylko hazardu, tylko wszystkiego (POZ0403_K_1)

4d. rozwój wyspecjalizowanych programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, w tym programów dla hazardzistów uzależnionych od substancji

Pacjenci podkreślali potrzebę wypracowania wyspecjalizowanych programów terapii. Nie wszyscy czuli się dobrze, w grupach dla uzależnionych od alkoholu czy narkotyków.

przydałby się w ogóle program leczenia hazardzistów. Ja się z takimi nie spotkałem. Ten, z którym gdzieś tam na [nazwa placówki – autorzy] się korzysta jest taki, bym powiedział, uniwersalny i to nie jest tak, że się nie da na jego podstawie leczyć, ale moim zdaniem mankamenty powiedzmy... Moim zdaniem bardzo byłoby przydatne, żeby istniała możliwość leczenia się w grupie samych hazardzistów. (H3003_M_2)

gdyby były grupy samych hazardzistów by były dużo bardziej skuteczniejsze niż grupy, które łączą ze sobą alkoholika, hazardzistę i narkomana. Tak, bo nawet terapeuci idą tylko pod kątem alkoholu (H1605_M_1)

jakby powstała terapia dla samych hazardzistów i mógłbym z niej korzystać to po prostu migiem (H3003_M_2)

Według terapeutów nie chodzi tu o tworzenie nowych wyspecjalizowanych ośrodków ale o specjalistyczne programy realizowane w istniejących placówkach leczenia uzależnień a nawet w poradniach zdrowia psychicznego.

gdyby na przykład psycholog w poradni zdrowia psychicznego czy w jakiejś poradni młodzieżowej była oferta profilaktyki czy też grupa dla osób z trudnościami szkolnymi, nie wiem, z jakimiś zaburzeniami nerwicowymi, depresją i jeszcze problemami z hazardem. Tak, żeby nazywać i umieścić to między innymi trudnościami, kłopotami czy zaburzeniami. (TR1802_K_1)

bo ja myślę sobie, że no z takimi osobami można - uzależnionymi od hazardu - pracować psychoterapeutycznie niekoniecznie w poradni uzależnień. (TR2702_M_1)

żeby to weszło w ogóle do oferty w ogóle poradni zajmujących się chorobami uzależnienia czy też zdrowia psychicznego. W takiej poradni trochę można by to było odstygmatyzować (TR1802_K_1)

Ja bym sobie wyobrażał, że po prostu każda poradnia zajmuje się tak samo hazardem (TR2704_M_1)

Podobnie jak pacjenci, również terapeuci uważali, że w grupach terapeutycznych nie powinno się mieszać uzależnionych od substancji i hazardzistów:

Na pewno kwestia związana z pracą taką, że otwarcie na hazardzistów, żeby ten hazardzista na grupie nie czuł się po prostu pozostawiony. Bo ja się spotkałam z tym, że pacjenci mówili, że prowadzone były zajęcia i terapeuta alkoholik mówił o alkoholikach, do alkoholików. Gdzieś tam nie było tego, że „aha” tu jest jeszcze uzależnienie inne. (TR0705_K_1)

oni muszą być zaopiekowani, nie mogą być zostawieni gdzieś tam z boku. Jeżeli będą zostawieni to oni odejdą. Odejdą, bo nie będą czuli opieki i tego, że są zauważalni w tej terapii. (TR0705_K_1)

w miarę możliwości mogłyby być tworzone grupy dla hazardzistów tylko, żeby oni razem byli tylko razem. (...) myślę, że stworzenie grupy stricte hazardowej, dlaczego nie. (TR0705_K_1)

brakuje np. takich miejsc, gdzie by były grupy tylko i wyłącznie dla jakby osób uzależnionych od hazardu, a nie połączonych grup dla osób w ogóle uzależnionych, w sensie czy hazard plus alkohol, że w jednej grupie są. (...) wszystkie osoby są leczone razem, jakby w jednej grupie, natomiast może... lepiej by było, gdyby były oddzielnie? (TR2603_K_3)

fajnie byłoby, jakby były grupy - grupy dla hazardzistów, w takiej formie, tak? Grupy wsparcia w ogóle dla hazardzistów, gdzie mogliby się spotykać sami hazardziści, tak? Z tym problemem. (TR1303_K_1)
skoro tak naprawdę grupy są takie łączone już w tym momencie, przynajmniej w dwóch. A nie ma jakby takich praktycznie takich rzeczywiście dla samych hazardzistów, to mam takie poczucie, że rzeczywiście przydałoby się coś takiego, żeby oni się jakoś bezpieczniej czuli we własnej grupie. (TR1303_K_1)

ja mam wrażenie, że jakby tam otworzyć grupę, to by się bardzo szybko znalazła. Pewnie kwestia miesiąca i byśmy mieli grupę 12-osobową hazardzistów na pewno (TR1303_K_1)

Konieczność rozwoju specjalistycznych programów ambulatoryjnych dla osób dotkniętych problemami związanymi z hazardem uznają za oczywistą lekarze psychiatry:

Poradę terapeutyczną, taką ambulatoryjną codzienną czy program ambulatoryjny jest znacznie łatwiej wykreować specjalistycznie, czy zrobić maleńką grupę terapeutyczną w jakiejś poradni odwykowej więc to jest, jak się zbierze 5, 6 hazardzistów, to już moglibyśmy zrobić małą grupę i ją prowadzić. W ambulatorium to łatwe, natomiast w ośrodku stacjonarnym, to mało który się zdecyduje na wyprofilowanie pod kątem hazardu (PS2805_M_1)

dla takich osób powinny być grupy terapeutyczne i jakieś wyspecjalizowane, no może nie jednostki, bo takie jednostki, jak duża poradnia, mogą mieć oferty dla różnych osób, żeby było jak najwięcej specjalizujących się (PS1905_M_1)

W jednej z wypowiedzi pojawia się koncepcja stopniowego angażowania w terapię; od oferty przez Internet, przez indywidualne konsultacje do pracy w grupie:

Ja myślę, że jakaś forma internetowa, na której mogliby się pacjenci anonimowo zgłaszać, jakieś problemy, szukać pomocy, to jest ich naturalne środowisko życia i funkcjonowania, Internet, tam

szukają rzeczy negatywnych, mogą szukać konstruktywnych. Od tego chyba można by było zacząć i potem przejść na poziom takich konsultacji indywidualnych, potem wejście do grupy. (PS2104_M_1)

Jeden z lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej sugeruje stworzenie telefonicznego systemu informacji i konsultacji, gdzie pacjenci mogliby otrzymać natychmiastową pomoc a nie czekać tygodniami na wizytę u specjalisty. Telefon taki byłby również przydatny dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej:

bardzo by pomogło, jak by był rodzaj przynajmniej takiej wstępnej konsultacji, żeby pacjentowi nadać albo w placówce specjalistycznej albo jakiś rodzaj telefonów do takich osób, żeby one miały już jakiś kurs a nie na zasadzie, że dopiero za 2 miesiące ma jakąś wizytę więc właściwie na razie nic nie zmienię. (POZ1704_K_1)

gdyby na przykład ktoś byłby dedykowany, nawet gdyby to było raz w tygodniu, to już bym coś tam na pewno załatwiła albo na przykład taki telefon dla danej dzielnicy, gdzie te osoby mogłyby zadzwonić i w jakiś sposób uzyskać przynajmniej jakiś pierwszy kontakt (POZ1704_K_1)

4e. Poszerzenie oferty dla czynnych hazardzistów (programy grania kontrolowanego, zmiana wzoru, ograniczanie szkód)

Kontrowersyjna kwestia redukcji szkód, stworzenie alternatywnych do paradygmatu abstynencyjnego podejść, pojawia się prawie wyłącznie w wypowiedziach terapeutów, najbardziej doświadczonych z badanych profesjonalistów:

taką grupę wstępną dla osób, które... np. dla hazardzistów, którzy nie rezygnują z hazardu, ale bardziej taka grupa edukacyjna, mająca im pokazać różne mechanizmy - tylko nie - że tak powiem - jest taki i taki mechanizm, on powoduje to i to, w nim mówisz tak i tak ... czego w ogóle mi w uzależnieniach brakuje - takich grup skoncentrowanych na procesie. (TR2702_M_1)

Strategie redukcji szkód mogą również włączać pracowników sektora gier hazardowych, którzy są czasami szkoleni do prowadzenia krótkich interwencji:

W ubiegłym roku szkoliłam krupierów w kasynach. Oni wprowadzali różnego rodzaju programy bezpiecznej gry, więc m.in. też jest ten system samo utrudniania, który zdecydowali się wprowadzić. Polegający na tym, że jeżeli pacjent sam deklaruje i podpisuje zgodę pisemną, że przez jakiś okres mają go nie wpuszczać do kasyna, nie pozwalać mu grać czy korzystać z tych automatów czy ruletek no to wprowadzili. To też jest jakąś innowacją, otwartością z ich strony jeśli chodzi na przykład o warszawskie kasyno. Ogólnie na zachodzie jest to jeden ze stałych programów tak jak i program bezpiecznej gry czy program interwencji kryzysowej w kasynie, który się przeprowadza taki krótki „brief intervention” po to, żeby oni gdzieś tam trafili do systemu leczenia o ile oczywiście wyrażają zgodę na to. No to ja takie szkolenie krupierów robiłam, ale na razie jeszcze pewnie daleka droga do tego, żeby to wdrożyć szerzej. (TR0705_K_2)

4f. Uczenie umiejętności zarządzania finansami

Spośród specyficznych dla leczenia zaburzeń hazardowych elementów terapii, których brakuje w dostępnych programach, wymieniano kwestię braku umiejętności gospodarowania pieniędzmi oraz wychodzenia z długów.

Kontakt z pieniędzmi, zrozumienie też właśnie tej sfery ... no bo alkoholicy w ogóle nie mają tego problemu, nie istnieje coś takiego co w przypadku hazardzistów, a przynajmniej na inną skalę jeśli chodzi o na przykład kontekst z pieniędzmi i kontakt z rodziną, kontakt z wierzycielami i to w ogóle jest u nas na terapiach pominięte. (...) tam jest to już na terapii wdrażane i wydaje mi się, że jest to bardzo ważne, bo gdzieś nie tylko sama choroba, ale też ten aspekt życiowy jest poruszany. (H3003_M_2).
jakby taka funkcja osoby, która pomaga w wychodzeniu z długów, tak? Gdzie np. nie wiem, w Anglii jest to rozwinięte, są w ogóle takie osoby, które pomagają w wychodzeniu z długów... u nas nawet pod takim względem, no to nie ma takich osób, które by się zajmowały (TR1303_K_1)

Potrzebę stworzenia takich programów szczególnie ostro widzi jeden z lekarzy psychiatrów:

absolutnie nieliczne są programy, które oferowałyby taki programy kompleksowe, na które składałoby się np. doradztwo finansowe, prawników, którzy by np. negocjowali z bankami restrukturyzację długu, rozkładanie tego długu na dłuższe okresy, zmniejszenie odsetek, skonsolidowanie długów i te wszystkie rzeczy, których normalny człowiek nie jest sobie w stanie poradzić, a co dopiero hazardzista. (...) Także takich programów kompleksowych, ale szczególnie tych rozwiniętych, bo to jest specyficzne. Oni wszyscy mają problemy finansowe i w momencie kiedy się człowiekowi poprawia mechanizmy, ale nad nim wisi ileś tam setek tysięcy, czy milionów długu, to trudno oczekiwać rezultatów, bo przyczyna jest gdzie indziej. Problem jest taki jak się pyta hazardzistę w tej anegdocie: „Podobno ma Pan problemy z hazardem” - „Nie, mam problemy z pieniędzmi”. I to poniekąd oddaje istotę zagadnienia, że nawet jak sobie naprawi myślenie w mechanizmach ..., to dług mu się nie zmniejszy ani o trochę, a nawet mu się zwiększą odsetki, które powstały w czasie terapii. (PS2301_M_1)

4g. Zapewnienie terapii rodzin

Hazard, oprócz uszczuplenia budżetu, zaburza głęboko relacje w rodzinie. Z jednej strony znika wzajemne zaufanie, z drugiej – członkowie rodziny popadają we współzależnienie. Według naszych respondentów objęcie terapią całej rodziny ma kluczowe znaczenie dla jej powodzenia. Mówią o tym nie tylko sami hazardziści ale także psychiatrzy.

jeśli chodzi o osoby współzależnione, w ogóle wcześniej o tym nie powiedziałem, a to jest mega istotna rzecz i brakująca... bardzo tego brakuje w ofercie leczenia, ale to jest ważne też z punktu widzenia osób uzależnionych, żeby osoby bliskie też miały dostęp do takiego leczenia (H3003_M_2).
brakuje akurat dobrej terapii, w ogóle takiej dostępności terapii dla osób współzależnionych, współzależnionych osób z problemem hazardu. (H3003_M_2)

Tym bardziej, że to ich [rodziny osób z zaburzeniami hazardowymi-autorzy] powinno się leczyć. Nie jak oni mają traktować hazardzistów jak te wszystkie rodziny tego chcą, ale jak one mają traktować osobę uzależnioną. Tylko bardziej po prostu w to współzależnienie wchodzić. Nie nauczy się osoby

współzależnionej jak ma traktować hazardzistę dobrze jeżeli samej jej się nie będzie leczyło.
(H0605_M_1)

w tym wszystkim ma olbrzymi problem rodzina, mąż, żona, dzieci pacjenta, którzy są z daną osobą i są kompletnie zagubieni, nie wiedzą co robić, kwestia wsparcia, terapii, tak jak jest na przykład dla osób uzależnionych od alkoholu, bo oni nie wiedzą co robić, przychodzą z pacjentem i mówią, wie pan, mam taki i taki problem, co mam robić, kasy właściwie nie ma albo wszystko pomrożone albo rozdzielności majątkowe a on, ona zaciąga długi w tych wszystkich parabankach i mają po 30, 50 tys. Dla kogoś ta kwota nie jest duża a dla wielu osób kwota 30, 50 czy 100 tysięcy jest ogromna.
(PS2804_M_2)

Takiej pomocy całościowej w tym sensie, że nie chodzi tu wyłącznie o leczenie objawów, tylko różnych konsekwencji życiowych, jakie są z tym związane. Rodzina zaczyna się sypać, relacje tych ludzi, pomocy terapeutycznej wymaga wtedy nie sam pacjent, tylko całe środowisko, rodzina w której się znajduje, jakby tego rodzaju formy (PS2104_M_1)

4h. Poparcie dla ruchów samopomocowych/organizacji społecznych

Wątek ruchów samopomocowych, zwłaszcza typu Anonimowi Hazardziści pojawiał się w wypowiedziach wielu respondentów reprezentujących zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów.

Jeden z przedstawicieli opieki społecznej mówi szerzej o perspektywach włączenia do rozwiązywania problemu także organizacji pozarządowych:

Wydaje mi się, że w takiej strukturze i możliwości prawnych najlepiej jakby to wzięły organizacje pozarządowe. Jakieś organizacje pozarządowe, które robią wspaniałe rzeczy. Ona (organizacja pozarządowa – autorzy) po pierwsze, jest elastyczna, może reagować. Widzi z bliska problemy i wydaje mi się, że najlepiej zrobiłyby to organizacje pozarządowe. Placówka, jako instytucja, to już potem kwestia dogadania się, kto by się tego podjął. Ale sama terapia czy diagnoza, czy rozeznanie się, to wydaje mi się, że organizacje pozarządowe byłyby najlepsze. (OPS1002_K_1)

4i. Zapewnienie opieki postterapeutycznej

Uzależnienia behawioralne, w tym hazard, podobnie jak uzależnienie od substancji są zaburzeniami, które charakteryzuje znaczna częstotliwość nawrotów. Nawet po skutecznym leczeniu, po jakimś czasie pojawia się ryzyko ponownego podjęcia gry i utraty kontroli. Co więcej nad uzależnionym od hazardu ciągle wisi ryzyko podjęcia innych zachowań kompulsywnych oraz uzależnienia od substancji. Dlatego też utrzymanie pozytywnych wyników leczenia wymaga zapewnienia jakichś form opieki postterapeutycznej, ciągłości opieki. Nie muszą to być złożone, kosztowne programy. Czasami wystarcza grupa wsparcia organizująca co jakiś czas spotkania podtrzymujące w abstynencji.

Potrzebę takiej formy terapii sygnalizują pacjenci:

osoba, która skończy leczenie na takiej terapii jak ja byłem 2-miesięcznej to nie powinienem na tym kończyć terapii. Ja skończyłem terapię i nagle miałem taki rok, że ja faktycznie nie piłem tam, miałem jakąś wpadkę tam dwa razy z graniem, ale to też były jakieś mniejsze; jakiś tydzień czy coś takiego. (...) czułem się coraz bardziej samotny w swoim problemie, bo nie piłem załóżmy, nie grałem, ale nie miałem z kim o tym porozmawiać. I dopiero po roku była taka sytuacja, że zadzwonił do mnie kolega,

z którym kiedyś na grupę chodziłem, bo się pomylił po prostu. I właśnie powiedział, że właśnie on chodzi na taką grupę, terapię pogłębioną i że bym może wpadł. No i wpadłem i teraz od września chodzę z powrotem. (H1605_M_1)

5. Badania naukowe

Postulaty podjęcia w Polsce badań nad hazardem, które uwzględniałyby naszą specyfikę i pozwoliłyby oprzeć politykę zdrowotną i społeczną na wynikach badań naukowych, pojawiały się przy okazji dyskusji o leczeniu. Niektórzy respondenci widzieli również potrzebę wyjścia poza badania ściśle medyczne:

po pierwsze myślę, że te sytuacje nigdy nie zostały zbadane, szczególnie w Polsce, a tutaj jakby różnice kulturowe mogą być bardzo duże. Między różnego rodzaju krajami zarówno jeśli idzie o, w ogóle, o umiejscowienie hazardu w całej kulturze, a u nas w tej zmieniającej się kulturze. (PS2301_M_1)

9. PODSUMOWANIE

Patologiczny hazard, jako zaburzenie psychiczne, został sklasyfikowany w 1980 roku w trzeciej edycji amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod nazwą impulsywne zaburzenia kontroli nigdzie indziej niesklasyfikowane. Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 klasyfikuje patologiczny hazard, jako zaburzenie nawyków i kontroli impulsów. Hazard problemowy od patologicznego odróżnia zaawansowanie choroby; osoby uprawiające hazard problemowo są na ogół we wcześniejszej fazie uzależnienia, ich zachowanie nie spełnia niezbędnych kryteriów diagnostycznych właściwych dla rozpoznania patologicznego hazardu (Raylu, Oei 2002; Lupi i współ. 2014).

W literaturze rozróżnia się różne formy hazardu: gry w kasynie (np. ruletka, Black Jack), zakłady (np. wyścigi konne, wyścigi psów, zakłady bukmacherskie), granie na automatach i branie udziału w loteriach totolotka (Potenza i współ. 2002). Wraz z ekspansją Internetu coraz większą popularnością cieszą się gry hazardowe on-line, przede wszystkim w związku z anonimowością, łatwą dostępnością, dynamiką grania. Gry w Internecie pozwalają na pozostanie we własnym domu zapewniając wygodę i prywatność (Raylu, Oei 2002).

Wg badań, głównie z Ameryki Północnej, zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia (Cunningham 2005). Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Nawet, jeżeli uwzględniono materiały samopomocowe dostępne on-line lub w formie wydruku, to blisko połowa (47%) patologicznych graczy nie poszukiwała pomocy w związku z problemem hazardu (Suurvali i współ. 2008). Patologiczny hazard ma w Polsce powojennej krótszą

historię. Jego rozwój nastąpił w latach przejścia do gospodarki rynkowej i wzmocniony został przez szybką ekspansję internetu

Celem głównym badania była analiza dostępności leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi w Warszawie. Sformułowane zostały również cztery szczegółowe cele badania:

1. ocena istniejącej oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi w placówkach mieszczących się na terenie Warszawy,
2. ocena postrzegania osób z zaburzeniami hazardowymi przez lekarzy, terapeutów i pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej,
3. zidentyfikowanie barier i ułatwień w dostępie do placówek leczenia zaburzeń hazardowych,
4. poznanie doświadczeń osób z zaburzeniami hazardowymi w kontaktach z leczeniem uzależnień.

Badanie było realizowane dwuetapowo. Pierwszy etap badań realizowany był z wykorzystaniem metodologii badań ilościowych. Na podstawie ankiety wysyłanej do wszystkich placówek leczenia uzależnienia od alkoholu i/lub narkotyków zebrano informacje o dostępnej ofercie leczenia z terenu Warszawy. Na drugim etapie badań wykorzystano metody badań jakościowych – technikę wywiadu semi-strukturyzowanego.

Kwestionariusz wysłano do wszystkich 54 placówek z terenu Warszawy, których adresy uzyskano z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz z bazy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz ze strony internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W bazie znalazły się placówki dla dorosłych i dla młodzieży oraz ośrodki publiczne i prywatne.

Ankiety odesłało 20 placówek (odsetek zwrotu ankiet 38%), jednak analiza oferty leczenia zaburzeń hazardowych obejmuje dane pochodzące z 13 placówek. Spośród wszystkich placówek, które odesłały ankietę, siedem nie zajmuje się leczeniem tego zaburzenia.

Najważniejszymi celami leczenia przyjmowanymi w większości placówek leczenia zaburzeń hazardowych jest utrzymywanie abstynencji oraz poprawa jakości życia. Ograniczenie grania było istotnym celem terapii w pięciu placówkach, a ograniczenie problemów finansowych w trzech. W żadnej placówce głównym celem nie była zmiana wzorów grania, choć 10 instytucji dostrzega potrzebę takiego celu. Tylko w jednej placówce w ogóle nie zakładano wyznaczania takiego celu. W dwóch placówkach celem leczenia była również motywacja do zmiany zachowania oraz poprawa relacji rodzinnych.

We wszystkich 13 placówkach wykorzystywano w leczeniu zaburzeń hazardowych podejście behawioralno-poznawcze. Dialog motywujący stosowano w 8 placówkach, a krótkie interwencje, które zawierają w sobie elementy dialogu motywującego – w pięciu. Pozostałe podejścia, takie jak podejście

behawioralne, poznawcze, filozofia 12 kroków oraz farmakoterapia wymieniane były przez trzy placówki każde. Kilka placówek prowadziło terapię z wykorzystaniem podejścia integracyjnego.

W placówkach świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi zatrudnieni są na ogół lekarze psychiatry, psychologowie/psychoterapeuci oraz terapeuci uzależnień. Większość placówek nie współpracowała z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalności, pielęgniarkami czy innego rodzaju pracownikami medycznymi, socjoterapeutami i terapeutami zajęciowymi oraz pracownikami socjalnymi. Tylko w jednej placówce zatrudniony był lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz trzech lekarzy innych specjalności. Pielęgniarki były zatrudnione łącznie w trzech placówkach. Zdarza się, że niektóre placówki współpracują z prawnikiem lub dietetykiem.

Wszystkie placówki zajmujące się leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi, które przesłały wypełniony kwestionariusz świadczą usługę diagnozy uzależnienia od substancji psychoaktywnych i hazardu oraz prowadzą psychoterapię indywidualną. Większość placówek ma w swojej ofercie konsultacje psychologiczne, psychoedukację, psychoterapię grupową oraz leczenie pacjentów z uzależnieniem mieszanym. Około $\frac{3}{4}$ placówek oferuje pacjentom konsultacje psychiatryczne oraz leczenie farmakologiczne. Połowa instytucji w swojej ofercie dla pacjentów ma diagnostykę psychiatryczną oraz prowadzi psychoterapię rodzinną i leczenie dla pacjentów z podwójną diagnozą. Placówki te prowadzą także działania z zakresu promocji zdrowia wśród klientów oraz pomagają im w znalezieniu mieszkania lub innego rodzaju zakwaterowania. Co trzecia zapewnia pacjentom pomoc prawną, a co czwarta placówka pomaga w znalezieniu pracy czy też organizuje inne konsultacje medyczne. Do świadczeń prowadzonych przez pojedyncze placówki można zaliczyć pomoc finansową dla pacjentów, pokrywanie kosztów podróży, wsparcie w kontynuowaniu nauki oraz organizację grup wsparcia. Żadna placówka nie świadczyła pomocy w zakresie edukacji zawodowej.

Do wszystkich placówek, które w kwestionariuszu zadeklarowały leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi skierowano prośbę o przesłanie programów terapeutycznych skierowanych do tej grupy wykorzystywanych w placówce. Informacje zwrotną uzyskano jedynie z trzech placówek. W dwóch placówkach nie realizuje się programów specjalnie dedykowanych dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Przedstawiciel trzeciej placówki nie chciał udostępnić programu, twierdząc że nie ma takiego zwyczaju.

W etapie badań jakościowych wzięły udział osoby z zaburzeniami hazardowymi, pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej (OPS), terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnień (zarówno dla osób uzależnionych od narkotyków jak i od alkoholu), lekarze zatrudnieni w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i lekarze psychiatry. Dobór uczestników do badania był celowy (purposive sampling). W sumie zrealizowano 90 wywiadów. Kryteriami doboru pracowników OPS, terapeutów, lekarzy zatrudnionych w placówkach POZ, lekarzy psychiatrów był przede wszystkim status pracownika instytucji i wykonywany zawód. Kryterium doboru osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia. Miejscem rekrutacji były placówki leczenia uzależnień oraz mityngi Anonimowych Hazardzistów.

Według wyników badań jakościowych wśród czynników sprzyjających podjęciu leczenia dominują naciski zewnętrzne. Chodzi tu głównie o presję rodziny w momencie głębokiego kryzysu finansowego, któremu mogą towarzyszyć problemy w obszarze zdrowia psychicznego i somatycznego. Ważnym motywem może być także uświadomienie sobie głębokości uzależnienia od hazardu. Wybór oferty leczniczej determinowany jest przez znajomość oferty różnych placówek, dostępność fizyczną placówki, kompleksowość świadczonej oferty, doświadczenie placówki w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi, jakość pierwszego kontaktu z placówką, a także definicji, który problem według osoby poszukującej pomocy jest wiodący. Często sytuacją jest, że to ktoś z rodziny dokonuje wyboru placówki. Trzeba jednak podkreślić, że w sytuacji, kiedy oferta dla osób z zaburzeniami hazardowymi nie jest rozbudowana, możliwość wyboru jest ograniczona.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie poszukują wcale lub poszukują rzadko pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, w leczeniu psychiatrycznym, a także w ośrodkach pomocy społecznej. O ile w przypadku dwóch pierwszych rodzajach instytucji oferta nie jest zbyt bogata, o tyle OPS-y deklarują dość szeroki wachlarz usług, między innymi przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym jest możliwość uzyskania pomocy finansowanej oraz pomoc w znalezieniu pracy. W placówkach leczenia uzależnień pacjent ma możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej bądź stacjonarnej, indywidualnej lub grupowej. Oferta ta w niektórych przypadkach jest uzupełniona o możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym, warsztatów rozwoju osobistego.

Na ofertę post-terapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi, składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego. Osoby z zaburzeniami hazardowymi poszukują pomocy również poza systemem leczenia. Biorą udział w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, szukają wsparcia w ruchach religijnych, czerpią informacje z audycji radiowych i telewizyjnych, korzystają z telefonów zaufania oraz forów internetowych. Zdarzają się próby samodzielnego przezwyciężenia problemu, a także próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków. Bariery psycho-społeczne do podjęcia leczenia obejmują niechęć do opowiadania o swoich doświadczeniach, a także obawę przed koniecznością przyznania się przed samym sobą i bliskimi, że jest się osobą uzależnioną. Większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie widzi potrzeby podjęcia leczenia. Możliwe powody to kojarzenie uzależnień jedynie z substancjami psychoaktywnymi, a także wiara w możliwość samodzielnego przezwyciężenia problemu. Leczenie w leczeniu psychiatrycznym i korzystanie z pomocy społecznej mogą się wiązać z większym poczuciem stygmatyzacji niż korzystanie z innych form pomocy.

Znacząca część barier do leczenia ma charakter organizacyjno-administracyjny. Po pierwsze brakuje oferty kierowanej wyłącznie do osób z zaburzeniami hazardowymi, przez co oferowane usługi postrzegane są jako nieadekwatne do potrzeb. Inne przeszkody, to długi czas oczekiwania na leczenie, ograniczone możliwości skorzystania z bezpłatnego leczenia, niemożność połączenia terapii z pracą. Niektóre bariery są specyficzne dla danego rodzaju placówki. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej i opieki psychiatrycznej jest to nieświadomość, że z problemem zaburzeń hazardowych można się zgłosić do lekarza pierwszego kontaktu lub psychiatry. Na kilka barier zwrócili również uwagę pracownicy ośrodków pomocy społecznej. Po pierwsze problem hazardu nie jest problemem, ujętym w kwestionariuszach OPS-ów. Po drugie, jeśli problem hazardu jest ujawniany w oficjalnych dokumentach dotyczących pacjenta, to pod znakiem zapytania staje zasadność udzielania świadczeń finansowych. Kolejna bariera dotyczy konieczności wywiązywania się przez klientów z kontraktów zawieranych w ramach pomocy świadczonej przez OPS-y.

Nie zidentyfikowano zbyt wielu ułatwień w dostępie do oferty pomocowej. Pracownicy OPS-ów zwrócili uwagę na bezpłatność pomocy, brak kolejek, możliwość uzyskania wsparcia finansowego na czas podjęcia terapii, dobre rozeznanie pracowników socjalnych w możliwościach skierowania na terapię oraz kompleksowość świadczonej pomocy, która pozwala odpowiedzieć na rozmaite potrzeby klientów. Z kolei jeden z lekarzy psychiatrów wskazał na czynniki zwiększające dostępność leczenia prywatnego, takie jak możliwość zachowania anonimowości oraz możliwość samodzielnego regulowania intensywności leczenia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi dostrzegają pozytywne skutki terapii w wielu obszarach życia. Poprawie ulega ich samopoczucie fizyczne i psychiczne, zaczynają dbać o swoje zdrowie, w ich subiektywnej ocenie życie zmienia się na lepsze. Podejmując leczenie utrzymują abstynencję nie tylko od grania, ale często przestają używać alkoholu i tytoniu. Proces terapeutyczny wpływa również na poprawę relacji z bliskimi – rodziną, partnerem oraz przyjaciółmi, osoby z zaburzeniami hazardowymi otrzymują wsparcie i akceptację ze strony otoczenia, poprawia się ich status materialny. W trakcie terapii pacjenci uzyskują wiedzę na temat uzależnienia od alkoholu i narkotyków, mechanizmów powstawania uzależnień, nawrotów choroby oraz sposobów postępowania po przerwaniu abstynencji. Pozytywne aspekty leczenia związane są przede wszystkim z możliwością przebywania z osobami z tym samym zaburzeniem oraz terapeutami, którzy rozumieją ich problemy. Inni pacjenci i terapeuci tworzą sieć wsparcia, która pomaga utrzymywać abstynencję. Pozytywnym aspektem terapii jest także dobra relacja z terapeutą, który jest dla pacjentów autorytetem, pomaga im w pokonywaniu trudności napotykanym w trakcie leczenia. Szczególnie dobrze odbierani są terapeuci, którzy sami ukończyli leczenie odwykowe. Pacjenci cenią sobie zasady spotkań grupowych, podczas których istnieje możliwość otwartych wypowiedzi, bez obawy narażenia na krytykę ze strony innych uczestników. Podczas takich spotkań mogą mówić to, o czym obawiają się powiedzieć najbliższym. Pozytywnym aspektem terapii była możliwość leczenia w godzinach popołudniowych z wykorzystaniem formy ambulatoryjnej, wypełniającej czas wolny. Leczenie w poradni nie zmusza do

opuszczenia środowiska, rezygnowania z pracy, pozwalając jednocześnie na aktywne uczestnictwo w terapii.

Badani wymieniali przynajmniej tyle negatywnych stron leczenia co pozytywnych. Negatywne aspekty terapii są związane z długością trwania zajęć, przez co pacjenci nie mają czasu na własne aktywności. Osobom z zaburzeniami hazardowymi nie podoba się również organizacja grup terapeutycznych, przede wszystkim leczenie w grupach wspólnie z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. W tak zorganizowanych zajęciach stanowią marginalną część uczestników, a grupa jest zdominowana przez osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków. Terapeuci, prowadząc zajęcia skupiają się głównie na osobach, które stanowią większość w grupie. Materiały przekazywane pacjentom są niedostosowane do zaburzeń hazardowych, program jest wzorowany na programie dla osób uzależnionych od alkoholu, przez co pacjenci nie angażują się w leczenie, nie identyfikują się z grupą i mają poczucie marginalizacji. Programy terapeutyczne nie uwzględniają udziału rodzin osób z zaburzeniami hazardowymi w terapii, co zdaniem badanych uniemożliwia utrzymywanie prawidłowych relacji, jak również nie przewiduje bezpłatnych warsztatów rozwoju osobistego. Zajęcia terapeutyczne są zdaniem badanych monotonne i pacjenci nie angażują się w nie wystarczająco, przez co trudno im wykorzystywać pozyskaną wiedzę w życiu codziennym. Osoby z zaburzeniami hazardowymi niechętnie podczas zajęć chcą opisywać intymne zdarzenia z własnego życia.

Negatywne doświadczenia związane z leczeniem są powiązane również z personelem – terapeutami i innymi pracownikami placówki. Zdarza się, że terapeuci nie mają doświadczenia w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi; podejmują się ich terapii, mimo że brakuje im merytorycznego przygotowania. Personel placówki wymaga od pacjentów dokładnego tłumaczenia nieobecności, co buduje atmosferę braku zaufania i jest postrzegane w kategoriach negatywnych.

Postrzeganie osób z zaburzeniami hazardowymi, potępienie z jakim często się spotykają są zróżnicowane. Według części respondentów narażenie na potępienie w przypadku hazardu jest znacznie mniejsze niż w przypadku alkoholu, czy narkotyków, ponieważ jest to zjawisko stosunkowo nowe, niezdefiniowane dobrze społecznie, a osoba z zaburzeniami hazardowymi w odbiorze społecznym to osoba, którą stać na granie. Poza tym konsekwencje uprawiania hazardu nie są zbyt widoczne dla osób z zewnątrz. Jednakże pojawiły się również opinie, że osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą się spotkać z większym potępieniem, gdyż ich problemy są postrzegane jako wynikające ze słabości charakteru i możliwe do samodzielnego przezwyciężenia. Badani obawiają się reakcji na ujawnienie informacji o uzależnieniu, zwłaszcza jeśli to dotyczy potencjalnego pracodawcy czy partnera życiowego.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi podkreślają, że ich uzależnienie nie może być utożsamiane z osobami uzależnieniem od alkoholu czy narkotyków, które prowadzą do znacznie większego wykluczenia społecznego. Osoby ze współwystępującymi uzależnieniami jako dominujący problem definiują używanie substancji i pomocy poszukują w związku z tym problemem.

W większości przypadków reakcje otoczenia na podjęcie leczenia są pozytywne. Podjęcie leczenia może sprawiać, że osoba z zaburzeniami hazardowymi zaczyna być lepiej postrzegana przez otoczenie, rodzinę. Jednakże podjęcie decyzji o leczeniu może też wiązać się z wyjściem na jaw różnych faktów, takich jak okradanie i oszukiwanie rodziny, przegrywanie dużych kwot, które stawiają osobę z zaburzeniami hazardowymi w niekorzystnym świetle. W takich przypadkach osoby te mogą się spotkać z potępieniem i utratą zaufania, które trudno odzyskać mimo podjęcia leczenia

Zebrany materiał dostarczył podstaw do sformułowania serii rekomendacji wychodzących poza wąsko rozumiane kwestie lecznictwa. Rekomendacje dotyczyły następujących obszarów: ograniczanie dostępności hazardu, informację i edukację, dostępność do leczenia, poprawę jakości i adekwatności leczenia, badania naukowe. W ramach tych obszarów wyróżniono kwestie bardziej szczegółowe.

1. Ograniczanie dostępności

- a. zmniejszenie możliwości uprawiania hazardu a zwłaszcza dostępu do automatów do gry i hazardu w internecie
- b. wprowadzenie ograniczeń co do godzin otwarcia
- c. wprowadzenie zakazu hazardu dla niepełnoletnich

2. Informacja i edukacja

- a. kampanie w środkach masowego przekazu
- b. edukacja szkolna
- c. informacje ostrzegawcze w miejscach uprawiania hazardu.

3. Dostępność leczenia

- a. zwiększenie liczby programów dla hazardzistów, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie
- b. poprawa informacji na temat możliwości leczenia
- c. kierowanie do leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów
- d. zapewnienie możliwości leczenia bez kolizji z obowiązkami zawodowymi

4. Poprawa jakości i adekwatności leczenia

- a. szkolenia w kierunku specjalizacji w zaburzeniach hazardowych
- b. współpraca między różnymi profesjonalistami, instytucjami, oferta wielodyscyplinarna
- c. zapewnienie minimalnej kompetentnej oferty w podstawowej opiece zdrowotnej
- d. rozwój wyspecjalizowanych programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, w tym programów dla hazardzistów uzależnionych od substancji
- e. poszerzenie oferty dla czynnych hazardzistów (programy grania kontrolowanego, zmiana wzoru, ograniczanie szkód)
- f. uczenie umiejętności zarządzania finansami
- g. zapewnienie terapii rodzin

- h. poparcie dla ruchów samopomocowych/organizacji społecznych
- i. zapewnienie opieki postterapeutycznej

LITERATURA:

1. Raylu N, Oei TP (2002) Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 7, 1009-1061
2. Lupi M, Martinotti G, Acciavatti T, Pettorruso M, Brunetti M, Santacroce R, Cinosi E, Di Iorio G, Di Nicola M, Di Giannantonio M (2014) Pharmacological treatments in gambling disorder: a qualitative review. *BioMed Research International*, 1-7
3. Potenza M, Fiellin D, Heninger G, Rounsaville B, Mazure C (2002) Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 9, 721-732
4. Gupta R, Derevensky J (2000) Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *Journal of Gambling Studies*, 16, 2/3, 315-342
5. Grant J, Kim SW (2002) Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: a chart review. *Annals Of Clinical Psychiatry*, 14, 3, 155-161
6. Sood E, Pallanti S, Hollander E (2003) Diagnosis and treatment of pathologic gambling. *Current Psychiatry Reports*, 5, 9-15
7. Rush B, Moxam R, Urbanoski K (2002) Characteristics of People Seeking Help from Specialized Programs for the Treatment of Problem Gambling in Ontario. *Journal of Gambling Issues*, 6
8. Toneatto T, Brennan J (2002) Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addictive Behaviors*, 27, 3, 465-469
9. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J (2003) Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 5, 587-596
10. Potenza M, Fiellin D, Heninger G, Rounsaville B, Mazure C (2002) Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 9, 721-732
11. Petry NM, Blanco C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Crowley T, Grant B, Hasin D, O'Brien C (2014a) An Overview of rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30, 2, 493-502
12. Petry NM, Blanco C, Jin Ch, Grant B (2014b) Concordance between gambling disorder diagnoses in the DSM-IV and DSM-5: Results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 2, 586-591
13. Strona internetowa World Health Organization (WHO) (2014) Dostępne na dzień 13.10.2014 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F63.0>
14. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (2000) Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii Kraków – Warszawa, 178
15. Toneatto T, Millar G (2004) Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 8, 517-25.

16. Evans L, Delfabbro PH (2005) Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133-155
17. Fortune E, Goodie A (2010) Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a Research Screen in College Students. *Journal of Gambling Studies*, 26, 4, 639-644
18. Petry NM, Blanco C (2013) National gambling experiences in the United States: will history repeat itself? *Addiction*, 108, 6, 1032-1037
19. Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I (1999) Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 8, 802-804
20. Shaffer HJ, Hall MN (1996) Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12, 2, 193-214
21. Wardle H, Moody A, Spence S, Orford J, Volberg R, Jotangia D, I inni (2011). British gambling prevalence survey 2007. Executive summary. Dostępne na dzień 9.09.2014 <http://www.natcen.ac.uk/our-research/research/british-gambling-prevalence-survey/>
22. Goudriaan AE (2014) Gambling and problem gambling in The Netherlands. *Addiction*, 109, 7, 1066-1071
23. Govoni R, Frisch GR, Rucpich N, Getty H (1998) First year impacts of casino gambling in a community. *Journal of Gambling Studies*, 14, 4, 347-358.
24. Shepherd R, Ghodse H, London M (1998) A pilot study examining gambling behavior before and after the launch of the National Lottery and scratch cards in the UK. *Addiction Research*, 6, 1, 5-1
25. Shaffer HJ, Hall MN, Vanderbilt J (1997) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a meta-analysis. Boston: Harvard University
26. Cunningham JA (2005) Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatric Services*, 56, 1024-1025
27. Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J (2008) Treatment seeking among Ontario problem gamblers: results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59, 11, 1343-1346
28. Slutske WS (2006) Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 49, 504-516
29. Volberg RA, Nysse-Carris KL, Gerstein DR (2006) California problem gambling prevalence survey. Final Report. Dostępne na dzień 9.09.2014 http://www.standupca.org/reports/CA_Problem_Gambling_Prevalence_Survey-Final_Report.pdf
30. Slutske WS, Blaszczyński A, Martin NG (2009) Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research & Human Genetics*, 12, 5, 425-432
31. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J (2009) Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist

- assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 1, 19-32
32. Stinchfield RD (2002) Youth gambling: how big a problem? *Psychiatric Annals*, 32, 197-202
 33. Rodda S (2014) Characteristics of gamblers using a national online counselling service for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30, 2, 277-289
 34. Hodgins DC, Wynne H, Makarchuk K (1999) Pathways to recovery from gambling problems: follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies*, 15, 93-104
 35. Leung K, Cottler L (2009) Treatment of pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 1, 69-74
 36. Dell'Osso B, Allen A, Hollander E (2005) Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1-9
 37. Hollander E, Decaria C, Finkell J, Begaz T, Wong C, Cartwright C (2000) A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry*, 47, 9, 813-817
 38. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J (2002) A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, 9-15
 39. Grant E, Kim SW, Potenza M, Blanco C, Ibanez A, Stevensetal L (2003) Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18, 243-249
 40. Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibanez A, Masramon X, Gómez M, Madrigal M, Díez T (2005) Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1, 28-33
 41. Grant J, Potenza M (2006) Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 4, 203-209
 42. Black D, Arndt S, Coryell W, Argo T, Forbush K, Shaw M, Perry P, Allen J (2007) Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 2, 143-150
 43. Kim SW, Grant J, Adson D, Shin YCh, Zaninelli R (2002) A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63, 6, 501-507
 44. Grant J, Kim SW, Hartman B (2008) A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 5, 783-789
 45. Kim SW, Grant J (2001) An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 5, 285-289
 46. Grant J, Potenza M, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, Kallio A (2006) Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 2, 303-312

47. Toneatto T, Brands B, Selby P (2009) A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 18, 3, 219–225
48. Grant J, Odlaug B, Potenza M, Hollander E, Kim SW (2010) Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 197, 330–331
49. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Rossi N (2005) Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1, 137–145
50. McElroy S, Nelson E, Welge J, Kaehler L, Keck P (2008) Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 3, 433–440
51. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L (2008) A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 89, 3, 298–303
52. Berlin H, Braun A, Simeon D, Koran L, Potenza M, McElroy S, Fong T, Pallanti S, Hollander E (2013) A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *World Journal of Biological Psychiatry*, 14, 2, 121–128
53. Kim SW, Grant J, Adson D, Shin YCh (2001) Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 49, 11, 914-921
54. Toneatto T, Ladouceur R (2003) Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 4, 284-292
55. Gooding P, TARRIER N (2009) A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 7, 592-607
56. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B (2008) A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2, 318-328
57. Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH (2009) Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 5, 950-960
58. Gainsbury S, Blaszczynski A (2011) A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31, 3, 490-498
59. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N (2014) Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30, 2, 503-519
60. Ladouceur R (2005) Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 1, 49-57

61. Dowling N, Smith D, Thomas T (2009) A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25, 2, 201-214
62. Petry NM (2005) *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*, (1st ed.), Washington, DC: American Psychological Association.
63. Petry NM (2003) Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behavior*, 28, 6, 1049-1062
64. Shandley K, Moore S (2008) Evaluation of gambler's helpline: A consumer perspective. *International Gambling Studies*, 8, 3, 315-330
65. Williams T, Douds J (2002) The unique contributions of telephone therapy. W: Lester D. (red.) *Crisis intervention and counseling by telephone*, Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, 57-63
66. Griffiths M, Cooper G (2003) Online therapy: implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance and Counselling*, 31, 1, 113-135
67. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N (2008) A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, (2-4), 109-160.
68. Ellis LA, Collin P, Davenport TA, Hurley PJ, Burns JM, Hickie IB (2012) Young men, mental health, and technology: implications for service design and delivery in the digital age. *Journal of Medical Internet Research*, 14, 6, 160
69. Young KS (2005) An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 2, 172-7
70. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2010) Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1, 1-33
71. Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J (2012) Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 28, 2, 273-296
72. Weinstock J, Burton S, Rash CJ, Moran S, Biller W, Krudelbach N, Phoenix N, Morasco BJ (2011) Predictors of engaging in problem gambling treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25, 2, 372-379
73. Valdivia-Salas S, Blanchard KS, Lombas AS, Wulfert E (2014) Treatment-seeking precipitators in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 1, 300-306
74. Ledgerwood DM, Arfken CL, Wiedemann A, Bates KE, Holmes D, Jones L (2013) Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers. *The American Journal on Addictions*, 22, 1, 33-38

75. Rodda S, Lubman D, Cheetham A, Dowling N, Bough A, Jackson A (2013) Web-based counseling for problem gambling: exploring motivations and recommendations. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 5, 99
76. Cook JE, Doyle C (2002) Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 2, 95-105
77. Productivity Commission (1999) *Australia's gambling industries*. Canberra: Productivity Commission
78. Miller WR, Kurtz E (1994) Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 2, 159-66
79. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407-424
80. Scull S, Woolcock G (2005) *Problem Gambling in Non-English Speaking Background Communities in Queensland, Australia: A Qualitative Exploration*. *International Gambling Studies*, 5, 1, 29-44
81. Wasilewska E (2008) *Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa
82. Miles M, Huberman M (2000) *Analiza danych jakościowych*, Trans Humana, Białystok
83. Strauss A, C, Corbin J, M (2007) *Basics of Qualitative Research: Second Edition: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, SAGE , London