

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Joanna Chwaszcz

Świadczenie pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin w Polsce – wyniki badań ogólnopolskich¹

Abstract

Therapeutic help for pathological gamblers and their families in Poland – the results of a nationwide research

The study aimed to diagnose the institutional and personal resources in support of pathological gamblers and their families in Poland and gather the information on the effective ways of supporting people addicted to gaming and their families. In the study, 101 units have declared the provision of assistance to gamblers and their relatives. 89 units have the individual therapy, and 68 – a group therapy for pathological gamblers. In addition, 86 centers offers counseling, 84 – educational activities, and 27 – preventive activities for pathological gamblers. Regarding the assistance for families of players, 64 units provide individual therapy, and 43 – groups for families. Moreover, 79 centers provide counseling services, 67 – educational activities, and 15 – preventive actions addressing families of pathological gamblers.

Therapy for gamblers and their close ones is often based on treatment programs for people addicted to alcohol and co-addicted, but increasingly in the treatment of addiction to gambling, the cognitive-behavioral and motivational approach is also used, which corresponds to the global trends. In Poland, the most common pathological players are included with therapeutic groups for drug addicts, and their families benefit from programs for people co-addicted. A few institutions lead gamblers therapy in groups of gamblers alone. The therapists draw attention to the need of supporting families with pathological gambling, which include, among others, broadening assistance for legal and financial advice. Currently, only a single facility runs this kind of support.

1. Uzasadnienie badań dotyczących pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin

Patologiczny hazard jest zaburzeniem zachowania charakteryzującym się zaabsorbowaniem i utratą kontroli nad graniem hazardowym podejmowanym przez człowieka, pomimo doświadczania jego negatywnych konsekwencji w życiu. Od roku 1980 patologiczny hazard zaliczony został do kategorii zaburzeń kontroli impulsów w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego *Diagnostic and*

¹ Badania nt. „Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego / patologicznego w Polsce”, zrealizowane w 2011 roku ramach projektu współfinansowanego z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, główni wykonawcy: dr Joanna Chwaszcz (koordynacja merytoryczna), dr Bernadeta Lelonek-Kuleta (koordynacja badań).

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). W najnowszej edycji DSM z 2013 roku hazard patologiczny został włączony do kategorii *Substance-Related and Addictive Disorders*, podkategorii *Non-Substance-Related Disorders*, jako *Gambling Disorder* (DSM-V, 2013, s. 585). W ten sposób jako jedyne z tzw. uzależnień behawioralnych został włączony do grupy uzależnień i wyodrębniony jako odrębna jednostka chorobowa. Najnowsze kryteria patologicznego hazardu pochodzą właśnie 2013 roku i zawarte zostały w piątej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych APA – DSM-V. Opracowanie kryteriów diagnostycznych omawianego zaburzenia jest zasługą obserwacji klinicystów spotykających w swojej praktyce lekarskiej osoby doświadczające „uzależnienia” od grania hazardowego.

Wśród najbardziej zasłużonych warto wymienić Roberta Custera (opisał etapy rozwoju patologicznego hazardu), Richarda Rosentala i Henry’ego Lesieura (wnieśli duży wkład empiryczny w opracowanie kryteriów patologicznego hazardu w DSM-IV) (za: Bernhard, 2007).

Badania nad patologicznym hazardem prowadzone są od kilku dziesiątek lat i przyczyniają się do coraz lepszego poznania zjawiska². Sam problem natomiast istnieje od kilkuset lat, a wzmianki o tzw. „szaleństwie grania” znaleźć można już w dziełach z XVI wieku (Caillois, 1997).

Wyniki badań mających na celu oszacowanie nasilenia patologicznego hazardu odnoszą się najczęściej do populacji ogólnej, w której przeciętnie 1-2% stanowią osoby uzależnione od grania hazardowego (Chevalier i in., 2002; Shaffer, Korn, 2002; Rönnerberg i in., 1999; Becona, 1996). Badania z 2007 roku prowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że odsetek patologicznych graczy w populacji ogólnej wynosił 0,6%, w populacji graczy (osób uprawiających hazard minimum jeden raz w roku) – 0,9%, natomiast wśród graczy „intensywnych” (uprawiających hazard kilka razy w tygodniu) – 14,7% (Wardle i in., 2007).

Jeszcze kilka lat temu nie istniały dane dotyczące nasilenia problemu patologicznego grania w Polsce. Informacje dotyczące rozpowszechnienia tego zjawiska można było pośrednio czerpać z raportów Ministerstwa Finansów dotyczących dochodów z hazardu w kolejnych latach. Drugim pośrednim źródłem informacji mogli być terapeuci uzależnień, którzy w swojej praktyce odnotowywali pacjentów z zaburzoną kontrolą nad graniem hazardowym. Taka sytuacja nie powalała na podjęcie systematycznych działań ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów związanych z patologicznym graniem. Od

² Jako przykład można wymienić badania nad hazardem prowadzone od początku lat osiemdziesiątych przez zespół naukowców z Kanady (Québec) kierowany przez profesora Roberta Ladouceura – pioniera poznawczo-behawioralnej terapii patologicznego hazardu (więcej informacji o działaniach zespołu znaleźć można na stronie: <http://gambling.psy.ulaval.ca>).

kilku lat zauważa się duży wzrost zainteresowania tym problemem, zarówno wśród naukowców, jak i praktyków, a także decydentów. Szczególny zwrot w podejściu do patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych obserwuje się od roku 2009, kiedy to ustanowiono Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych pozostający w dyspozycji Ministra Zdrowia (ujęty w ustawie z 19 listopada 2009 roku), dzięki któremu możliwe jest finansowanie wielu inicjatyw w zakresie przeciwdziałania problemom hazardowym i innym uzależnieniom behawioralnym³. Wśród nich znajdują się m.in. badania, z których można czerpać informacje dotyczące zjawiska patologicznego hazardu w Polsce. Dane CBOS z 2012 pokazują, iż w Polsce 3,7% dorosłych Polaków gra w sposób ryzykowny (ryzyko uzależnienia od hazardu), a 0,2% spośród nich przejawia symptomy patologicznego hazardu (Badora i in., 2012). Wnioski ze wszystkich badań oraz obserwacji są jednoznaczne – patologiczny hazard jest problemem coraz bardziej rozpowszechnionym w Polsce.

Dostrzeżenie wagi problemu uzależnienia od grania hazardowego w Polsce skłoniło do postawienia pytania: czy placówki zajmujące się leczeniem uzależnień w Polsce posiadają ofertę pomocową dla osób doświadczających problemu patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych oraz ich bliskich, a jeżeli tak, to jaką? Niniejszy artykuł prezentuje wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2011 roku, mających na celu dokonanie diagnozy zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w Polsce.

2. Metodologia prowadzonych badań

Cel badań. Celem podjętych badań była analiza dostępnych w Polsce zasobów pomocowych z zakresu profilaktyki i terapii patologicznego hazardu. Założono, że realizacja badań pozwoli na uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Ile placówek leczniczych w Polsce świadczy pomoc patologicznym hazardzistom i ich bliskim?
2. Jaki jest charakter oferowanej patologicznym hazardzistom i ich bliskim pomocy w placówkach leczniczych?
 - Jakie są dostępne formy pomocy patologicznym hazardzistom i ich rodzinom (np. terapia indywidualna, terapia grupowa, itd.)

³ Szczegółowe informacje na temat Funduszu znaleźć można na stronie: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768106>.

- Czy placówka posiada wyodrębniony program terapii patologicznych hazardzistów oraz program terapii osób bliskich dla patologicznych hazardzistów?
 - Czy placówka posiada wyodrębnione grupy terapeutyczne dla patologicznych graczy oraz dla ich bliskich?
 - W oparciu o jakie podejścia terapeutyczne prowadzona jest terapia patologicznych hazardzistów oraz terapia ich rodzin?
 - Jaka jest ocena skuteczności oferowanych form pomocy przez terapeutów?
3. Jakie trudności napotykać terapeuci w pracy z patologicznymi hazardzistami oraz z ich bliskimi?
4. Jakie są potrzeby terapeutów w odniesieniu do pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi?

Sposób prowadzenia badań. Badania realizowane były w dwóch etapach⁴. Pierwszy z nich miał charakter ankietowy i polegał na rozesłaniu ankiety badawczej do placówek leczenia uzależnień (publicznych i prywatnych) deklarujących posiadanie w swojej ofercie pomocy dla osób z problemem uzależnień czynnościowych i ich rodzin⁵.

W celu wyłonienia placówek do badań wykorzystano kilka metod. W pierwszej kolejności przeszukiwano zasoby internetowe poprzez wyszukiwanie haseł typu: „terapia hazard” itp., bądź też weryfikowano strony internetowe placówek uzależnień pod kątem informacji o takiej ofercie pomocowej. W sytuacjach niejednoznacznych potwierdzano informację telefonicznie. Drugą metodą była analiza baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem placówek posiadających w swoim kontrakcie usługi lecznicze dla pacjentów z zaburzeniami nawyków i popędów, w tym z patologicznym hazardem (F 63.0). Informacje o placówkach zajmujących się terapią uzależnień pozyskano także ze stron Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rekomendowane przez te dwie agendy placówki poddano weryfikacji (telefonicznej, mailowej, poprzez analizę stron internetowych) pod kątem posiadanej oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów lub ich bliskich. Poszukiwania

⁴ Obydwa etapy badania były finansowane z różnych źródeł. Pierwszy etap otrzymał w trybie konkursowym dofinansowanie z Funduszu Zapobiegania Problemom Hazardowym (FZPH), drugi natomiast był finansowany ze środków przyznanych autorce artykułu na badania prowadzone w ramach działalności statutowej w Instytucie Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej Wydziału Teologii KUL (dotacja dla młodych naukowców).

⁵ Na potrzeby artykułu skoncentrowano się na wynikach dotyczących hazardu patologicznego. Świadczenia w zakresie pozostałych uzależnień czynnościowych posiada w swojej ofercie stosunkowo mała liczba placówek – z zadeklarowanych w sumie pięćdziesiąt w całej Polsce.

te pozwoliły na wyodrębnienie 801 placówek o charakterze SP ZOZ, NZOZ i prywatnych, które deklarowały świadczenie usług pomocowych patologicznym hazardzistom i ich rodzinom.

Równolegle do poszukiwania placówek mających wziąć udział w badaniu opracowywana była ankieta badawcza. Podstawą do jej stworzenia był przegląd literatury dotyczącej analizy oferty pomocowej dla graczy hazardowych w różnych krajach. Szczególnie cenny okazał się cykl raportów (wraz z załącznikami w postaci ankiet badawczych) z ewaluacji eksperymentalnego programu leczenia patologicznych hazardzistów, który był wdrażany w czterech regionach Kanady w latach 2001-2003 (Allard i in., 2006)⁶. Był to kompleksowy program leczenia, obejmujący m.in. telefon zaufania, całodobowe centrum interwencji kryzysowej i z możliwością interwencji w domu osoby lub w kasynie, sieć placówek leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego ze specjalistycznym programem leczenia hazardzistów, kampanie profilaktyczne skierowane do osób dorosłych, młodzieży oraz mniejszości etnicznych. W opracowaniu ankiety wykorzystano także raport ewaluacyjny z realizacji programu „Jeu me questionne” (Ladouceur i in., 2011). Ten program z kolei wdrażany był w Kanadzie w roku 2008 i polegał na udostępnieniu graczom zagrożonym uzależnieniem i uzależnionym od hazardu możliwości krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej, w której gracze uczestniczyli bez terapeuty – wykorzystując jedynie podręcznik – przewodnik (144 strony, 5 etapów). Uczestniczenie w takiej terapii poprzedzały dwie rozmowy telefoniczne o charakterze motywującym. Raport zawiera część dotyczącą oceny programu przez terapeutów wraz z wykorzystaną w tym celu ankietą⁷.

Ostateczna wersja ankiety pierwszego etapu badań polskich zawierała siedem części dotyczących: informacji o placówce (A), informacji ogólnych dotyczących oferty pomocowej (B), terapii indywidualnej (C), terapii grupowej (D), innych form wsparcia dla patologicznych hazardzistów (E), zapotrzebowania terapeutów w zakresie własnych kwalifikacji (F), pomocy bliskim/członkom rodzin osób uzależnionych (H)⁸.

⁶ Raporty zamieszczone są m.in. na stronie <http://www.documents.com.co/-evaluation+programme+experimental+jeu+pathologique> oraz na stronie Krajowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Québec (INSPQ) www.inspr.qc.ca.

⁷ Szczegółowy opis programu można znaleźć w raporcie Ladouceur, R., Fournier, P.-M., Lafond, S., Giroux, I., Sévigny, S., Simoneau, H., Leclerc, M. (2010). Programme d'intervention bref et semi-autonome «Jeu me questionne» pour les joueurs à risque et pathologiques. Québec: Université Laval, www.fqrcs.gouv.qc.ca.

⁸ Szczegółowy raport z pierwszego etapu badań finansowanego z FZPH znajduje się na stronie: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880> (temat badawczy: Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego/patologicznego w Polsce).

Do wyłonionych placówek przesłano komplet materiałów zawierających: list intencyjny z prośbą o wypełnienie ankiety, informację o celu badania, źródle finansowania i wskazaniu możliwości wypełniania ankiety online, a także ankietę w wersji papierowej.

Drugi etap badań także oparty był na metodzie ankietowej. Miał on charakter pogłębiony, a celem było zdobycie bardziej szczegółowych informacji dotyczących oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin. W drugim etapie wzięły udział placówki wyłonione w pierwszej części badań, których pracownicy w ankietach potwierdzili i opisali realizowane przez nich świadczenia pomocowe dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin. Dodatkowo w badaniu wzięły udział placówki, które nie odesłały ankiety w pierwszym etapie badań, ale w których innymi drogami potwierdzono (telefonicznie lub na podstawie informacji od pacjentów i/lub terapeutów) świadczenie takich form pomocy. W sumie objęło ono 120 placówek zajmujących się leczeniem uzależnień, w tym – patologicznego hazardu.

W drugiej ankiecie (opracowanej na podstawie wyników pierwszego etapu badań) znalazły się pytania, których postawienie miało za cel uzupełnienie informacji uzyskanych wcześniej. Pytania te dotyczyły: szczegółowego opisu oferowanych form pomocy, oceny oferowanych form pomocy, trudności doświadczanych w pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi, opinii na temat uwarunkowań zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu⁹.

Do 120 wyłonionych placówek przesłano ankietę wraz z listem intencyjnym prezentującym cel badań i wyjaśniającym ich kontynuację, a także z informacją o możliwości wypełnienia ankiety online. Dodatkowo w dwóch placówkach deklarujących w ankiecie pierwszego etapu kompleksową pomoc dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin, przeprowadzono pogłębiony wywiad.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki analiz przeprowadzonych w pierwszym badaniu. Na 801 ankiet wysłanych w pierwszym etapie badań, 101 placówek potwierdziło posiadanie w swojej ofercie różnych form pomocy dla patologicznych hazardzistów, w tej liczbie znalazło się 89 placówek świadczących pomoc dla ich bliskich.

⁹ Temat badawczy drugiego etapu brzmiał: Uwarunkowania zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu. Analiza dostępnych w Polsce form pomocy specjalistycznej i nieformalnej.

Wśród zgłoszonych placówek 89 zadeklarowało prowadzenie terapii indywidualnej, a 68 – prowadzenie terapii grupowej patologicznych hazardzistów. Dodatkowo 86 placówek prowadzi poradnictwo, 84 – zajęcia edukacyjne, a 27 – działania profilaktyczne skierowane do patologicznych hazardzistów. Jeżeli chodzi o pomoc bliskim, 64 placówek prowadzi terapię indywidualną, a 43 – grupową dla tych osób. Dodatkowo 79 placówek świadczy usługi poradnictwa, 67 – zajęcia edukacyjne, a 15 działania profilaktyczne skierowane do osób bliskich patologicznych graczy.

Jeżeli chodzi o posiadanie wyodrębnionego programu terapii indywidualnej dla patologicznych graczy – potwierdza to 59 placówek, podczas gdy brak takiego programu zgłaszają 32 placówki (można zatem przypuszczać, że pracują one w oparciu o program wypracowany dla innych uzależnień, najczęściej zespołu uzależnienia od alkoholu)¹⁰.

Program terapii grupowej dla hazardzistów posiadają 53 placówki, natomiast 37 zgłasza brak takiego programu. W przypadku pomocy dla bliskich program terapii indywidualnej dla nich posiada 40 placówek (46 deklaruje jego brak), natomiast 34 placówki zgłaszają posiadanie programu terapii grupowej dla bliskich (52 zgłaszają jego brak).

Struktura grupy terapeutycznej, do której włączani są pacjenci z patologicznym hazardem, prezentuje się następująco: tylko w siedmiu placówkach prowadzone są grupy złożone z samych patologicznych graczy, w kolejnych pięciu grupę tworzą pacjenci z różnymi uzależnieniami czynnościowymi, natomiast w pięćdziesięciu sześciu placówkach patologiczni gracze włączani są do grup terapeutycznych dla osób z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

Podczas analizy potrzeb wyrażanych przez terapeutów uzależnień w odniesieniu do prowadzenia terapii patologicznych graczy i ich bliskich najczęściej pojawiały się wskazania dotyczące potrzeby: szkoleń z zakresu terapii uzależnień czynnościowych (81 wskazań), staży krajowych (50 wskazań), staży zagranicznych (40 wskazań), literatury specjalistycznej z zakresu uzależnień czynnościowych (71 wskazań), superwizji pracy z osobami uzależnionymi od czynności (64 wskazań), filmów szkoleniowych (58 wskazań), metod diagnostycznych (65), metod ewaluacyjnych (47).

Wyniki drugiego badania. W drugim, pogłębionym etapie badań, na wysłanych 120 kompletów materiałów z ankietą, odpowiedziały 24 placówki. Warto zwrócić uwagę na fakt, że cztery placówki spośród wyłonionych w pierwszym etapie (deklarujących posiadanie

¹⁰ Wyniki nie sumują się do 100%, co wynika z braków w odpowiedziach.

oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów lub ich rodzin) odesłały list z informacją o tym, że nie posiadają w swojej ofercie takich usług, w związku z czym nie kwalifikują się do udziału w badaniu.

Wyniki ankiet pozwoliły szczegółowo poznać formy pomocy oferowane patologicznym hazardzistom i ich bliskim. Jeżeli chodzi o terapię indywidualną dla patologicznych graczy, placówki zgłaszają najczęściej posiadanie programu autorskiego, opracowanego w oparciu o następujące podejścia i metody: program dla osób uzależnionych od alkoholu (lub jego uzupełniona modyfikacja), terapia poznawczo-behawioralna, podejście motywacyjne, Osobisty Plan Terapii (OPT), program dla osób uzależnionych od narkotyków (w MONAR), program Trimeridian¹¹, terapia psychodynamiczna. Terapia grupowa oparta jest najczęściej na programie terapii uzależnienia od alkoholu, poza tym wykorzystywane są metody i podejścia stosowane w terapii indywidualnej uzupełnione o treningi umiejętności.

W opinii terapeutów różnorodne formy pracy z patologicznymi hazardzistami są efektywne i potrzebne. Jako skuteczne wymieniają oni: terapię indywidualną (uzasadnienie: „Nawiązanie relacji, empatyczne rozumienie pacjenta, akceptacja pacjenta, omawianie problemów trudnych, których pacjent nie chce poruszać w grupie, praca z OPT, indywidualne podejście do pacjenta), terapię grupową (uzasadnienie: „Możliwość identyfikacji z osobami o podobnych problemach, wsparcie i motywacja do zmian, informacje zwrotne”), psychoedukację (uzasadnienie: „Psychoedukacja umożliwia kontakt z własnymi deficytami rozwojowymi i poznawczymi, uczy radzenia sobie z chorobą”), poradnictwo (uzasadnienie: „Oddzielenie kwestii prawnych, finansowych i socjalnych od kontaktu terapeutycznego”), terapię rodzinną (uzasadnienie: „Odbudowa relacji rodzinnych”), oddział dzienny (uzasadnienie: „Intensywna praca terapeutyczna – 5 razy w tygodniu, praca na bieżąco z pojawiającymi się objawami/problemami, nabyte umiejętności trenuje w życiu po zajęciach), codzienne wsparcie ze strony terapeuty i grupy”).

Jako najważniejsze moduły w pracy terapeutycznej z patologicznymi graczami terapeuci wskazują następujące: praca nad motywacją do zmiany, praca nad zniekształceniami poznawczymi, praca nad emocjonalnym podłożem patologicznego hazardu, praca nad finansami, praca nad „głodem” hazardu, praca nad zapobieganiem nawrotom.

Kolejną poruszaną kwestią było oferowanie doradztwa prawnego, socjalnego oraz finansowego w badanych placówkach. Zebrane dane pozwalają stwierdzić, że na dwadzieścia cztery placówki siedem posiada w swojej ofercie doradztwo prawne, trzy – doradztwo

¹¹ Program opracowany i wykorzystywany w Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) opisany wraz z materiałami w języku polskim na stronie: www.problemgambling.ca.

finansowe, a siedem – doradztwo socjalne. Trzy powyższe formy wsparcia, a zwłaszcza doradztwo prawne i finansowe, oceniane są przez terapeutów jako bardzo znaczące w terapii patologicznych hazardzistów (por. Ladouceur, 2000). Przydatność doradztwa prawnego oceniona została w badaniu przez terapeutów średnio na 85% (w skali 0-100%), finansowego – 77%, a socjalnego – 48%.

Terapeuci wskazywali także na trudności, których w swoim odczuciu doświadczają w pracy z patologicznymi hazardzistami. Jako utrudnienia w pracy z tymi pacjentami najczęściej wymieniane były: niewystarczające przygotowanie pracownika socjalnego (lub brak takiego pracownika), brak doradztwa finansowego i prawnego w placówce, niewystarczające kwalifikacje kadry, brak szkoleń specjalistycznych z zakresu terapii uzależnień czynnościowych, mała liczba pacjentów – trudność w organizowaniu jednolitych grup terapeutycznych, ograniczona oferta pomocowa dostępna w placówce, brak dostępnych programów terapeutycznych dostosowanych do tej grupy pacjentów, ograniczone środki finansowania terapii patologicznych hazardzistów.

Podstawowa trudność po stronie pacjentów polega według terapeutów na bardzo częstym przerywaniu terapii przez hazardzistów. Wśród przyczyn tego zjawiska terapeuci wymieniają: zewnętrzną motywację do zmiany, brak umiejętności wglądu we własne problemy, brak wsparcia ze strony bliskich osób, silną koncentrację na problemach finansowych i nadmierne zaangażowanie w pracę, poczucie „wyleczenia” na etapie osiągnięcia zdolności do czasowego utrzymywania abstynencji, brak alternatywnych zainteresowań i uczucie pustki po stracie (hazardu), niechęć/niezdolność do pracy długoterminowej, nieumiejętność odraczania gratyfikacji (odroczonego zysku), nastawienie na szybki efekt, brak nadziei na zmianę, problemy depresyjne.

W celu podniesienia skuteczności pomocy oferowanej patologicznym hazardzistom terapeuci sugerują uzupełnianie jej o: doradztwo finansowo-prawne i socjalne, regularne konsultacje psychiatryczne, wyodrębnione grupy terapeutyczne, specjalistyczne programy terapii, zjazdy „absolwentów”, grupę zapobiegania nawrotom dla hazardzistów, wyodrębnienie poradni leczenia uzależnień czynnościowych.

Wśród dostępnych form pomocy dla osób bliskich patologicznym hazardzistów w badanych placówkach wymienione zostały następujące: terapia indywidualna, terapia grupowa, psychoedukacja, poradnictwo, grupa wsparcia, sesje rodzinne, terapia rodzinna, treningi rozwojowe. Wykorzystywane są autorskie opracowania programów terapii lub programy wykorzystywane w pracy z bliskimi osób uzależnionych od alkoholu.

Jako najskuteczniejsze w pracy z osobami bliskimi hazardzistów wymieniane były następujące formy: terapia grupowa (uzasadnienie: „Więź z grupą i doświadczenia innych działają motywująco na podejmowanie zmian w życiu, otwieranie się z własnymi problemami”), terapia indywidualna (uzasadnienie: „Wsparcie emocjonalne, rozwój samoświadomości i zdolności do racjonalnych działań, uwolnienie od współuzależnienia”), psychoedukacja (uzasadnienie: „Poznanie choroby osoby bliskiej, zrozumienie zachowań partnera”).

Osobom bliskim dla patologicznych hazardzistów oferowane jest doradztwo finansowo-prawne oraz socjalne w takim samym zakresie jak uzależnionym graczom. Przydatność tego rodzaju wsparcia dla bliskich terapeutów oceniają następująco: prawne – 85%, finansowe – 71%, socjalne – 54%.

W pracy z osobami bliskimi dla patologicznych graczy terapeuci doświadczają następujących trudności: brak poradnictwa prawnego, finansowego i socjalnego w placówce, brak dostatecznych kwalifikacji kadry dotyczących patologicznego hazardu, brak wyodrębnionych grup terapeutycznych dla bliskich hazardzistów, silny wstyd, niska motywacja do pracy nad sobą – delegowanie do terapii uzależnionego partnera, przerywanie terapii w sytuacji względnej stabilizacji sytuacji finansowej, poczucie bezsilności wobec uzależnienia bliskiej osoby.

Według terapeutów, w celu udoskonalenia oferty pomocowej dla bliskich należałoby ją uzupełnić o: pomoc prawną, finansową i socjalną na miejscu, świetlicę dla dzieci na terenie placówki, programy terapeutyczne dla bliskich hazardzistów, wyodrębnione grupy terapeutyczne dla bliskich hazardzistów, współpracę z MOPS, GOPS, OPR, ofertę pomocy dla dzieci hazardzistów, stworzenie poradni leczenia uzależnień czynnościowych.

Ostatnie pytanie ankiety miało charakter podsumowujący i dotyczyło wskazania przez terapeutów czynników przyczyniających się w ich opinii do zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu. W wypowiedziach terapeutów pojawiły się następujące czynniki:

- dostępność pomocy terapeutycznej dla uzależnionej osoby,
- zróżnicowana oferta pomocowa dla patologicznych hazardzistów,
- systematyczna praca terapeutyczna uzależnionej osoby,
- nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami w obszarze relacyjnym i emocjonalnym,
- możliwość czerpania doświadczeń od uzależnionego hazardzisty utrzymującego abstynencję od grania,

- posiadanie przez hazardzistę wsparcia w dalszej rodzinie lub środowisku społecznym
- pozytywny stosunek do korzystania z terapii zarówno hazardzisty, jak i pozostałych członków rodziny, a także takie postawy w otoczeniu gracza i jego rodziny,
- równoległa praca terapeutyczna z całą rodziną (ze wszystkimi jej członkami), terapia rodzinna, sesje terapeutyczne dla par,
- zróżnicowana oferta pomocowa skierowana do osób bliskich dla patologicznych hazardzistów,
- zadbanie o własne potrzeby przez członków rodziny patologicznego hazardzisty (terapia własna),
- systematyczna praca terapeutyczna członków rodziny patologicznych hazardzistów,
- wiedza rodziny na temat funkcjonowania hazardzisty, rozumienie problemu uzależnienia,
- praca terapeutyczna nad poczuciem własnej wartości członków rodziny patologicznego gracza,
- udział członków rodziny w grupie wsparcia,
- dostępność grup samopomocowych dla członków rodziny,
- dostępność dla rodziny pomocy specjalistów z zakresu prawa i finansów – wiedza prawna, zabezpieczenie siebie, znajomość własnych praw przez współmałżonka,
- niezależność finansowa członków rodziny patologicznego hazardzisty,
- umiejętność i gotowość członków rodziny do systematycznego poszukiwania pomocy (np. w MOPS, OPR, PZU),
- współpraca terapeutów uzależnień z różnymi instytucjami,
- szeroko zakrojona społeczna kampania psychoedukacyjna na temat zagrożeń płynących z grania hazardowego.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Badania miały na celu dokonanie diagnozy zasobów instytucjonalnych i osobowych w zakresie wsparcia patologicznych hazardzistów i ich bliskich. Otrzymane wyniki dostarczyły podstaw do oceny ilościowej i jakościowej tych zasobów. Ofertę pomocową dla wymienionych osób potwierdzono w sumie w 120 placówkach w całej Polsce. Nie jest to duża liczba, biorąc pod uwagę całkowitą liczbę instytucji zajmujących się leczeniem osób uzależnionych, która sięga tysięcy. Należy uwzględnić fakt dobrowolnego udziału w badaniach – jest pewne, że nie wszystkie placówki świadczące omawiane usługi

wzięły w nich udział, najprawdopodobniej też nie do wszystkich udało się dotrzeć z zaproszeniem. Ostateczna liczba zgłoszonych ankiet jest wynikiem kilkukrotnego monitowania zaproszonych placówek drogą telefoniczną i mailową. Analiza zgłoszeń może potwierdzać fakt niepełnej bazy danych, jaką otrzymano. Przykładowo – w województwie mazowieckim do badania zgłosiło się dziesięć placówek, w lubuskim dwie, a w zachodniopomorskim jedna. Doświadczenia autorek artykułu pokazują, że liczba placówek pracujących z patologicznymi hazardzistami w każdym z tych województw jest większa. Jeszcze niższy zwrot ankiet otrzymano w drugim etapie badań. Warto przypomnieć, że na tym etapie ankiety skierowano tylko do tych placówek, które zadeklarowały posiadanie omawianej oferty pomocowej. Zaskakuje fakt zaprzeczania tym informacjom w drugim etapie przez cztery placówki. Z wywiadów przeprowadzonych dodatkowo wynika, że terapeuci uzależnień często nie widzą sensu udziału w badaniach, a wypełnianie ankiet traktują jako konieczność (obawa przez złą oceną placówki w przypadku niewypełnienia ankiety). Skarżą się na brak czasu, inne/ważniejsze obowiązki lub na fakt, że nie lubią opisywać tego, co robią (Lelonek-Kuleta, 2012)¹². Obserwacja pokazuje, że terapeuci współpracują znacznie chętniej w kontakcie indywidualnym – co miało miejsce w sytuacji przeprowadzania dwóch wywiadów jakościowych w wybranych placówkach.

Wniosek 2.: Wśród uczestniczących w badaniach placówek dominującą formę pomocy stanowi terapia indywidualna – zarówno w przypadku hazardzistów, jak i ich bliskich. Powszechną formą pomocy jest także poradnictwo i edukacja. Mniejsza oferta terapii grupowej może wynikać z faktu, iż cały czas patologiczni hazardziści stanowią mniejszą część pacjentów uzależnionych (dominuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych).

W związku z tym terapeuci mają trudność ze zorganizowaniem jednorodnej grupy terapeutycznej. Poza tym wysoka „wypadalność” pacjentów uzależnionych od hazardu z terapii sprawia, że trudno jest zrealizować cały program terapii dla jednej, zamkniętej grupy pacjentów.

Wniosek 3.: Problem jest jeszcze bardziej nasilony w przypadku osób bliskich. Informacje uzyskane od terapeutów pokazują, że członkowie rodzin hazardzistów trafiają do

¹² Pewnego rodzaju rozdzwitek pomiędzy praktyką zawodową i naukową opisano w artykule B. Lelonek-Kulety „Badania naukowe a praktyka terapeutyczna. Odrębne ścieżki czy wspólna droga?” *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, 1/2012, s. 18-22.

specjalisty zazwyczaj w sytuacji kryzysowej, w której nie dają sobie rady. Doraźne zażegnanie problemu czy chwilowa poprawa nastroju jest dla nich bardzo często argumentem przemawiającym za przerwaniem terapii. Osoby bliskie zgłaszają się poza tym najczęściej po pomoc chcąc zmienić / wyleczyć uzależnionego partnera i nie widzą potrzeby pracy nad sobą. Wydaje się zatem, że istotnym elementem w pracy z bliskimi byłoby uświadamianie potrzeby pracy własnej oraz motywowanie do zmiany.

Wniosek 4.: W badaniach nie wyodrębniono pomocy stacjonarnej i ambulatoryjnej. W Polsce jednak najczęściej pomoc patologicznym hazardzistom i ich bliskich świadczona jest w systemie ambulatoryjnym. Sporadycznie gracze przyjmowani są na oddziały stacjonarne (dane z wywiadów). Wyniki badań zachodnich pokazują jednak, że mniejszy odsetek pacjentów przerywa terapię stacjonarną (9,9%) niż ambulatoryjną (53,7%) (Ladouceur i in., 2004). Być może warto byłoby położyć większy nacisk na poszerzenie oferty terapii stacjonarnej dla osób uzależnionych od hazardu.

Wniosek 5.: Warto podkreślić duże znaczenie świadczenia usług edukacyjnych przez większą część placówek, gdyż jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, brak wiedzy na temat problemu patologicznego hazardu jest jedną z przyczyn trudności doświadczanych w pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi.

Wniosek 6.: Program terapii patologicznych hazardzistów posiada ponad połowa przebadanych placówek. W pozostałych terapia prowadzona jest w oparciu o program terapii osób uzależnionych od alkoholu. W tym miejscu warto zatrzymać się przy zagadnieniu znaczenia programu terapeutycznego dostosowanego do specyfiki problemu. Badania przeprowadzone w Kanadzie pozwalają poznać czynniki przyczyniające się do rezygnacji z terapii przez hazardzistów. Wśród czynników tych pacjenci wskazali m.in. następujące: brak uzyskania odpowiedzi na stawiane pytania, poczucie powtarzania się tych samych pytań, brak znajomości problematyki grania przez terapeutę, niewystarczający „rygor” ze strony programu (Chevalier i in., 2003). Jeszcze mniejsza liczba placówek posiada program terapeutyczny dla członków rodzin hazardzistów. Brak jest danych, które pokazywałyby jak ten brak przekłada się na motywację bliskich do uczestniczenia w terapii. Informacja w tym zakresie uzyskana w przeprowadzonym badaniu zwraca uwagę na potrzebę pogłębienia analiz dotyczących znaczenia dostosowywania programów terapeutycznych do specyfiki uzależnienia od hazardu. Intuicja każe przypuszczać jednak, że im bardziej dostosowany do

specyfiki problemu program, tym większe zaangażowanie pacjentów w terapię oraz większa jej skuteczność.

Wniosek 7.: Ważna informacja uzyskana dzięki badaniu dotyczy struktury grup terapeutycznych dla patologicznych graczy. Tylko siedem placówek zadeklarowało prowadzenie jednorodnych grup złożonych z samych graczy, co stanowi bardzo niski wynik. Terapeuci uzależnień potwierdzają w wywiadach wyższą skuteczność terapii w grupach jednorodnych. Także w ośrodkach zagranicznych terapia graczy prowadzona jest w grupach jednorodnych. Tworzenie grup jednorodnych dla patologicznych graczy powinno stawać się standardem w placówkach zajmujących się leczeniem uzależnień w Polsce.

Wniosek 8.: Terapeuci uzależnień mają świadomość i odczuwają potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie terapii uzależnień czynnościowych. Obszar ten w Polsce dopiero się rozwija, dzięki nowym funduszom coraz bardziej dynamicznie, co potwierdza bardzo duże zainteresowanie, z jakim spotykają się szkolenia z zakresu terapii uzależnień czynnościowych organizowane w różnych miastach Polski od 2012 roku¹³.

W terapii pacjentów z patologicznym hazardem specjaliści opierają się na preferowanych i wykorzystywanych przez siebie w pracy terapeutycznej podejściach i metodach, stąd prowadzona jest ona zarówno z wykorzystaniem Dwunastu Kroków Anonimowych Hazardzistów, jak i logoterapii, terapii egzystencjalnej, psychodynamicznej, czy też podejścia Gestalt. Dominujące podejścia mają charakter terapii poznawczo-behawioralnej, motywacyjnej oraz programów terapii uzależnienia od alkoholu. Kierunek ten jest zgodny ze światowymi trendami w terapii uzależnień, według których preferowane jest podejście motywacyjne oraz poznawczo-behawioralne (najbardziej jak dotychczas zbadane pod kątem skuteczności w pracy z patologicznymi hazardzistami) (Ladouceur i in., 2011).

Wniosek 9.: Terapeuci mają świadomość potrzeby uzupełnienia oferty pomocowej o doradztwo prawne i finansowe (ponad trzy czwarte terapeutów wyraża to przekonanie) oraz poradnictwo socjalne (blisko połowa ankietowanych). W momencie przeprowadzania badań tylko pojedyncze placówki posiadały wymienione formy wsparcia w swojej ofercie. W terapii patologicznego hazardu na świecie powszechnie wprowadza się tego rodzaju usługi doradcze

¹³ Jednym z pierwszych tego rodzaju szkoleń było *Training of Trainers*, zrealizowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2012 roku, w których autorka tekstu uczestniczyła jako osoba prowadząca zajęcia. Od tego czasu kilka razy w roku ogłaszane są zaproszenia na szkolenia z zakresu uzależnień czynnościowych, współfinansowane z FRPH.

uznając je za jeden z ważniejszych elementów wsparcia (Ladouceur, Lachance, 2007; Zermatten i in., 2010; *Habitudes de jeu* [2012])¹⁴.

Wniosek 10.: Oferta pomocowa dla osób bliskich hazardzistów jest zróżnicowana, jednak najczęściej polega na powielaniu tych samych działań, jakie podejmowane są wobec rodzin osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Dla specjalisty terapii uzależnień nie musi to stanowić trudności w pracy z tą grupą, ponieważ mechanizmy współuzależnienia są podobne w odniesieniu do wszystkich uzależnień. Potwierdza to rodzaj trudności w pracy z tymi osobami, na jakie wskazują terapeuci (niechęć do własnej terapii, próba zmieniania partnera, silny wstyd, poczucie bezsilności). Istnieje jednak pewna specyfika doświadczeń towarzyszących patologicznemu graczowi, których znajomość może mieć ważne znaczenia dla zdrowienia osoby bliskiej. Dynamikę przeżyć osoby bliskiej towarzyszącej graczowi opisuje Ladouceur (Ladouceur, 2006). Warto byłoby w związku z tym położyć większy nacisk na dostosowanie oferty pomocowej do rzeczywistych potrzeb członków rodzin pacjentów, poprzez podnoszenie kwalifikacji specjalistów.

Znaczenie dodatkowych form wsparcia dla bliskich (m.in. prawnego, finansowego, socjalnego) oceniane jest równie wysoko jak w odniesieniu do graczy. Specyfika problemów osób bliskich hazardzistom, na którą składa się wysokie zadłużenie, konieczność zabezpieczenia finansowego, współodpowiedzialność finansowa za część zobowiązań itd., sugeruje konieczność tego rodzaju wsparcia (Wojewódzka, Dąbrowska, 2011; Woronowicz, 2012)¹⁵.

Wniosek 11.: Analiza wyników badań pokazuje z jednej strony duże zapotrzebowanie terapeutów na poszerzenie i doskonalenie oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów i ich bliskich, z drugiej jednak – utrudnienia, z jakimi spotykają się przy próbach realizacji tego celu. Najczęściej zwracają uwagę na ograniczenia finansowe i brak oferty szkoleniowej. Wydaje się jednak, że tego rodzaju trudności powinny odgrywać coraz mniejszą rolę z uwagi na to, iż na różne formy działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom czynnościowym istnieją środki finansowe, które można pozyskiwać na drodze konkursowej z FRPH. Zgłaszane trudności są być może wyrazem nieznaności tych źródeł, co sugerowałoby

¹⁴ W placówkach leczenia uzależnień m.in. we Francji zatrudniany jest pracownik socjalny dysponujący szczegółową wiedzą w zakresie zadłużenia, form wsparcia itd. (informacja ze stażu odbytego we Francji).

¹⁵ Sposoby zabezpieczenia finansowego rodziny można także znaleźć w przetłumaczonym na język polski poradniku dla rodzin wydanym przez Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Pages/information_in_other_languages.aspx.

potrzebę ich nagłaśniania. Z drugiej strony pozyskanie środków wymaga nakładów dodatkowej pracy i może ten właśnie czynnik jest podstawową trudnością w podnoszeniu jakości nowych usług.

Wniosek 12.: Warte podkreślenia są wysiłki wielu placówek wkładane w rozwijanie oferty pomocowej i podejmowanie nowych działań, które okazują się być zgodne z trendami światowymi (chodzi m.in. o metody pracy z patologicznymi hazardzistami). Zaangażowanie w te działania części specjalistów potwierdza fakt zgłaszania przez nich interesujących i trafnych propozycji doskonalenia form pomocy patologicznym hazardzistom i ich bliskim.

5. Możliwości wykorzystania wyników przeprowadzonych badań

Badania miały na celu diagnozę zasobów pomocowych w zakresie patologicznego hazardu, ale także zebranie informacji na temat skutecznych według terapeutów form pomocy uzależnionym graczom i ich bliskim. Ma to znaczenie o tyle, że może pomóc w rozwijaniu i dostosowywaniu form pomocy do specyfiki problemu, jakim jest patologiczny hazard. Pomogłoby to jednocześnie rozsądnie inwestować środki finansowe w działania, których skuteczność jest potwierdzona.

W badaniu udało się wyodrębnić 120 placówek, w których świadczona jest profesjonalna pomoc osobom uzależnionym od hazardu i ich bliskim. Potrzebę rozwijania działań pomocowych może potwierdzać fakt postulowania przez terapeutów tworzenia odrębnych poradni leczenia uzależnień behawioralnych, co świadczyłoby o rzeczywistym zapotrzebowaniu na tego typu usługi.

Świadczenia pomocowe w wielu przypadkach oparte są na programach terapii osób uzależnionych od alkoholu, co warto byłoby poddać modyfikacji w kierunku form bardziej dostosowanych do potrzeb innej grupy pacjentów. Tworzenie programów autorskich dla patologicznych hazardzistów mieści się jednak w trendach światowych – wykorzystuje się w nim bowiem podejście behawioralno-poznawcze oraz motywujące, co stanowi ich mocną stronę.

Istotnym zagadnieniem – uzyskanym w badaniach – jest wiedza na temat struktury grupy terapeutycznej dla uzależnionych graczy. W Polsce cały czas najczęściej włącza się hazardzistów do grup pacjentów z innymi uzależnieniami – najczęściej od substancji psychoaktywnych. Terapeuci zgłaszają problem niedoboru pacjentów do otworzenia wyodrębnionej patologicznych graczy. Fakt zapotrzebowania na pomoc ze strony

hazardzistów wydaje się zaprzeczać temu problemowi. Być może jednak jest tak, że możliwość uzyskania specjalistycznej pomocy w danej placówce nie jest wystarczająco nagłaśniana, stąd niedobór pacjentów uzależnionych od hazardu, którzy tak naprawdę potencjalnie istnieją.

Na podstawie uzyskanych w badaniach informacji można stwierdzić, że terapeuci mają podzielone zdania odnoszące się do skuteczności poszczególnych form pomocy. Pojawiają się zwolennicy różnych form wspierania patologicznych graczy, dominuje jednak pomoc indywidualna i grupowa, a także poradnictwo i edukacja. Brak programów terapeutycznych w wielu placówkach być może utrudnia dokonanie faktycznej oceny skuteczności różnych form wsparcia patologicznych hazardzistów i ich rodzin.

Uzyskane rezultaty informują także o tym, że w terapii patologicznych graczy i ich rodzin pojawiają się różnego charakteru trudności, które związane są m.in. ze specyfiką pacjenta-hazardzisty. Jedną z częściej występujących trudności jest przerywanie terapii wynikające m.in. z faktu konieczności spłacania długów i poczucia braku czasu na terapię ze strony pacjenta. W kontekście takich trudności doświadczanych przez pacjentów szczególnie ważne wydaje się powszechne wprowadzenie doradztwa finansowego i prawnego w zakres usług pomocowych świadczonych tej grupie. W przypadku rodzin źródłem trudności w podjęciu i kontynuowaniu terapii jest nierozumienie natury uzależnienia, jakim jest patologiczny hazard. Nadal w świadomości ludzi problem ten istnieje jako wada charakteru czy wyraz złej woli, a nie zaburzenie zdrowia psychicznego. Z tego też względu zachowania osoby uzależnionej składające się na obraz zaburzenia (okłamywanie, utrata kontroli nad graniem, itd.) traktowane są jako działania wymierzone przeciwko bliskiej osobie, co staje się przyczyną rozpadu związków i braku wsparcia dla pacjentów hazardowych. Ważne więc wydaje się tu prowadzenie szeroko zakrojonej kampanii edukacyjnej dotyczącej patologicznego hazardu. Terapeuci zwracają także uwagę na brak specjalistycznej pomocy skierowanej do dzieci hazardzistów. W tej kwestii także należałoby podjąć stosowne działania, które w Polsce jak dotąd nie zostały jeszcze podjęte.