

Raport z badania: Współwystępowanie uzależnienia od hazardu z uzależnieniami od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych- społeczne predyktory zjawiska, potrzeby pacjentów i możliwość ich zaspokojenia w ramach leczenia

Numer umowy: 70/HE/2015, 4/HEK/2016

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

Autorzy:

Dr Katarzyna Dąbrowska

Dr Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii

I Wprowadzenie

Realizowany projekt badawczy dotyczy współwystępowania problemu hazardu z uzależnieniami od substancji psychoaktywnymi i innymi zaburzeniami psychicznymi. Jak pokazują badania patologiczny hazard jest bardziej rozpowszechniony w populacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych niż w populacji generalnej (Petry, 2007). Rozpowszechnienie patologicznego hazardu jest od dwóch do dziesięciu razy wyższe wśród osób używających narkotyków lub alkoholu w sposób problemowy w porównaniu do populacji generalnej (Raylu & Oei, 2002; Potenza i inni, 2002; Toneatto & Brennan, 2002). Szacuje się, że ponad 70% patologicznych hazardzistów w Stanach Zjednoczonych ma problemy z używaniem alkoholu, prawie 40% używa szkodliwie narkotyków, a około 50% - tytoniu (Walker, 2008). Wśród patologicznych hazardzistów leczonych stacjonarnie 47% jest uzależnionych od alkoholu lub innych substancji, a wśród Anonimowych Hazardzistów ten odsetek jest nieco wyższy i wynosi 52% (Sood i inni, 2003).

Badanie diagnozujące rozpowszechnienie problemu hazardu wśród osób korzystających z leczenia stacjonarnego w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych pokazało, że 20,2% badanych w trakcie swojego życia doświadczyło zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu. Shaffer i inni (1999) dokonali meta analizy badań poświęconych oszacowaniom rozpowszechnienia patologicznego hazardu wśród pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Rozpowszechnienie występowania patologicznego hazardu w ciągu całego życia w tej populacji oszacowano na 14%. W populacji klientów leczenia metadonowego odsetki te wahały się od 7% (Feigelman i inni, 1995) do 18% (Ledgerwood & Downey, 2002).

Współwystępowanie problemowego i patologicznego hazardu oraz zaburzeń psychicznych jest równie powszechne jak w przypadku używania substancji psychoaktywnych. Najczęściej z problemowym i patologicznym hazardem współwystępują depresja, schizofrenia, fobie, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości (Potenza i inni, 2002). Wyniki badań prowadzonych w USA pokazują, że prawie 50% patologicznych hazardzistów ma zaburzenia nastroju (w tym zaburzenia depresyjne występują u prawie 30% graczy), ponad 40% cierpi na zaburzenia nerwicowe, a około 30% ma zaburzenia osobowości (Toneatto & Miller, 2004; Walker, 2008). Wśród patologicznych hazardzistów odnotowuje się również

podwyższone wskaźniki samobójstw (Grant & Kim, 2002; Kim i inni, 2002). Szacuje się, że próbę samobójczą podjęło od 17 do 24% patologicznych hazardzistów (Sood i inni, 2003).

Problem współwystępowania hazardu z zaburzeniami uzależnieniami od substancji psychoaktywnymi i innymi zaburzeniami psychicznymi nie jest dość dobrze rozpoznany w badaniach, które skupiają się głównie na rozpowszechnieniu tego zjawiska. Celem opisywanego badania jest pogłębiona diagnoza zagadnienia współwystępowania hazardu z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków.

Głównym celem realizacji projektu (badania) jest pogłębiona diagnoza zagadnienia współwystępowania hazardu z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków.

Wyodrębniono także szczegółowe cele badania, takie jak:

- analiza wpływu jednego uzależnienia na wystąpienie drugiego;
- identyfikacja momentów przełomowych w życiu osób uzależnionych mogących przyczynić się do powstania uzależnienia;
- uchwycenie różnic między pacjentami z diagnozą problemu hazardu i uzależnienia od alkoholu i hazardu i uzależnienia od narkotyków;
- identyfikacja potrzeb leczniczych osób z podwójną diagnozą;
- ocena oferty leczenia dla osób z podwójną diagnozą.

II Metodologia

Etapy badania

Badanie zostało zrealizowane na przełomie 2015 i 2016 roku i objęło następujące działania:

1. przegląd literatury na temat współwystępowania zaburzeń hazardowych i uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz innych zaburzeń psychicznych,
2. przeprowadzenie wywiadów semi-strukturyzowanych z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, oraz sporządzenie tabel chronologicznych dot. ważnych wydarzeń życiowych
3. przeprowadzenie wywiadów semi-strukturyzowanych z profesjonalistami – lekarzami psychiatrami oraz terapeutami uzależnień.

Próba i kryteria jej doboru

W badaniu wzięły udział osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji psychoaktywnych, jak również profesjonaliści zajmujący się leczeniem uzależnienia od alkoholu i narkotyków (terapeuci) i lekarze psychiatry. Łączna liczba zrealizowanych wywiadów wynosi 65:

osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od alkoholu - 20

osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od narkotyków - 20

lekarze psychiatry zatrudnieni w placówkach specjalistycznych - 5

terapeuci uzależnienia od narkotyków - 10

terapeuci uzależnienia od alkoholu - 10

Badanie było prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i poradniach zdrowia psychicznego, jak również w placówkach specjalistycznych zajmujących się leczeniem hazardzistów oraz osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

Dobór uczestników badania miał charakter celowy (*purposive sampling*). Kryterium doboru w przypadku lekarzy psychiatrów i terapeutów był status pracownika placówki, wykonywany zawód oraz doświadczenie w pracy z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz innych zaburzeń psychicznych.

Z kolei w przypadku osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, kryterium włączenia do badania było potwierdzone diagnozą współwystępowanie hazardu z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków.

Sposób rekrutacji

Badanie zrealizowano we Wrocławiu i Warszawie. Z placówkami, w których będzie prowadzone badanie (szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, placówki specjalistyczne zajmujące się leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi, uzależnionych od alkoholu i narkotyków) zostanie nawiązany kontakt w celu realizacji badania.

Lekarze psychiatry i terapeuci byli rekrutowani w placówkach zatrudnienia - w szpitalach psychiatrycznych i poradniach zdrowia psychicznego, jak również w placówkach specjalistycznych zajmujących się leczeniem hazardzistów oraz osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Osoby ze współwystępującymi

zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych byli rekrutowani w placówkach leczenia uzależnień.

Udział w badaniu miał charakter dobrowolny. Każdemu z badanych przed wywiadem został przedstawiony do podpisu formularz zgody na udział w badaniu. Formularz będzie zawierał krótkie wprowadzenie do badania, cele badania, metody badania, szacunkowy czas trwania badania oraz zapewnienie o poufności badania. Podkreślone zostało znaczenie badania dla organizacji systemu opieki i pracy terapeutycznej. Respondenci nie otrzymali żadnej gratyfikacji za udział w badaniu.

Narzędzia badawcze

Dyspozycje do wywiadu w przypadku pacjentów objęły następujące zagadnienia:

Historia uzależnienia

- które uzależnienie pojawiło się jako pierwsze?
- jak zmieniło się życie respondenta po wystąpieniu pierwszego z uzależnień?
- jak wystąpienie jednego zaburzenia mogło się przyczynić do pojawienia się kolejnego?
- czy problem uzależnień współwystępuje czy nastąpiło zjawisko tzw. zastąpienia jednego uzależnienia innym?

Rola ważnych/przełomowych momentów życiowych

- jakie wydarzenia życiowe/sytuacje życiowe respondenci postrzegają jako przełomowe?
- które z wydarzeń życiowych/sytuacje życiowe postrzegają jako powiązane z wystąpieniem uzależnienia?
- które z wydarzeń życiowych/sytuacji życiowych postrzegają jako powiązane z decyzją o podjęciu leczenia?

Historia leczenia

- który problem respondent postrzega jako najważniejszy w tym momencie?
- jak respondenci podejmują decyzję o rodzaju placówki, w której się będą leczyli?
- czy pomoc, którą dostają dot. wszystkich doświadczanych przez nich problemów?
- czego im brakuje w ofercie placówki?

Dyspozycje do wywiadów z profesjonalistami zawierały następujące obszary:

Charakterystyka osób z podwójną diagnozą

- czy osoby z podwójną diagnozą mają jakieś cechy wspólne, podobną historię życia?
- czy różnią się od innych pacjentów?

- jeśli tak, to pod jakimi względami?

Potrzeby osób z podwójną diagnozą dot. leczenia

- jakie potrzeby lecznicze mają osoby z podwójną diagnozą?

- czy potrzeby te w jakiś sposób wyróżniają je spośród innych leczonych w placówce?

Możliwość zaspokojenia potrzeb

- na który problem leczonego kładziony jest większy nacisk i jaki ma to związek z profilem placówki?

- czy w placówce osoby z podwójną diagnozą mają szansę dostać pomoc w związku ze wszystkimi swoimi problemami?

Analiza danych

Wywiad były nagrywane na dyktafon, a następnie zostały sporządzone ich transkrypcje. Transkrypcje zostały poddane analizie przez dwóch niezależnych badaczy, po to by zapewnić, że żadna z istotnych kwestii nie zostanie pominięta. Każdy badacz niezależnie utworzył matryce kodów i kategorii, które zostały ujednoczone na drodze procesu negocjacji. W kolejnym etapie analizę ograniczono tylko do kategorii istotnych ze względu na cele badania.

Charakterystyka badanych

W prezentowanym badaniu osoby ze współwystępującymi zaburzeniami to przede wszystkim mężczyźni (n=39). Średni wiek pacjentów wynosił 40,1 lat, odchylenie standardowe (SD) 9,287 lat. Respondenci głównie pozostawali w stanie wolnym (n=11), w związku (n=9) bądź byli rozwiedzeni (n=9). Połowa badanych miała wykształcenie średnie (n=20), co piąty miał wykształcenie wyższe (n=7) lub zawodowe (n=6), a co ósmy podstawowe lub gimnazjalne. Wśród profesjonalistów dominowały kobiety, w tej grupie było jedynie trzech mężczyzn.

III Wyniki badania

Przegląd literatury

Metodologia

Przełomu literatury dokonano na przełomie lipca i sierpnia 2015 roku. Artykuły do przeglądu zostały wyszukane za pomocą dwóch baz zawierających bibliografię artykułów naukowych MEDLINE i ProQuest. Są to bazy danych używane powszechnie dla sporządzania przeglądów literatury dotyczących zagadnień z pogranicza różnych dziedzin wiedzy. Do wyszukiwania użyto dwóch ogólnych słów kluczowych: *Gambling* i *Comorbidity*, występujących w streszczeniach. Pozwoliło to na uzyskanie materiału dotyczącego szerokiego spektrum zagadnień badawczych, między innymi rozpowszechnienia współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych, uwarunkowań społeczno-ekonomicznych współwystępowania zaburzeń hazardowych i różnego rodzaju zaburzeń psychicznych oraz leczenia.

Zakres wyszukiwania został ograniczony do lat 2000-2015, tak aby analiza uwzględniała względnie nowe doniesienia naukowe. W bazie MEDLINE uzyskano 148 rekordów, z kolei w bazie ProQuest - 90. Następnie dokonano analizy streszczeń, na podstawie której do przeglądu zakwalifikowano 51 artykułów (23 z wyszukiwarki MEDLINE, 28 z ProQuest), w których zidentyfikowano obszary będące celem przeglądu. Dostęp do pełnej wersji artykułu był możliwy w 34 przypadkach (po 17 artykułów z każdej bazy). Wśród artykułów zakwalifikowanych do przeglądu z obydwu baz danych, powtórzyło się 7 artykułów. Ostatecznie więc do przeglądu zakwalifikowano 27 artykułów. Dla uzupełnienia przeglądu dokładnie przeanalizowano piśmiennictwo i na tej podstawie wytypowano kolejne 20 artykułów. W sumie uzyskano 47 publikacji.

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych

Według badań zaburzenia hazardowe często współwystępują z zaburzeniami nastroju oraz z zaburzeniami osobowości (8). Petry i koledzy (9) ustalili w badaniu populacyjnym, że 0,4% spośród badanych w okresie całego życia miało postawioną diagnozę patologicznego hazardu. Z tej grupy 50% w którymś momencie życia cierpiało na zaburzenia nastroju. W badaniu Kesslera i innych (10) stwierdzono, że w

populacji generalnej patologiczny hazard występował na przestrzeni życia u 0,6% badanych. U osób z zaburzeniami nastroju, lękowymi, kontroli i używania substancji psychoaktywnych w porównaniu z osobami, które tych zaburzeń nie miały, zaburzenia hazardowe rozwinęły się wcześniej. Również badania kliniczne potwierdzają związek pomiędzy występowaniem patologicznego hazardu i zaburzeniami nastroju (11, 12, 13).

Ibanez i inni (14) stwierdzili, że współwystępowaniu zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń (zaburzenia osobowości, przystosowania, nastroju) towarzyszyły na ogół zaburzenia w używaniu substancji psychoaktywnych, co wedle autorów może świadczyć, że jedno zaburzenie może predysponować do wystąpienia kolejnego, bądź że zaburzenia te wywoływane są przez wspólny mechanizm neurobiologiczny.

Dane pokazujące na związek pomiędzy zaburzeniami psychotycznymi, takimi jak schizofrenia i zaburzeniami hazardowymi pochodzą zwykle z badań prowadzonych na małych, klinicznych próbach (6). Zidentyfikowano jednak dwa badania, które diagnozowały problem współwystępowania zaburzeń psychotycznych i hazardu na większych próbach. Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Desai i Potenza (15) pokazało że u 19,3% spośród 337 klientów dwóch poradni zdrowia psychicznego, którzy mieli postawioną diagnozę schizofrenii lub zaburzeń schizofaktywnych zdiagnozowano również problemy hazard (jest to około 4 razy więcej niż w populacji generalnej). Wśród zmiennych towarzyszących problemowi współwystępowania hazardu i psychoz znalazły się: używanie substancji psychoaktywnych, objawy depresji, problemy z prawem oraz korzystanie z opieki specjalistycznej. Opisane badanie było jednak niereprezentatywne.

Drugim badaniem (16) objęto reprezentatywną próbę osób z zaburzeniami psychotycznymi rekrutowaną w siedmiu miejscach w całej Australii (N=422). W badanej populacji u 5,8% respondentów został zdiagnozowany hazard problemowy (*problem gamblers*), a 6,4% zaliczono do grupy osób o umiarkowanym nasileniu problemu (*moderate risk gamblers*). Zmienne korelujące z występowaniem hazardu o umiarkowanym stopniu nasilenia i hazardu problemowego to płeć męska, niski poziom edukacji, długotrwałe korzystanie z pomocy finansowej państwa. Osoby z problemem współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychoaktywnych w porównaniu do tych, u których nie zdiagnozowano problemu hazardu, raportowały większe ilości konsumowanego alkoholu, oraz występowanie zaburzeń

alkoholowych. Byli oni również bardziej skłonni do używania marihuany i innych nielegalnych substancji.

Co najmniej dwa czynniki sprzyjają według naukowców wysokim wskaźnikom współwystępowania zaburzeń hazardowych i psychoz. Borrás i Huguélet (17) wskazują na upośledzenie układu serotonergicznego i dopaminergicznego jako czynnik występujący zarówno w zaburzeniach hazardowych jak i psychozach. Poza tym słaba kontrola impulsów i deficyty w sferze poznawczej, które charakteryzują zaburzenia psychotyczne mogą sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych oraz zwiększać prawdopodobieństwo uprawiania hazardu w sposób, który powoduje problemy (15, 17). Angażowanie się przez osoby z zaburzeniami psychotycznymi w hazard może być sposobem na rozładowanie cierpienia, którego powszechnie doświadczają (18).

Badania wskazują również na związek pomiędzy występowaniem patologicznego hazardu i stresu pourazowego. Kessler i inni (10) w badaniu prowadzonym w populacji generalnej (*National Comorbidity Study Replication*) odkryli, że 14,8% osób, u których zdiagnozowano patologiczny hazard występujący na przestrzeni całego życia spełniało również kryteria stresu pourazowego, diagnozowanego w tej samej perspektywie czasowej. W badaniu Levensa i innych (19) spośród 843 przebadanych dorosłych, 11% osób zostało zdiagnozowanych jako uprawiające hazard ryzykowanie („*at risk*” *gamblers*), a jednym z najsilniejszych predyktorów tej diagnozy było stwierdzenie występowania stresu pourazowego. Odsetki współwystępowania zaburzeń hazardowych i stresu pourazowego są jeszcze wyższe wśród respondentów, którzy poszukują leczenia z powodu zaburzeń hazardowych i wahają się od 12 do 29% (20)

Porównania 3 grup osób, gdzie w pierwszej grupie występowały tylko zaburzenia hazardowe (n=35), w drugiej tylko stres pourazowy (n=36) a trzecia charakteryzowała się obydwoma zaburzeniami (n=35) pokazały, że zwykle pierwszy pojawia się stres pourazowy, a dopiero potem patologiczny hazard (22 lata – w pierwszym przypadku, 33 – w drugim) (21). W grupie, w której zdiagnozowano współwystępowanie zaburzeń stres pourazowy wystąpił jako pierwsze zaburzenie w 72% przypadków. Wspominane już badanie Kesslera (10) przynosi inne dane, gdyż w przypadku połowy badanych pierwszy był patologiczny hazard, podczas gdy w przypadku drugiej połowy – stres pourazowy.

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych i uzależnienia od alkoholu

Z literatury przedmiotu wynika, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest powszechnie występującym zjawiskiem. W wielu badaniach populacyjnych odnotowano wysokie odsetki współwystępowania tego rodzaju zaburzeń (22, 23).

W badaniach prowadzonych w USA pod koniec lat 90 prawie 10% badanych z rozpoznaniem patologicznego hazardu było jednocześnie uzależnionych od alkoholu. Odsetek ten był 10 razy wyższy w porównaniu do rozpowszechnienia badanych z rozpoznaniem samego uzależnienia od alkoholu (1,1%). W badaniach prowadzonych dekadę później rozpowszechnienie współwystępowania tych dwóch rodzajów zaburzeń wynosiło 25%, w porównaniu do 1,4% respondentów, u których rozpoznano tylko uzależnienie od alkoholu. W latach 2001-2002 w USA zostało przeprowadzone badanie *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) na próbie 43093 respondentów. Rozpowszechnienie współwystępowania patologicznego hazardu wśród badanych z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu wynosiło 1,03% (wśród nadużywających alkoholu – 0,61%, wśród uzależnionych od alkoholu 1,62%). Z kolei odsetki współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu wśród patologicznych hazardzistów były o wiele wyższe. Ponad 70% patologicznych hazardzistów miało zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Prawie 50% respondentów było uzależnionych od alkoholu, a niewiele ponad jedna czwarta nadużywała alkoholu (odpowiednio 47,79% i 25,42%) (9).

Na podstawie przeglądu badań populacyjnych dotyczących współwystępowania problemowego i patologicznego hazardu z innymi zaburzeniami psychicznymi Lorains i współ. (8) oszacowali, że średnio 28,1% problemowych i patologicznych hazardzistów nadużywa alkoholu.

Z badań prowadzonych od końca lat '60 do końca lat '90 na próbach klinicznych wynika, że 9-33% pacjentów, którzy podejmowali leczenie z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu miało również współwystępujące zaburzenia hazardowe. Porównując te wartości do rozpowszechnienia hazardu w populacji na poziomie 1-6% stanowi to dramatyczny wzrost ryzyka występowania patologicznego hazardu wśród pacjentów leczenia odwykowego. Równie wysokie odsetki zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (między 19 a 34,8%) odnotowano wśród pacjentów podejmujących leczenie z powodu zaburzeń hazardowych. Ryzyko

występowania zaburzeń „alkoholowych” jest dwukrotnie – czterokrotnie wyższe wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń hazardowych w porównaniu do osób z populacji generalnej nieprzejawiających zachowań charakterystycznych dla patologicznego hazardu (24).

W obszernym przeglądzie badań z lat 1966-1996, obejmującym zarówno badania na próbach klinicznych oraz prowadzone w populacji generalnej wynika, że 25-63% osób spełniających kryteria diagnostyczne dla patologicznego hazardu spełniało również kryteria dla nadużywania substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki, z wyłączeniem nikotyny). Z kolei między 9 a 16% pacjentów podejmujących leczenie z powodu zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu miało również problemy z patologicznym hazardem (8, 22).

Ryzyko występowania uzależnienia od alkoholu jest 3,8 razy większe gdy występują zaburzenia hazardowe (24). Z wyżej wspomnianych badań NESARC wynika, że iloraz szans dla wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i patologicznego hazardu wynosił więcej niż 5 (9).

Zaburzenia hazardowe i zaburzenia związane z używaniem alkoholu mogą zostać zainicjowane na wcześniejszych etapach życia i rozwinąć się w uzależnienie. Z badań wynika, że rozpowszechnienie problemowego hazardu wśród młodzieży mieści się w przedziale 9-23%, z kolei używanie alkoholu jest na podobnym poziomie i wynosi 8-23%. Wynika z tego, że młodzież angażuje się w granie i w picie z podobną częstotliwością co osoby dorosłe (25).

Z badań przytoczonych powyżej wynika, że rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu znacznie przekracza oszacowania dla rozpowszechnienia występowania nadużywania alkoholu i zaburzeń hazardowych w populacji generalnej jako samodzielnie istniejących diagnoz.

Związek między nadużywaniem alkoholu a problemowym hazardem nie jest dość dobrze poznany zarówno w grupie osób, które podejmują leczenie odwykowe jak również w populacji generalnej. Niewiele jest również badań dotyczących używania substancji i grania w miejscach, w których hazard jest zwykle uprawiany (26). Dokonując analizy współwystępowania zaburzeń hazardowych i związanych z używaniem alkoholu pojawia się pytanie o kolejność ich wystąpienia. Niewiele jest badań identyfikujących kolejność pojawiania się zaburzeń, a te które są nie wykazują związku przyczynowego pomiędzy nimi. Z dotychczas prowadzonych badań na ten

temat wynika, że 56-68% przypadków wystąpienia zaburzeń hazardowych miało miejsce po wcześniejszym wystąpieniu nikotynizmu, uzależnienia od alkoholu bądź marihuany (24).

Istnieje kilka możliwości w jaki zaburzenia hazardowe i zaburzenia związane z używaniem alkoholu mogą być ze sobą powiązane. Pierwsza możliwość, gdy zaburzenia hazardowe wywołują nadużywanie alkoholu, np. gracze używają alkoholu do łagodzenia przykrych dla nich skutków grania, jako środek radzenia sobie z jego negatywnymi konsekwencjami. Oprócz tego, uprawianie hazardu wiąże się ze spędzaniem czasu w miejscach, gdzie alkohol jest relatywnie łatwo dostępny, co również wpływa na picie. W drugim przypadku, to nadużywanie alkoholu przyczynia się do rozwoju zaburzeń hazardowych, na przykład granie jest spowodowane nadmiernym piciem. Z badań wynika, że osoby będące pod wpływem alkoholu mają mniej zahamowań, w większym stopniu podejmują ryzyko, spędzając więcej czasu na graniu, wydając więcej pieniędzy niż pierwotnie na to przeznaczyli. W końcu zaburzenia hazardowe i związane z używaniem alkoholu mogą rozwinąć się jednocześnie, gdy jednostka wykazuje genetyczną podatność na wystąpienie zaburzeń, bądź oba zachowania wywołują rozregulowanie działania receptorów i transporterów dopaminy, co skutkuje wzrostem podatności na układ nagrody. Osoby podatne na uzależnienie z większą częstotliwością angażują się w zachowania, które dostarczają im przyjemności (23, 27).

W badaniach z początku lat 2000 odnotowano wzrost ilości wypijanego alkoholu wśród graczy korzystających z automatów do gier. Ponad 70% uprawiających tego rodzaju hazard spożywa alkohol podczas grania (25). Markham i współ. (26) opisują australijskie badania, których celem była ocena związku między spożyciem alkoholu a graniem na automatach i obstawianiem zakładów. Badani, którzy spożywali jakąkolwiek ilość alkoholu byli dwa razy bardziej skłonni do grania na maszynach niż osoby, które były abstynentami. W przypadku obstawiania zakładów (np. wyniki meczów, wyścigów konnych, psów) wzrost udziału w tego rodzaju grach był silnie związany z nadużywaniem alkoholu zarówno wśród problemowych hazardzistów, jak również przez osoby, które nie przejawiają zaburzeń hazardowych. Z kolei umiarkowane spożycie alkoholu jest związane z ograniczeniem czasu grania.

Wyniki otrzymane w australijskich badaniach są różne od tych prowadzonych w warunkach klinicznych, w których nie odnotowano związku między spożyciem

alkoholu, a długością czasu spędzanego na graniu. Markham i współ. (26) tłumaczą, że różnice mogą wynikać z kontekstu społecznego mającego wpływ na zachowanie hazardowe, którego pozbawione są badania prowadzone w warunkach klinicznych. Kontekst społeczny może mieć silniejszy wpływ na zachowanie hazardowe niż psychologiczne skutki intoksykacji alkoholem.

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych i uzależnienia od narkotyków

Tematyka relacji pomiędzy używaniem narkotyków, a zaburzeniami hazardowymi nie jest dostatecznie rozpoznana w badaniach, a dotychczasowe doniesienia pochodzą z prób obejmujących pacjentów leczenia (28). Badania pokazują, że problem patologicznego i problemowego hazardu wśród pacjentów leczenia uzależnienia od narkotyków jest znaczący, w niektórych przypadkach współwystępowanie dotyczy 50% pacjentów (29). Współwystępowanie zaburzeń jest obserwowane w przypadkach, gdzie pierwotny problem jest bardziej nasilony (30) i częściej w grupie osób leczonych stacjonarnie w porównaniu do osób leczonych ambulatoryjnie, gdzie pacjenci nie doświadczają jeszcze tak poważnych problemów (31).

Cowlishaw z kolegami (32) przeprowadzili systematyczny przegląd literatury dotyczącej problemu rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych w leczeniu uzależnień. Wyniki uzyskane w poszczególnych badaniach zawierały się w przedziale od 14% (współwystępowanie używania narkotyków i patologiczny hazard) do 23% - jeśli wziąć pod uwagę również hazard problemowy. Dane te sugerują, że problemowy i patologiczny hazard są dość powszechnymi, choć nierozpoznanymi zaburzeniami w leczeniu narkotykowym, gdyż pacjenci nie demonstrują objawów zaburzeń hazardowych pozostając w leczeniu nakierowanym na problem uzależnień (33).

Steinberg i inni (34) ustalili, że u 15% osób nadużywających kokainy jednocześnie zdiagnozowano patologiczny hazard. Spunt z kolegami (35) dokonali przeglądu literatury i stwierdzili, że hazard problemowy występuje wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki) od 4 do 10 razy częściej niż w populacji generalnej. W badaniu, którym objęto 462 klientów leczenia metadonowego - 21% spełniało kryteria patologicznego hazardu, a 9% - problemowego (36). W innym badaniu, 13% klientów leczenia uzależnienia od narkotyków spełniało kryteria problemowego hazardu (37)

Na podstawie przeglądu literatury Griffiths i inni (38) wyłonili 5 spostrzeżeń dotyczących natury związku pomiędzy problemowym hazardem a nadużywaniem substancji psychoaktywnych:

1. niektóre typy hazardu prawdopodobnie częściej współwystępują z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, np. granie na automatach do gier,
2. zaburzenia hazardowe są zagadnieniem wieloaspektowym, prawdopodobnie są objawem problemu, a nie pojedynczym schorzeniem, co ma swoje implikacje dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami,
3. płeć, aspekty kulturowe i wiek są powiązane wieloaspektowo z problemem nadużywania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych,
4. zarówno nadużywanie substancji jak i zaburzenia hazardowe występują w określonych czasowo ramach i badacze zainteresowani problemem współwystępowania powinni uwzględniać ewolucję problemu w czasie,
5. o ile badacze zajmujący się problematyką hazardu są świadomi problemu współwystępowania, o tyle badacze problemu używania substancji psychoaktywnych rzadko poświęcają zagadnieniu współwystępowania wystarczającą uwagę.

Spunt (36) rozważając podobieństwa pomiędzy patologicznym hazardem, a zaburzeniami w używaniu substancji psychoaktywnych zwraca uwagę na utratę kontroli, rozwój choroby w czasie, a także na zjawisko tolerancji – w przypadku hazardu będzie to potrzeba osiągnięcia coraz większych wygranych po to, by osiągnąć pożądany stopień ekscytacji.

Petry (39) z kolei wskazuje, że zarówno zaburzenia hazardowe jak i związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych zwykle rozpoczynają się w okresie dorastania lub wczesnej dorosłości i mają tendencję najpierw do narastania, by w kolejnych fazach podlegać wygaszaniu. W przypadku obydwu problemów dość powszechnym zjawiskiem jest samowyleczenie (*natural recovery*).

Literatura teoretyczna sugeruje, że istnieje wspólna etiologia zaburzeń behawioralnych i zaburzeń narkotykowych (40), co może tłumaczyć wysokie wskaźniki współwystępowania. Slutske i inni (41) wskazują na wspólne dla obydwu

zaburzeń predyspozycje genetyczne. Istnieje również przypuszczenie, że wystąpienie jednego z zaburzeń może przyczynić się do wystąpienia kolejnego. Z jednej strony zażywanie substancji psychoaktywnych może obniżać zdolność racjonalnego osądu, a także sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych, takich jak hazard (24). Z drugiej strony wydaje się, że problemy hazardowe mogą przyczynić się do używania narkotyków. Problemy finansowe na skutek grania mogą działać jak psychologiczny stresor i prowadzić do zażywania narkotyków lub nawrotu w używaniu (42).

Uwarunkowania socjoekonomiczne współwystępowania hazardu z innymi zaburzeniami psychicznymi

Zarówno w przypadku zaburzeń hazardowych jak i uzależnienia od alkoholu to wśród mężczyzn występują one częściej. Około 20% mężczyzn, u których zdiagnozowano zaburzenia hazardowe zgłaszało problemy z piciem, z kolei w przypadku kobiet było to 15%. Mimo że różnice te nie były istotne statystycznie, warto odnotować, że występują (24). Iloraz szans dla współwystępowania patologicznego hazardu z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu jest dwa razy większy dla mężczyzn niż kobiet (9).

Współwystępowaniem zaburzeń hazardowych i związanych z używaniem alkoholu zagrożeni są bardziej Afroamerykanie i osoby żyjące samotnie (wdowcy, osoby żyjące w separacji, rozwodnicy). Współwystępowanie tego rodzaju zaburzeń jest dwa razy bardziej prawdopodobne u osób żyjących samotnie w porównaniu do pozostających w związku (w małżeństwie, w konkubinacie). Iloraz szans dla współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu był dwa razy większy w grupie osób w wieku od 45 do 64 lat w porównaniu do badanych powyżej 65 roku życia. Respondenci w wieku od 30 do 44 lat także byli dwukrotnie bardziej narażeni na ryzyko współwystępowania tych zaburzeń w porównaniu do osób w wieku powyżej 65 lat (9).

Shaffer i Hall (43) przeprowadzili badanie, które miało na celu między innymi ocenę stopnia rozpowszechnienia współwystępowania zaburzeń hazardowych i nadużywania alkoholu wśród pracowników kasyn. Wykazują oni wyższe wskaźniki współwystępowania w tej populacji w porównaniu z występowaniem tych zaburzeń w populacji generalnej. Pracownicy kasyn stanowią grupę podwyższonego ryzyka z uwagi na łatwy dostęp.

Diagnostyka i oferta leczenia

Wiele osób z zaburzeniami hazardowymi nie podejmuje leczenia, częściowo z powodu poczucia wstydu, a częściowo z uwagi na mało atrakcyjną ofertę terapeutyczną. Jedynie 7% - 12% problemowych hazardzistów decyduje się podjąć terapię (8, 44). Częściej leczenie podejmują osoby z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępują inne zaburzenia psychiczne, niż osoby tylko z diagnozą patologicznego hazardu. Może się to wiązać z poszukiwaniem leczenia z powodu współwystępujących zaburzeń, np. depresji, uzależnienia od substancji a nie z powodu problemowego lub patologicznego hazardu, który może być niezauważony (8, 22, 45).

Na podejmowanie leczenia mają wpływ bariery, na które osoba uzależniona natrafia chcąc rozpocząć terapię. W przypadku współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych bariery na jakie natrafia pacjent są podobne do tych zidentyfikowanych w literaturze. W przypadku leczenia uzależnień jest to postrzeganie zaburzeń hazardowych przez profesjonalistów i przedstawicieli służby zdrowia, w kategorii zachowań, które mogą być kontrolowane, a nie w kategoriach zaburzenia behawioralnego, które należy poddać terapii. Inną barierą jest przekonanie o nieskuteczności terapii stanowiące barierę psychologiczną po stronie pacjenta. W niektórych przypadkach ubezpieczenie medyczne nie pokrywa kosztów leczenia współwystępujących zaburzeń bądź zaburzeń hazardowych. Podjęcie leczenia wiąże się również z koniecznością zaprzestania wykonywania czynności, z powodu których podejmuje się leczenie, np. utrzymanie abstynencji od hazardu, picia bądź używania substancji. Do czasu, gdy pacjent nie będzie utrzymywał abstynencji, nie będzie mógł również podjąć leczenia. Paradoksalnie osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi mogą natrafiać na mniej barier w porównaniu do pacjentów tylko z jednym uzależnieniem. W przypadkach gdy ubezpieczenie zdrowotne nie obejmuje leczenia patologicznego hazardu, osoby cierpiące również na inne zaburzenia psychiczne, których terapia jest refundowana, mogą podjąć leczenie z ich powodu. Jednak w tym przypadku istnieje zagrożenie zaniedbania leczenia zaburzeń hazardowych (45).

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi częściej podejmują leczenie w formie stacjonarnej, szczególnie osoby z zaburzeniami schizoidalnymi (9,7%) i uzależnieniem od alkoholu (32,8%). W

poradniach ambulatoryjnych osób z tego typu zaburzeniami było odpowiednio 1% i 12,2%. Poza nimi leczenie w formie stacjonarnej chętniej podejmowały osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami osobowości (za wyjątkiem osób ze współwystępującymi zaburzeniami histrionicznymi, depresyjnymi, lękowymi) (46).

Leczenie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych może nastręczać pewnych trudności z uwagi na specyfikę problemu. Skupienie się na leczeniu tylko jednego zaburzenia może nie przynosić pożądanych efektów, jeśli drugie zaburzenie wywiera wpływ na funkcjonowanie społeczne. Z badań prowadzonych pod koniec lat '80 wynika, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają intensywniejszych oddziaływań terapeutycznych ponieważ zaburzenia te mogą wpływać na poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Dodatkowo osoby te wykazują gorsze rokowania niż osoby z diagnozą jednego zaburzenia (24). Gorsze wyniki leczenia uzyskują także pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji (alkohol i narkotyki). Rezygnowały one z leczenia 2,5 razy częściej niż patologiczni hazardziści bez współwystępujących zaburzeń (47).

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi determinuje wybór strategii leczenia oraz wpływa na efektywność oddziaływań farmakologicznych czy terapii psychologicznej. Poza tym różne strategie leczenia są odpowiednie dla osób z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępują również inne zaburzenia psychiczne. Przykładowo, zaleca się poradnictwo psychologiczne bądź krótką interwencję dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i depresją (8).

W literaturze przedmiotu brakuje danych dotyczących efektywności leczenia współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych. Winters i Kushner (45) rekomendują strategię, terapeutyczną dla pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi, polegającą na uzupełnieniu terapii patologicznego hazardu, będącej podstawą leczenia, oddziaływaniami dostosowanymi do specyficznych zaburzeń psychicznych. W modelu integracyjnym leczenia współwystępujących zaburzeń, istotne jest działanie multidyscyplinarnego zespołu leczniczego, składającego się z lekarzy, psychologów, terapeutów uzależnień. Autorzy konkludują, że w leczeniu współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych nie ma

dominującego podejścia, które byłoby standardem w leczeniu osób z tego typu zaburzeniami. Wybór terapii zdeterminowany jest dotkliwością problemów jakie są wywoływane przez dominujące zaburzenie. Jeśli zaburzenia hazardowe wywołują problemy to pacjenci wybierają leczenie w placówkach terapii uzależnień, jeśli to problemy psychiczne są dominujące pacjenci wybierają placówki leczenia psychiatrycznego (45).

Podsumowanie

Niewątpliwie problem współwystępowania zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi różnego rodzaju jest istotny ze względu na jego stosunkowo spore rozpowszechnienie, jak i implikacje dla praktyki klinicznej. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród problemowych i patologicznych hazardzistów jest często związane ze wzrostem natężenia występowania negatywnych konsekwencji wynikających z grania (8). Poza tym problem współwystępowania zaburzeń sprawia, że pacjentom trudniej jest utrzymać się w leczeniu. Często wymagają bardziej intensywnej terapii w warunkach stacjonarnych, a także zastosowania specjalnych procedur leczniczych.

Z uwagi na duże rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi specjaliści powinni przeprowadzać testy przesiewowe (screeningowe) w kierunku zaburzeń hazardowych wśród pacjentów podejmujących leczenie z powodu występujących u nich zaburzeń psychicznych. Z kolei specjaliści zajmujący się leczeniem zaburzeń hazardowych powinni mieć świadomość dużego rozpowszechnienia występowania wraz z nimi zaburzeń psychicznych. Dostosowanie leczenia do potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest istotne, jednak brakuje wytycznych w sposobie leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi. Osoby te mogą reagować inaczej na oddziaływania dostępne w obecnej ofercie, wymagając zróżnicowanych form pomocy, różnej intensywności i czasu trwania leczenia (9, 22).

Zagadnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych wciąż wymaga pogłębionej diagnozy. Wydaje się, że badania prowadzone do tej pory zbyt mało zajmowały się społeczno-psychologicznym kontekstem współwystępowania omawianych zaburzeń. Warto na przykład zastanowić się jak zmiany w sytuacji życiowej osoby dotkniętej jednym zaburzeniem mogą przyczyniać się do powstawania kolejnych zaburzeń.

Przytoczone badania mają swoje ograniczenia, badania prowadzone w warunkach klinicznych pozbawione są kontekstu społecznego, który jest istotnym determinantem spożycia alkoholu, narkotyków, uprawiania hazardu oraz zachorowalności. Na różnice w wynikach badań mają również wpływ wielkości grup badawczych (26). W badaniach populacyjnych osoby z zaburzeniami hazardowymi stanowią niewielkie odsetki. Przykładowo w badaniach prowadzonych w USA i Kanadzie liczba osób z zaburzeniami hazardowymi wahała się między 21 a 265 (8). Osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmujący leczenie różnią się zapewne od tych, które nie podejmują terapii. Tym samym wyniki badań prowadzonych na próbach klinicznych, wśród osób podejmujących leczenie nie powinny być uogólniane na populację generalną, czy też na populację problemowych lub patologicznych hazardzistów ponieważ nie stanowią one jej reprezentacji (8).

Wyniki badań z pacjentami

Historia uzależnienia

Kolejność pojawiania się uzależnień

Badani nie potrafią jednoznacznie stwierdzić, które uzależnienie pojawiło się jako pierwsze, jak również jaki wpływ ma jedno na wystąpienie kolejnego. Wydaje się, że w przypadku osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od alkoholu częściej to alkohol pojawiał się w wypowiedziach badanych jako pierwsze uzależnienie. Podobnie uzależnienie od substancji było pierwszym uzależnieniem wśród tych, u których współwystępującym zaburzeniem były narkotyki. Jednak są sytuacje, kiedy to hazard pojawia się jako pierwszy.

Uzależnienie od alkoholu wydaje mi się, że było tak: po pierwsze potrzebowałem zmienić sobie świadomość i nastroje i wszystkie emocje i uczucia i właśnie świadomość o świecie i o samym sobie, natomiast skłonność do ryzykownych zachowań, też do zmiany tego, wydaje mi się, że była wcześniej. Także alkohol właściwie był przykrywką. (HA_2902_M_WAW)

Na pewno pierwsze, co to było uczestnictwo i granie w różnego rodzaju gry hazardowe, bo to od małego, od dziecka otaczało mnie z każdej strony i na podwórku, i w parku, i w Lasku Bielańskim. Tak, najpierw na pewno był hazard. Alkohol pojawił się jak miałem 15 lat, pierwszy raz spróbowałem w ogóle. No. Potem była druga próba i, nie pamiętam, 2, 3-letnia przerwa kiedy znowu spróbowałem, ale co do hazardu to na pewno był pierwszy. Pierwszy się pojawił, pierwsze kontakty z hazardem. (HA_1204_M_WAW)

Odkąd rodzice się rozwiedli, to zacząłem uprawiać hazard, gdzieś od 10 roku życia zacząłem grać, a od 11 roku życia już wszystko się kręciło wokół hazardu. (HN_1003_M_WAW)

Zdaniem badanych do częstych sytuacji należy picie alkoholu lub używanie narkotyków podczas grania. U niektórych respondentów to hazard wywoływał chęć picia lub używania narkotyków, u innych to substancje wywoływały chęć grania.

ja myślę, że tam gdzie jest hazard, to w wielu przypadkach jest i alkohol. (HN_1205_M_WAW)

Ja do tej pory i mam nadzieję, że się nie mylę, bardzo mocno wiąże hazard z narkotykami. Jeśli nie ma narkotyków, to nie ma też hazardu. (...) Ja od dłuższego czasu mam świadomość tego, że jestem uzależniony od narkotyków i mam pełną

świadomość tego też, że hazard jest ściśle powiązane z tym uzależnieniem od narkotyków. (HN_1904_M_WAW)

jak grałem zawsze musiał być alkohol. Tak jak kiedyś już powiedziałem pani tam w wywiadzie, że zawsze jak gram musi być wódka, bo to daje mi kopa. (HA_1204_M_WAW)

Trudności z identyfikacją współwystępujących zaburzeń i kolejności ich pojawiania się mogą wynikać z lekceważenia uzależnienia od alkoholu, jako czegoś powszechnego oraz braku znajomości konceptu współuzależnienia.

Przyczyny rozwoju pierwszego zaburzenia

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami identyfikują kilka przyczyn rozwoju uzależnienia, które wystąpiło u nich jako pierwsze. Można je sklasyfikować, jako przyczyny wewnętrzne - związane z psychologicznym funkcjonowaniem oraz społeczne - związane ze środowiskiem osoby uzależnionej, funkcjonowaniem rodziny, chęcią wzbogacenia się, itp.

Wśród psychologicznych uwarunkowań związanych z wystąpieniem uzależnienia, badani wyróżnili chęć poradzenia sobie z emocjami, wyrzutami sumienia, wstydem za pomocą substancji. Alkoholem lub narkotykami dodawali sobie odwagi i dostarczali adrenaliny.

Robiłem różne rzeczy, nie zawsze dobre, nie. Normalny człowiek to nie był by uzależniony. Ja bym nie robił takich rzeczy jak robiłem. Alkohol dawał mi siłę, adrenalinę, po alkoholu przestawałem się bać. Trzeźwiałem i mówiłem, co tam się nawydziwiało? Zastanawiałem się, że bez picia alkoholu kim bym był, zwykłym Kowalskim. Nie chce być Kowalskim. (HA_1705_M_WAW)

Wydaje mi się, że po prostu nie radziłem sobie z emocjami. Znalazłem sobie w narkotykach środek, który mi w tym pomagał. (HN_0903_M_WRO)

Używanie substancji pozwalało zapomnieć o samotności, poprawiało poczucie własnej wartości i akceptacji ze strony środowiska rówieśniczego.

Nie potrafiłem znaleźć swojego miejsca, alkohol dawał mi też poczucie przynależności do innych. Mogłem zaprezentować swą siłę, swoje poczucie humoru, swoje wariactwo jeszcze większe, bo po alkoholu to jeszcze większe było to zachowanie ryzykowne. To mi dawało akceptację ze strony rówieśników. (HA_2902_M_WAW)

Stawałem się bardziej odważny, śmiały. Zawsze fajnie tańczyłem, natomiast wstydzilem się tańczyć. Wstydzilem się dziewczyn i to był na przykład powód. Jak się napiłem to już niczego się nie wstydzilem. I bałem się. Na przykład bałem się kraść iść. Bałem się bić innych ludzi jak kradłem, jak się napiłem to już się nie bałem. Alkohol dawał mi poczucie mocy niesamowitej. Później wręcz takiej, że właściwie no wszystko mogłem, nawet zastanawiałem się czy Bogiem nie jestem. (HA_2902_M_WAW)

W szkole byłem taki, że nieśmiały, trzymałem się z boku, wszystko przeżywałem w sobie, zamknięty byłem w sobie i myślę, że też nie akceptowałem siebie, nie potrafiłem tak jak inni być otwarty. (HN_1605_M_WAW)

Ja nie miałem pojęcia co chcę w życiu robić, kim chcę być. Nie radziłem sobie i ze sobą i w sumie to chyba tyle. Taka totalna pustka i samotność. Wszystko to takie pozorne, ale tak było, tak czułem wtedy. Brak pewności siebie, wiary we własne możliwości. Straszne opinie ludzi dookoła i czułem, że to jest jakieś dla mnie ważne. W tym czasie nie czułem, że jestem wartością. Jak spróbowałem to mi to odwróciło świat o 180 stopni. Czułem się interesujący, poczułem się zabawny, pewny siebie, silny i spokojny wewnątrz. (HN_1403_M_WAW)

Zdaniem badanych istotna była również chęć zaspokojenia ciekawości i spróbowania nowych substancji, których do tej pory nie próbowali. Motywacją do podjęcia danego zachowania była także chęć oderwania się od otaczającej rzeczywistości, problemów w szkole, pracy czy w domu.

Mniejsza wiedza i ciekawość. Pewne sfery psychiczne, których człowiek nie chce dostrzec. U mnie to była typowa ciekawość, a później bycie innym. (HN_0304_M_WRO)

Pierwszy raz brałem te narkotyki, najpierw marihuanę, później codziennie, później jak najwięcej. Taka była moja mania, żeby jak najczęściej i jak najwięcej. Później to już nie było takie branie towarzyskie dla zabawy tylko paliłem tą marihuanę i siedziałem na klatce. Nie wiem, nie wiem, nie umiem tego wyjaśnić. Taka ucieczka od rzeczywistości. (HN_1605_M_WAW)

Jak się zaczęło z alkoholem, to było na tej zasadzie, że jak mnie moja partnerka wkurzała w domu, no to ja sobie piłem dwa piwa i się czułem lepiej, tak? dzięki temu. No nie czułem też znowu tej frustracji, którą ona powodowała pewnie, tak? no bo ona wytykała mi moje błędy, no a ja po prostu nie chciałem tego czuć, nie chciałem tego słyszeć, tak? o sobie. Nie chciałem tego akceptować. I alkohol mi w tym pomagał,

tak? Ja wracałem do domu, uważałem, że jestem zmęczony po pracy i mam do tego prawo, żeby sobie usiąść przed telewizorem i wypić piwo i tak się kończył mój dzień, tak? nie chciałem pomagać w domu nic, itd. System ucieczkowy, no. To rozwinął we mnie taki sposób myślenia, rozwinął we mnie hazard (HA_1305_M_WAW)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi obserwują u siebie podniecenie wywołane graniem i skłonność do zachowań ryzykownych, które mogą wiązać się z większą chęcią doświadczania silnych emocji.

Hazard według mnie, moim zdaniem to jest... to co się dzieje w trakcie tej gry, te emocje, to jest najbardziej podniecającą rzeczą i to najbardziej wciąga i ciągnie mnie i dlatego pewnie gram. Daje mi to jakiegoś takiego kopa kurde, nie wiem, no podniecenie jest, ciężko mi to nazwać. (HA_1204_M_WAW)

Znaczy się na przykład skłonności do ryzykownych zachowań miałem od dziecka w sumie, jako dziecko kradłem, a ponieważ moi rodzice pili i nieraz nie było w domu na przykład jedzenia, to kradłem po to, żeby na przykład jedzenie, tak? ale później zobaczyłem, że to jest jakaś tam forma zdobywania dóbr materialnych, tego nie dostawałem od rodziców. To wszystko było związane z ryzykiem. Nie jest to czysta gra hazardowa, natomiast to są skłonności do ryzykownych zachowań i to było wcześniej. (HA_2902_M_WAW)

Dwóch badanych, jeden ze współwystępującymi zaburzeniami alkoholowymi i jeden z narkotykowymi wyróżnili z kolei podatność na uzależnienia, która sprawia, że łatwiej jest im się uzależnić niż innym, niezależnie jaka byłaby to substancja.

Dla mnie to jest taki czynnik, który mam w sobie, który powoduje, że ja się uzależniam, tak? tak mówią jakieś tam książki, materiały psychologiczne, to jest taki czynnik X tak zwany, który ja mam i dla mnie to dzisiaj nie ma znaczenia czy to będzie hazard czy to będzie alkohol czy jak bym sięgnął teraz po narkotyki, prawdopodobnie bym się uzależnił. To nie ma znaczenia jakie uzależnienie. (HA_1305_M_WAW)

Wśród przyczyn społecznych badani często identyfikowali wpływ otoczenia-znajomych, którzy używali alkoholu, narkotyków bądź grali w gry hazardowe. Dużą rolę badani przypisują rówieśnikom z czasów, kiedy uczęszczali do szkoły podstawowej i średniej, kiedy to pierwszy raz mieli doświadczenia z substancjami i graniem oraz postrzegali używanie narkotyków, jako elitarne zjawisko, które pozwala poczuć się wyjątkowo

Na pewno koledzy, pojawiło się gdzieś piwo, trawka wtedy i tak gdzieś to się toczyło. No byłem też blisko z babcią, która zmarła. No wtedy to chyba się tak pogłębiło, że do alkoholu i do marihuany doszła jeszcze amfetamina. (HN_2705_M_WRO)

W wyższych klasach, powiedzmy, 7 klasa to zacząłem tam pić z kolegami, później się narkotyki zaczęły i wtedy się zrobiło tak „ fajnie”. Wszyscy tam zażywali, pili i to doszło do takiego stopnia, że jak do liceum miałem iść to poszedłem do takiego przystosowanego dla sportowców, że miałem zajęcia 3 razy w tygodniu, żeby mieć czas na treningi, ale wtedy już dużo amfetaminy brałem i rzuciłem tą szkołę. (HN_1605_M_WAW)

Zawsze miałem starszych kolegów i chciałem im dorównać i picie to był dobry sposób, skuteczny. W szkole średniej też miałem taką grupę kolegów i zdarzało się, że nawet na przerwach wychodziliśmy żeby szybko piwo wypić (HA_1404_M_WAW)

Kolega mieszkał ze mną i też był uzależniony od hazardu i jak ja miałem w sobie siłę, żeby nie iść grać, no to on wtedy mnie ciągnął, no i tak na odwrót, nie? No i my nawzajem żeśmy się w to wciągali po prostu. To było jeszcze trudniejsze. Jak można było wyjść stamtąd i przestać na przykład grać, to my nie mogliśmy tego zrobić, bo zawsze któryś no jeszcze nie skończył, tak? I to takie koło się toczyło. (HA_1305_M_WAW)

Zacząłem chodzić do pobliskiego baru na automaty i tak grać. Widziałem, że kolega grał i tak z nim. No kilka razy coś wygrałem i tak po prostu się... no tak chodziłem coraz częściej, no wciągnąłem się. (HA_1503_M_WRO)

Na rozwój uzależnienia od narkotyków (głównie stymulantów) miało wpływ ich używanie podczas różnego rodzaju wydarzeń towarzyskich, chodzenia do klubów. Regularne uczestnictwo w imprezach łączone z używaniem substancji mogło zdaniem badanych skutkować rozwojem uzależnienia.

Wiesz co w sumie to było eksperymentowanie, imprezy, „klubowanie”, natomiast później mi się to spodobało, tak. Spodobała mi się jedna z używek. Pierwotnie zaczynałem od kokainy, potem ekstaza, natomiast amfetamina najbardziej mi odpowiadała. Prawdę mówiąc nie wiem w którym momencie przekształciło się to w nałóg. Pierwotnie wiesz, co sobotę impreza, natomiast później zdarzało się w tygodniu w pracy. (HN_1904_M_WAW)

Badani upatrywali przyczyn rozwoju uzależnienia w uzależnieniu rodziców i zaniedbaniu emocjonalnym w dzieciństwie, konfliktach z rodzicami, jak również przemocą oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa w tak funkcjonującej rodzinie.

Również rozwód rodziców, uzależnienie bliskich krewnych były determinantami pierwszego uzależnienia. W ocenie badanych także rodzina, którą sami założyli mogła przyczynić się do rozwoju uzależnienia: przez wejście w związek z osobą uzależnioną, oraz pojawienie się sytuacji związanych z koniecznością przeorganizowania dotychczasowego życia i stresem, takich jak narodziny dziecka.

Czułem się w dzieciństwie taki porzucony i sfrustrowany, niezaspokojony. Były to takie proste rzeczy, poczucie bezpieczeństwa, akceptację i też jakoś odrobinę przestrzeni. Przestrzeni na to, żebym mógł popełniać błędy, nie bał się rozwijać, próbować. (HN_1403_M_WAW)

Wszystko wyniesione było z dzieciństwa, tak? w ogóle to wszystko jest powiązane, bo ja do tego teraz doszedłem, że to wszystko leżało w podłożu w dzieciństwie, tak? że nie dostałem tyle miłości ile powinienem dostać, którą powinienem dostać bezwarunkowo od rodziców, miałem zaburzone poczucie wartości, dużo lęku w sobie i to powodowało, że nie radziłem sobie z decyzjami, z życiem, z byciem z innymi ludźmi. (HA_1305_M_WAW)

Rodzina była w napiętym okresie, że mój ojciec pił. Pracował na jakiś wysokich stanowiskach, zarabiał kupę pieniędzy i co wieczór, albo pijany wracał, a jak nie to się upijał i siedział przed telewizorem. W środku nocy spadał z krzesła. Miałem 2 braci i za bardzo nie wiedzieliśmy co zrobić. Nie było z nim kontaktu, w ogóle nie było tego tematu. Matka, też różne miała etapy wokół tego, bo wściekała się, były awantury, wrzaski. Miała taki czas, że piła, aby się wyłączyć od tego. Był nieobliczalny, potrafił przyjść i gadać jakieś bzdury i różnego rodzaju wyznania robić. Ojciec mi nigdy nie powiedział, że mnie kocha jako tak. Towarzyszyło mi dużo lęku wokół tego. Totalnie rozchwiana sytuacja w domu myślę, że miała duży wpływ. Ja miałem takie wewnętrzne poczucie zagrożenia i brak stabilności. (HN_1403_M_WAW)

Myślę, że narodziny syna sprawiły, że sięgnąłem po heroinę. Nie radziłem sobie w roli ojca, byłem totalnie zaskoczony i wtedy to się wszystko pogłębiło (HN_0205_M_WRO)

Ojciec nadużywał alkoholu, libacje robił, bił nas. My z bratem uciekaliśmy z domu. Mama się często z pracy zwalniała, żeby nas gdzieś po melinach szukać. Zaczęliśmy butapren wachać. I to była nasza odskocznia, żeby zapomnieć (HN_3012_M_WAW)

Dodatkowo za rozwój uzależnienia od narkotyków obarczali słabą kontrolę rodzicielską, brak zainteresowania, duży luz w domu.

Myślę, że też środowisko w jakim się wychowywałem. Miałem bardzo duży taki luz w domu, no nikt mnie nie pilnował, poza tym byłem oczkiem w głowie rodziców i po prostu mogłem robić co chcę, także wszystko gdzieś tam uchodziło mi płazem. Moje siostry były pilnowane, a ja wchodziłem, wychodziłem kiedy chciałem, spałem kiedy chciałem, nie chodziłem do szkoły, matka czy tam ojciec byli wzywani na wywiadówki, to też to wszystko jakoś tam się udawało (HN_2705_M_WRO)

Na początku to przeprowadziliśmy się jak miałem 9 lat na Tarchomin i trzymałem się z boku trochę, byłem nieśmiały, zacząłem na wagary chodzić już w 3 klasie i to takie wagary, że nie było mnie 2 tygodnie w szkole. Przychodziłem trochę, później znowu mnie nie było. Bałem się do szkoły chodzić. Później miałem zaległości i to się nakręcało, że coraz więcej zaległości. (HN_1605_M_WAW)

Jak zacząłem palić miałem 14 lat. Jak mama wyczuła to powiedziała, że mogę palić, ale tylko w domu i też miałem takie przyzwolenie na to. Zacząłem później z alkoholem. Kiedyś mama powiedziała, możesz pić i palić, żebyś tylko narkotyków nie brał. (HN_1605_M_WAW)

Osoby uzależnione od alkoholu twierdziły, że na rozwój uzależnienia miała wpływ akceptacja partnera bądź otoczenia dla picia oraz łatwy dostęp, np. w związku z pracą gdzie sprzedawany jest alkohol.

Moja żona dawała mi, też nie bardzo wiedziała co ma zrobić, ale było małe dziecko, Norbert miał dwa lata jak ja przestałem pić i trzeba było go utrzymać. Dawała mi na ćwiartkę, żeby się [niezrozumiałe]. Piłem ta ćwiartkę i szedłem kraść. (HA_2902_M_WAW)

Złapałem pracę jako kelner w Warszawie w klubie tango. Łatwy dostęp do alkoholu, bankiety, open bar. Wszystko za darmo to nie odmawiałem sobie. (HA_1404_M_WAW)

Przyczyn rozwoju hazardu badani upatrywali również w chęci wzbogacenia się i zwiększenia zasobów finansowych. Wygrane przyczyniały się do wystąpienia chęci kolejnych wygranych, które trudno było powstrzymać. Jednak na rozwój zaburzeń hazardowych miały wpływ również chęć odegrania się po przegranych.

Chęć posiadania większych środków finansowych. (HA_0903_M_WRO)

Ciężko mi powiedzieć, ciężko sprecyzować kiedy się pojawiło to uzależnienie. Zacząłem grać, tak. Były z tym związane jakieś korzyści finansowe i zacząłem się tym nakręcać. Jakaś wygrana powodowała, że chciałem dalej grać. (HA_1604_M_WRO)

Gdzieś na jednej imprezie, gdzie chodziliśmy do baru od wielu lat, naszego osiedlowego, gdzie stały automaty od dawien dawna, no ja z nich nie korzystałem, była tam jakaś impreza i mnie tknęło i wrzuciłem, jak na dzień dzisiejszy pamiętam, 20 złotych pierwsze. No i skończyło się tak, że wygrałem 200 złotych, na następny dzień 200 zrobiłem razy 5, wygrałem tysiąc złotych, a na trzeci dzień z rządu rozbiłem bank w tej maszynie jak na tamte czasy, to było prawie 3 tysiące i no nikt na tamte czasy wtedy nie wygrał w tej maszynie tyle. No więc wielkie wow i pobudzenie, no i wtedy się zaczęło. (HN_1205_M_WAW)

Motywacja finansowa, bo ja chciałem coś osiągnąć, zwiększyć swoje zasoby, a oprócz tego chęć osiągnięcia satysfakcji, czyli jak gdyby pewnych emocji silnych, które towarzyszyły graniu. (HN_2005_M_WRO)

Chęć odegrania się. Jak straciłem parę złotych nie to chciało mi się odegrać. (HN 2904 M WRO)

Jeden z badanych twierdził, że za rozwojem zaburzeń hazardowych stały trudności w życiu seksualnym. Jego zdaniem brak seksu z partnerką potęgował powstawanie silnych emocji, a hazard pozwalał na ich rozładowanie.

No wydaje mi się brak upustu w seksie i gdzieś, tak jak teraz analizuję to przez terapię, że uzależnienie zawsze potrafi sobie furteczkę jakąś znaleźć, więc w pierwszej kolejności znalazło sobie... wydaje mi się, że gdzieś tam tym środkiem był seks i gdzieś gdzie nie mogłem się z kobietą od paru lat wtedy dogadać, gdzieś na jednej imprezie, gdzie chodziliśmy do baru od wielu lat, naszego osiedlowego, gdzie stały automaty od dawien dawna, no ja z nich nie korzystałem (HN_1205_M_WAW)

Badani identyfikowali wiele czynników mogących mieć wpływ na rozwój uzależnienia. Można je zaklasyfikować, jako czynniki psychologiczne i społeczne. Do czynników psychologicznych zaliczają się chęć poradzenia sobie z emocjami, wyrzutami sumienia za pomocą substancji, chęć dodania sobie odwagi, dostarczenia adrenaliny, zapomnienia o samotności, podniesienia poczucia własnej wartości, zaspokojenie ciekawości, zapomnienia i oderwania się od rzeczywistości. Respondenci, z pierwotnymi zaburzeniami hazardowymi ich rozwoju upatrywali również w silnych emocjach towarzyszących graniu, wywołujących podniecenie oraz umożliwiających zapomnienie o trudnościach dnia codziennego. Zdaniem respondentów hazard pozwalał skanalizować emocje, które pojawiały się w życiu seksualnym oraz te wywołane wygranymi i przegranymi. Niektórzy twierdzili, że

rozwinęło się u nich uzależnienie ponieważ wykazują oni większą podatność na ich wystąpienie związaną z uwarunkowaniami genetycznymi.

Wśród społecznych determinantów występowania uzależnienia badani identyfikowali wpływ środowiska rówieśniczego, znajomych z którymi używali substancji, bądź w których towarzystwie grali, status uzależnienia od narkotyków jako elitarnego zjawiska, które pozwala poczuć się wyjątkowo, używanie substancji, aby dobrze się bawić i być społecznie atrakcyjnym, uzależnienie rodziców i zaniedbywanie emocjonalne w dzieciństwie, konflikty z rodzicami, jak również przemoc oraz brak poczucia bezpieczeństwa w tak funkcjonującej rodzinie, słaba kontrola rodzicielska, rozwód rodziców, uzależnienie bliskich krewnych. Również rodzina, którą sami założyli mogła przyczynić się do rozwoju uzależnienia (związek z osobą uzależnioną, stres związany z ważnymi wydarzeniami życiowymi, nową sytuacją życiową.) Na wystąpienie pierwszego uzależnienia mogła mieć także wpływ dostępność substancji, akceptacja otoczenia dla jej używania. W przypadku hazardu, badani twierdzili, że chęć wzbogacenia się była przyczyną wystąpienia tego rodzaju zaburzeń.

Przyczyny rozwoju drugiego uzależnienia

Wśród czynników wewnętrznych mających wpływ na wystąpienie drugiego uzależnienia badani wyróżnili zaburzenia psychiczne, będące konsekwencją pierwszego uzależnienia. Zaburzenia snu, lęki były tłumione przez substancję, co w konsekwencji przerodziło się w rozwój kolejnego zaburzenia. Choroba psychiczna mogła mieć również wpływ na rozwój zaburzeń hazardowych. Granie mogło być wynikiem nasilających się objawów i pozwalało kanalizować emocje. Twierdzili także, że posiadają skłonność do uzależnienia się.

Miałem problemy ze snem, nie mogłem w ogóle spać. Miałem tak potężne lęki, że nie mogłem spać. No i żeby jakoś zasypiać, no to piłem alkohol sam, żeby móc w ogóle zasnąć. (HA_1305_M_WAW)

Jak już byłem w tej takiej fazie, gdzie sobie zdawałem sprawę, że ja przegrywam wszystko co mam, że już wynoszę, kradnę, że wykorzystuję to zacząłem zdawać sobie z tego sprawę to nie mogłem z tym wytrzymać. Miałem bezsenne noce, stany złego samopoczucia i jak piję to ja tego nie czuję. (HA_0903_M_WRO)

Jestem po tym odwyku, tam stwierdzili prawdopodobnie chorobę dwubiegunową, która może mieć bardzo istotne znaczenie, ponieważ jeżeli jestem chory, no to tak

naprawdę ten hazard jest... znaczy jest trochę inaczej i terapia odwykowa nie pomoże zwyczajnie. Dostaję stabilizatory od kilku miesięcy, nie wiem jak to będzie dalej (HA_2902_M_WAW)

Picie i narkotyki pozwalały również zapomnieć o konsekwencjach używania substancji bądź grania oraz poprawiały nastrój po przegranych, regulowały emocje. Były też odskocznią od rzeczywistości. Badani, kiedy dostrzegali negatywne konsekwencje swojego zachowania chcieli się od nich zdystansować, aby w miarę normalnie móc funkcjonować społecznie.

Zacząłem dostrzegać te negatywy czyli to, że grałem nie dawało mi już tego haju, którego się spodziewałem, adrenaliny, poczucia ewentualnej wygranej, tego co było fajne w tym i do tego zaczęła dochodzić faktyczna wygrana to było ok. W momencie jak zacząłem widzieć konsekwencje, zobaczyłem w jakim jestem stanie to zacząłem szukać czegoś, aby poprawić tą sytuację. Ciągle jeszcze funkcjonowałem więc musiałem odgrywać zrelaksowanego, kogoś na luzie. Tak naprawdę czułem, że na karku mam wierzycieli, żonę, która ma do mnie coraz większy żal, że mnie ciągle nie ma, że wszystko tracę i zacząłem popijać. Wtedy mi się wydawało, że jeszcze niegroźnie i nieszkodliwie, że jeszcze gdzieś mogłem funkcjonować. Z drugiej strony mogłem już nie czuć tego wszystkiego, co było związane z graniem. (HA_0903_M_WRO)

Granie zabierało mnie od rzeczywistości gdy czułem się sfrustrowany, niespełniony, bezradny to grałem nie mając takiej woli i siły, energii, żeby spełnić jakieś oczekiwania, które nie wiem kto we mnie pokładał i też ja sam w jakiś tam sposób, tak. Swoje kontakty, nieumiejętność nawiązywania relacji z ludźmi i szereg innych frustracji, tak. (HN_1403_M_WAW)

Rozwój zaburzeń hazardowych jako drugiego uzależnienia, związany był z chęcią odegrania się po kolejnych przegranych, wygrania dużych pieniędzy.

Siedzenie gdzieś tam po tych powiedzmy pseudo kasynach, bo to były takie bardziej bary i tam były maszyny, trochę może ten poker, ale akurat ja nie przepadałem, wolałem na maszynach siedzieć. Już zaczynałem przegrywać coraz większe sumy, pieniędzy było coraz mniej, w sensie takim, że coraz rzadziej wygrywałem, a zawsze próbowałem się odegrać i tak jak wygrałem 3 tysiące, to żeby wygrać 3 tysiące to musiałem włożyć 5 i tak to mniej więcej wyglądało. (HN_2705_M_WRO)

Jak wracałem z kolegami z pracy, to poszliśmy do knajpy i tam automaty były. Oni grali i namówili mnie, żebym też zagrał. Potem w delegacji nocowałem w hotelu i tam

też automaty były. Wrzuciłem 20 zł i wygrałem 2,5 tys. to mnie to już wciągnęło.
(HN_3012_M_WAW)

Na rozwój drugiego uzależnienia miało również wpływ używanie substancji i granie w gry hazardowe w tym samym czasie. Badani twierdzili, że nie zdarzało im się, że grali na „trzeźwo”, niezależnie od tego, które uzależnienie było uzależnieniem pierwotnym (alkohol, narkotyki czy hazard). Alkohol i narkotyki (głównie stymulanty) wywoływały chęć grania, napędzały ich do tego, nie pozwalały przestać grać, pod ich wpływem czuli, że mogą wygrać. Substancje pomagały im również poradzić sobie z podnieceniem związanym z oczekiwaniem na wygraną. Zdaniem badanych, to substancje wywoływały u nich chęć zagrania, były wyzwalaczem do rozpoczęcia gry.

Granie w karty, ale takie naprawdę granie w karty. Byłem w takim domku, gdzie spotykali się różni ludzie i przyjeżdżali te chłopki, całe lato pracują, żeby zostawić wszystko w jeden wieczór. Piłem, znajomi, to co idziemy chlać, idziemy. Nie jeździłem do kasyn, jeździłem do domów gry po to, żeby wygrać. Byłem w tej grupie, szanowali, poważali i musiałem tak robić. Bardzo mnie to wciągało. Coraz więcej, więcej, kupa pieniędzy na stole to dreszczyk emocji. Nigdy nie grałem na trzeźwo, najpierw piję potem gram. (HA_1705_M_WAW)

Znaczący wygląda to mniej więcej tak: ja mówię już jako osoba uzależniona od hazardu i od alkoholu – jeżeli zaczynam grać, to ja nie widzę możliwości, żeby nie było wódki. Po prostu ta wódka napędza mnie, nakręca, daje mi poczucie mocy, nie wiem, no daje mi takiego kopa, ostrego kopa. (HA_1204_M_WAW)

Jak grałem w tym barze, no to tak po prostu no zacząłem pić. No z początku tak, żeby sobie tam jak grałem, to żeby tak dla smaku, a to im częściej chodziłem, no to też więcej piłem i to tak się połączyło. (HA_1503_M_WRO)

Jak z kolegami piliśmy, ćpaliśmy amfetaminę, to często właśnie na te maszyny jeździliśmy, no i gdzieś tam złapałem bakcyła, że na początku gdzieś wygrywałem, były niskie stawki, wie pan, ten taki haj z wygranej, pierwsza tam stówa czy dwie, to po prostu... tam z pięciu złotych to jest kasa jakaś. No i były te wygrane coraz większe i człowiek jeszcze po fecie nakręcony grał, całą noc był w stanie przesiedzieć, do tego alkohol w tym wszystkim, tak to się toczyło po prostu.
(HN_2705_M_WRO)

gdyby nie było uzależnienia od narkotyków, nie byłoby uzależnienia od hazardu, tak? Jedno pociągnęło za drugim. Pod wpływem narkotyków niejednokrotnie ma się inne

pomysły, inne chęci, chodzi się w różne dziwne miejsca, no i między innymi tak trafilem do automatów (HN_0904_M_WRO)

Po prostu osoby, które wezmą amfetaminę albo mefedron mają chęć iść zagrać, czy coś takiego. Siedzą jak roboty i zasuważą. Ja czegoś takiego nie odczuwałem, żeby iść po amfetaminie i grać. (HN_2611_M_WAW)

Badani zastępowali sobie substancję inną substancją bądź zachowaniem hazardowym, aby uzyskać uczucie euforii, poczuć adrenalinę. Częściej taka sytuacja się zdarzała po odstawieniu narkotyków, na programie metadonowym, jednak wśród badanych byli i tacy, którzy zastępowali sobie alkohol graniem.

Nawet jak przestałem brać narkotyki, jakiś czas to zastępowałem to sobie początkowo alkoholem. Dużo piłem alkoholu, a później hazard. (HN_1605_M_WAW)

Dopiero jak przestałem pić, zacząłem grać w totolotka system. To się jakby dużo więcej pieniędzy wydaje na to. I bywało tak, że połowę zarobków tygodniowych, co tydzień połowę tych zarobków szło na procent. (HA_2902_M_WAW)

Po wejściu na program dobieierałem, ale już coraz rzadziej. Potem przestałem dobieierać i po jakimś czasie wkręciłem się w maszyny. Może stało się tak, że narkotyki zastąpiłem maszynami. Jest wtedy jakaś adrenalina, jakaś euforia, że dostaniesz te gwiazdki i człowiek jest zadowolony. Jak widzisz jak zlatują ci pieniądze, to jesteś zadowolony. To tak samo, jak narkotyki zaczynają działać, czujesz się taki bardziej luźny. (HN_2611_M_WAW)

Jednak nie wszyscy badani widzieli związek i wpływ między występowaniem jednego uzależnienia a wystąpieniem drugiego.

Według mnie jedno uzależnienie nie miało związku z drugim, bo kiedy w Anglii zacząłem pracować na giełdzie to wtedy nie piłem tak dużo. Pracowałem od godziny 13 do 22. Budziłem się za piętnaście 9 rano, żeby grać na giełdzie i grałem do 12, a potem szedłem do pracy. Więc tak naprawdę na picie nie miałem czasu. Piłem w weekendy, bo film mi się urywał. Miałem okresy, że pracowałem po 12 godzin i mimo, że wracałem do domu o 3 w nocy to i tak wstawałem przed 9 żeby grać. (HA_2410_M_WAW)

Dla tych, dla których zaburzenia hazardowe były drugim uzależnieniem, granie było sposobem na zarobienie dodatkowych pieniędzy. Wygrane pozwalały załatać dziury w budżecie domowym i coraz bardziej wciągały. Badani aby zarobić dodatkowe pieniądze grali w zakłady bukmacherskie, totolotka, na giełdzie, automatach, z wykorzystaniem Internetu, itp.

Wrzuciłem 5 zł, wygrałem 20 zł i taki mechanizm się uruchomił w głowie, że ja przez cały dzień nie zarobię. Do tej pensji to będzie znaczny wzrost tych zarobków i gdzieś mi tam te myśli zaczęły krążyć. Jak ta maszyna zniknęła z tego sklepu, zacząłem jakoś tak panicznie szukać dookoła, czy jeszcze gdzieś jest. W między czasie zacząłem trochę grać na giełdzie. Kupowałem, patrzyłem, sprzedawałem i tym żyłem tak naprawdę. (HN_1403_M_WAW)

Samo to, że musiałem pracować i iść do pracy było dla mnie stresujące. Marzyłem sobie, że nawygram tyle pieniędzy, żeby już nie pracować. (HN_1605_M_WAW)

Moi koledzy grali na pieniądze w pokera, no i grywałem razem z nimi. Oni oszukiwali ludzi, którzy przegrywali auta, czy naprawdę duże pieniądze. Ja się w to zaangażowałem. Potem się wszystko rozpadło, ale chęć odegrania pozostała. Jeszcze dzięki temu zdobywałem pieniądze na alkohol i narkotyki, także to szło ze sobą w parze (HN_1003_M_WAW)

Podobnie jak na wystąpienie pierwszego uzależnienia, tak również na rozwój drugiego mieli wpływ znajomi oraz współmałżonek, którzy grali lub używali substancji. W przypadku rozwoju hazardu, jako drugiego uzależnienia badani identyfikowali potrzebę rywalizacji, która była wzorem funkcjonowania wyniesionym z domu rodzinnego, jako przyczynę rozwinięcia się uzależnienia.

Po robocie z chłopakami, po zmianie nad ranem chodziłem tam do salonu na piwo najpierw tylko. Patrzyłem jak chłopaki grali, bo grali. Kurde głupi jesteś do takiego Krzyśka mówię. Całą noc taki zarobek a potrafiliśmy dużo tam zarobić. Nieraz w noc potrafiłem zarobić pensję mojej mamy. I mówię: tyle kurcze ten... przegrałeś to w parę minut. E tam, łatwo przyszło, łatwo poszło. I też kiedyś poszedłem. Pamiętam jak kiedyś trafiłem bonusu i to było więcej niż moja pensja miesięczna. Podjarałem się jak nie wiem co. Na drugi dzień przyszedłem, też zagrałem i nie było już tak fajnie, bo przegrałem całkiem też niezłą kwotę. A mówię odegram się i tak znowu. Później nawet nie wiem jak ze zmiany schodziłem, w trakcie pracy potrafiłem. Zarobiony jestem to idę na dół. (HA_1404_M_WAW)

To przez pewien czas to była sielanka, ale jak już miałem te 16, 17 lat, tam była też śmierć babci, amfetamina, no to w ramach też jakiejś tam zabawy były pierwsze maszyny, koledzy tam grali w pokera na pieniądze. (HN_2705_M_WRO)

Najpierw były narkotyki, ale potem jak poznałam mojego drugiego męża, który był hazardzistą, to doszedł hazard. (HN_1911_K_WAW)

Zawsze kręciła mnie rywalizacja. Do dzisiaj lubię wygrywać, chyba z domu to wyniosłem. Ojciec był zawsze rywalizujący. Wypowiadał się o innych mężczyznach negatywnie i wydaje mi się, że ja dlatego z innymi mężczyznami rywalizowałem.
(HA_2604_M_WAW)

Za rozwój drugiego uzależnienia odpowiadały występujące zaburzenia psychiczne, będące konsekwencją pierwszego uzależnienia oraz skłonność do uzależniania się. Badani starali się zminimalizować dotkliwość zaburzeń psychicznych za pomocą substancji, która miałaby im poprawić sen i wyeliminować lęki. Alkohol lub narkotyki pozwalały zapomnieć o konsekwencjach pierwszego uzależnienia oraz poprawiały nastrój po przegranych, pozwalały na oderwanie się od rzeczywistości i problemów, regulowały emocje. Rozwój kolejnego uzależnienia był uwarunkowany używaniem substancji i graniem w tym samym czasie, kiedy to badani nie potrafili uprawiać hazardu bez picia alkoholu bądź użycia narkotyków. Ci, którzy starali się odstawić substancję zastępowali ją sobie grami hazardowymi, aby dostarczyć sobie emocji bądź utrzymać ich stały poziom. Jednak nie wszyscy respondenci dostrzegali związek i wpływ jednego uzależnienia na wystąpienie drugiego. Na rozwój drugiego uzależnienia mieli wpływ znajomi bądź współmałżonek, którzy byli inicjatorami tego zachowania, wciągali badanych w grę bądź w używanie substancji. Kiedy to zaburzenia hazardowe były drugim uzależnieniem ich przyczyn badani upatrywali w chęci odegrania pojawiającej się po kolejnych przegranych bądź traktowali hazard jako źródło zarobku dodatkowych pieniędzy. Również potrzeba rywalizacji, jako wzorzec wyniesiony z domu rodzinnego był traktowany jako przyczyna rozwoju zaburzeń hazardowych.

Funkcjonowanie społeczne po wystąpieniu uzależnień

Badani zaobserwowali zmianę funkcjonowania społecznego po wystąpieniu zaburzeń. Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz zaburzeń hazardowych związane było ze zmianami w funkcjonowaniu indywidualnym oraz społecznym. Funkcjonowanie indywidualne było zaburzone przez wystąpienie zaburzeń psychicznych, wywołanych używaniem alkoholu i narkotyków. Substancje przyczyniały się do występowania bezsenności, lęków, halucynacji czy występowania objawów paranoi. Zaburzenia psychiczne występowały zarówno wtedy gdy uzależnienie od substancji rozwijało się jako pierwsze lub jako drugie zaburzenie.

Zacząłem podupadać na zdrowiu, a to pociągnęło za sobą lawinę różnych innych wydarzeń. Jak straciłem zdrowie to straciłem chęć do pracy czyli zarabiania czyli możliwości oddawania długu. Stała się jedna wielka beznadzieja. (HA_0903_M_WRO)

Myślę, że już po roku zażywania marihuany i amfetaminy to się pojawiły u mnie lęki, jakieś takie paranoje, halucynacje, myślałem, że ktoś mnie prześladowa, bałem się wychodzić z domu i to doprowadziło mnie do tego, że już był taki lęk, że pojechałem do rodziny na wieś i tam się ukrywałem jakieś 1,5 roku. Później wróciłem do Warszawy, ale się bałem. (HN_1605_M_WAW)

Te paranoje już mnie przeraziły, to jest straszne, że one się pogłębiają. Ja chodziłem sam, do ludzi gadałem, ja latałem po parku, chodzili za mną ludzie, mi się wydawało, że to policja, uciekałem przed nimi, chowałem się w blokach, w KFC, połykałem kokainę, bo zaraz wejdą do łazienki. No to już były paranoidalne sytuacje i już mam ich dosyć po prostu. (HN_1205_M_WAW)

Ja się boję tych stanów, że ja grałem do tego stopnia kiedy miałem non stop prawie myśli samobójcze. Ja tylko myślałem o tym, żeby się zabić. (HA_2902_M_WAW)

Emocje jakie towarzyszą osobom ze współwystępującymi zaburzeniami są często kanalizowane przez używanie substancji bądź granie. Z informacji uzyskanych od badanych wynika, że dodatkowo mogą być regulowane przez kontakty seksualne.

Masturbacja pozwalała mi regulować emocje, jeśli nie miałem partnerki, to szukałem w telefonie, do której by tu koleżanki zadzwonić, a w ostateczności korzystałem z agencji towarzyskich. (HA_2604_M_WAW)

Funkcjonowałem jak automat. Picie hazard, seks. Pracowałem, żeby mieć pieniądze na hazard i alkohol, bezmyślnie. Zastanawiałem się nad sobą, ale z pijackiej perspektywy. (HA_2604_M_WAW)

Wynikiem uzależnienia od substancji bądź zaburzeń hazardowych były trudności z powstrzymaniem się od picia, brania narkotyków bądź grania w gry hazardowe. Badani, w każdych okolicznościach starali się mieć dostęp do substancji bądź do uprawiania hazardu. Często poświęcali na tego rodzaju zachowanie każdą chwilę, cały czas starając się zdobyć środki na grę. Salon gier był miejscem gdzie dobrze się czuli, mimo przegranych.

Musiałem grać na tej majówce i obstawiłem mecz, który przegrałem i musiałem się odegrać i pierwszy raz poczułem coś takiego i musiałem się odegrać i zacząłem grać w ruletkę i nie potrafiłem tego wyłączyć, odejść od tego. Raz przegrałem 100 zł.,

jeszcze 100 zł. i było jeszcze raz i jeszcze raz i teraz muszę się odegrać, jeszcze raz i wyłączam. Po raz pierwszy utrata kontroli, taki amok i przegrałem wszystkie pieniądze co miałem i jeszcze z konta żony, też przegrałem. Pierwszy raz poczułem taką bezsilność. Powiedziałem żonie o tym obiecałem, że nie będę grał, ale już za jakiś tydzień zacząłem jakieś mecze obstawiać i zaczęły się coraz większe sumy. (HN_1605_M_WAW)

Ja uważam, ile bym nie wygrał i tak jestem przegrany, bo nigdy nie potrafiłem wyjąć tej sumy z maszyny. Nawet jak wyjąłem to za chwilę włożyłem w drugą maszynę i nie traktuje to jako wygraną. Chodziło mi, żeby jak najdłużej posiedzieć w tym miejscu. (HN_0812_M_WAW)

Brat został na sylwestra nożem ugodzony i miałem świetną wymówkę, żeby do pracy się spóźnić to mówiłem, że jadę do brata do szpitala. W pracy było tak, że moja partnerka rano pracowała i popołudniu i wieczorami. Trochę do tej pracy szedłem wtedy, kiedy musiałem. Jakoś po markowałem tą pracę i jak miałem pieniądze, a jak nie miałem to kombinowałem i grałem. (HN_1403_M_WAW)

Ja nawet jak zacząłem sms-y wysyłać do jakiegoś radia to po prostu nie potrafiłem wysłać jednego albo dwóch tylko musiałem... Dwa wysłałem pierwszego dnia, kolejnego kilkanaście. (HA_2902_M_WAW)

Ja jeździłem wtedy na taksówce i było tak, że całą noc jeździłem, pożyczałem pieniądze od kolegi, bo już nie miałem pieniędzy na paliwo, bo przegrałem pieniądze. On mi dał na paliwo, ja obiecałem, że nie wydam. Sobie, partnerce, temu koledze i o 4 rano zaczynałem grać. Zjeżdżałem z pracy z nocy i zaczynałem o 4 grać. I myślałem, że zagram za 20-30 złotych, przegrywałem wszystko co miałem, łącznie z pieniędzmi na papierosy i to jest kompletna beznadzieja. (HA_2902_M_WAW)

Badani w momencie kiedy uświadomili sobie, że ich zachowanie przysparza im problemów i mają trudności z jego kontrolą starali się nad nim zapanować, próbując ograniczyć bądź kontrolować używanie substancji bądź granie. Z ich doświadczeń wynika, że przyjmując określoną jednorazową stawkę na grę nie przekraczają jej. Dodatkowo nie są przekonani co do skuteczności terapii więc wydaje się to dla nich jedyną metodą pozwalającą ograniczyć występowanie zaburzeń.

Jak przegram 20 zł, to wychodzę. Jak wygram, to wychodzę od razu. Nie ciągnie mnie, żeby dalej grać, bo za dużo pieniędzy idzie na to. Każdy sam powinien do tego dojść, bo te terapie to może 5% pomagają. (HN_2611_M_WAW)

Powiedziałam sobie, że nie będzie mną rządził hazard, żebym ja nie miała na jedzenie, głodowała. I to już drugi, czy trzeci rok gram od czasu do czasu z limitem 10 zł. Sama to sobie narzuciłam. Jak przegram, to potem dwa dni nic nie jem. (HN_1911_K_WAW)

Wydawało mi się, że jak nie będę pił, to będę bardziej kontrolował swoje granie. Wtedy mi się uda i wygram. (HA_2604_M_WAW)

Mało tego, w 2011 roku, żeby nie przegrywać pieniędzy, to ja stosowałem w ogóle różne takie zabezpieczenia. Kupiłem taką specjalną kasetkę do domu, żeby nie wnosić pieniędzy, a klucza od tej kasetki nie miałem. To później włamywałem się do tej kasetki, wykradałem te pieniądze, bo nie mogłem wytrzymać sam w sobie tej obietnicy, nie? żeby nie pójść i nie zagrać. (HA_1305_M_WAW)

U niektórych badanych używanie substancji wywoływało chęć grania, inni świadomie rezygnowali z picia lub narkotyków, ponieważ obniżało to szanse na wygraną.

Jak sobie to przemyślę, to zawsze wszystko zaczynało się od alkoholu. No, bo to taki łańcuszek był. Jak był alkohol, to i narkotyki. A jak narkotyki, to i hazard. (HN_1003_M_WAW)

Po wystąpieniu uzależnienia od hazardu moje finanse legły w gruzach całkowicie. Z jednej strony wydawałem wszystko na narkotyki, a potem pod wpływem narkotyków, to co zostało, wydawałem na maszyny. (HN_0903_M_WRO)

Narkotyki nie są mi potrzebne do gry. Ja wolałem iść na trzeźwo, zagrać i mieć jakąś szansę na wygraną. Widomo, że te szanse są niewielkie, ale ciągnęło mnie, że tym razem to trafię. (HN_2611_M_WAW)

Jeżeli wchodził hazard, to już nie było alkoholu lub narkotyków, bo nie lubiłem robić tego pod wpływem substancji. Lubiałem być świadomy i świadomie odurzać się hazardem. Bo jeśli byłem po wpływem narkotyków lub alkoholu, to już nie czułem radości z hazardu. Musiałem być trzeźwy żeby uprawiać hazard. Natomiast po alkoholu zawsze sięgałem po narkotyki. Jak wypiję jeden kieliszek, to nie potrafię przestać. Kończyło się nawet w szpitalu zapaścią alkoholową. (HN_0103_M_WAW)

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wywierało wpływ na funkcjonowanie społeczne w obszarze rodzinnym, relacji społecznych, zawodowym. Pojawiały się problemy z prawem i w obszarze finansowym.

Funkcjonowanie osób ze współwystępującymi zaburzeniami związane z nadmierną koncentracją na substancji bądź zachowaniu hazardowym oraz wynikające z tego

negatywne konsekwencje skutkowały u niektórych rozpadem małżeństwa, pogorszeniem bądź zerwaniem relacji - z partnerem, rodziną, znajomymi. Zachowanie uzależniające pochłaniało badanych tak bardzo, że nie byli w stanie pełnić ról społecznych co powodowało występowanie konfliktów.

Przez hazard rozstałem się właśnie z pierwszą moją miłością i to była... od tego się wszystko zaczęło. Tak naprawdę moje ostatnie 15 lat porażki. (HN_1205_M_WAW)

Zacząłem unikać kontaktu z ludźmi, zacząłem kłamać, oszukiwać moją partnerkę, byłem rozdrażniony, niecierpliwy. Dużo energii pakowałem, żeby na zewnątrz udawać, że wszystko jest po staremu. (HN_1403_M_WAW)

Pogorszyły się moje relacje z rodziną z bliskimi. Bardziej skupiałem się na tym, żeby zorganizować pieniądze i mieć na granie. Popadłem w długi. (HA_1604_M_WRO)

Zawsze tak w podświadomości miałem takie coś, że ja bym chciał inaczej żyć, tak? że ja bym chciał dla mojej rodziny inaczej, że moja rodzina będzie w ogóle taka idealna, nie? że nie będziemy się kłócić, nie będziemy sobie dokuczać, a pod wpływem hazardu po prostu nie wyrabiałem się w żadnej roli – roli partnera, roli ojca, w roli, nie wiem, pracodawcy. W żadnej roli się nie wyrabiałem i to powodowało konflikty (HA_1305_M_WAW)

Zażywanie narkotyków w ocenie badanych miało pozytywne i negatywne konsekwencje w życiu zawodowym. Z jednej strony wywarło wpływ na rozwój kariery, ponieważ stymulanty, których używał badany pozwalały mu więcej pracować, co przekładało się na odnoszenie sukcesów na polu zawodowym. Z drugiej strony używanie substancji przysparzało trudności w szkole, pracy, skutkowało zaniedbaniem obowiązków służbowych i prowadziło do zwolnienia.

No, na pewno z perspektywy czasu widzę, że piąłem się po tych drabinkach tej korporacyjnej maszyny i ta kariera miała bardzo fajny przebieg. Mam na myśli tutaj zmiany pracy na dużo lepszą, lepiej płatną, wyższe stanowiska (HN_1904_M_WAW)

W pracy byłem sobie sam winny, bo parę rzeczy ponawiałem i nie chciałbym o tym mówić, bo to jest moje życie zawodowe to jest inna bajka. Przyczyniło się na pewno, że zamknąłem tę firmę, przestałem współpracować (HN_2402_M_WAW)

Straciłem studia i potem zostałem skreślony z listy studentów i poszedłem do pracy. Potem ta historia, że trafiłem do mieszkania i tam pierwsza próba poradzenia sobie z nałogiem, a następnie poszedłem na inne studia. Tam przez jakiś czas było w porządku i znowu wróciłem do heroiny. (HN_1403_M_WAW)

Te dwa ostatnie lata picia, między 23 a 25 rokiem życia, kiedy było właśnie tak już najgorzej. Stawała się wariacja, obsesja picia właśnie non stop, taki ciąg te dwa lata. Nie potrafiłem w żadnej pracy się utrzymać. Mam 17 świadectw pracy w ciągu ostatnich 4 lat picia. Już nie mówię o takich pracach, gdzie nie dawali świadectwa pracy. (HA_2902_M_WAW)

Funkcjonowanie osób ze współwystępującymi zaburzeniami obejmowało zachowania niezgodnych z prawem, które ujawnione, generowały problemy. Często zachowanie to było związane z koniecznością zarobienia pieniędzy na alkohol, narkotyki bądź na grę. Wśród badanych powszechne były kradzieże, zdarzała się również sprzedaż narkotyków.

Jeśli chodzi o narkotyki to głównie kradłem, albo handlowałem narkotykami, a jak ... z tego miałem na to drugie też nie. (HN_0812_M_WAW)

Przez jakiś czas pracowałem, ale tak to byłem studentem i nie miałem dochodu. Dostawałem pieniądze od rodziców, a tak to ich okradałem. Pieniądzy w domu było dużo, ojciec dużo pił i chwile stresu nie były problemem, żeby te pieniądze zdobyć. (HN_1403_M_WAW)

Jak hazard zaczął mi sprawiać problemy, że zauważyłem, że jest to mój problem, no to już zaczęły się kradzieże, zdobywanie nielegalne pieniędzy, różnego rodzaju towarzystwo szemrane. (HA_1204_M_WAW)

Wystąpienie uzależnienia, szczególnie zaburzeń hazardowych, pochłaniało dużo pieniędzy. Zdarzało się, że badani nie mieli środków do życia, ponieważ pieniądze przeznaczali na zaspokojenie głodu substancji bądź grania. Przeznaczanie dużych sum pieniędzy na alkohol, narkotyki bądź hazard wiązało się z większą mobilizacją do szukania nowych możliwości zarobku, większej kreatywności i przedsiębiorczości. Często badani zaciągali kredyty, których później nie spłacali.

Pracuje w sklepie spożywczym też, mam tam jakieś możliwości, ale bywa tak, że jestem często głodny. Raz nie jadłem śniadania. (HN_0812_M_WAW)

Bywa, że całość [dochodu przeznaczają na grę – autorzy], a bywa i tak, że zostawiam sobie marne 100 zł, żeby było na jakieś jedzenie. Wiem, że to jest problem. (HN_0812_M_WAW)

Ja przegrałem ogromne pieniądze w swoim życiu, nie rozpamiętuje tego, bo nie ma sensu. Ja zawsze sobie powtarzałem, że... tłumaczyłem sobie, że to, że przegrywam coraz więcej i co miesiąc muszę pozyskać, że to mnie napędza do większej kreatywności i większej przedsiębiorczości. W pewnym momencie złapałem się na

tym, że dziennie jestem w stanie 2000, 3000 zł. przegrać i jak to pomnożyłem przez miesiąc to wychodziło 20-30000 miesięcznie przegrywam. (HN_1904_M_WAW)

Przeraziłem się, bo stwierdziłem nagle, że nabrałem kredytów mnóstwo. Stwierdziłem, praca mi się wywaliła i mówię co tu robić nie. Jak to spłacać i wtedy wydawało mi się, że mam z tym kłopot, ale co szedłem dalej grać. (HN_2402_M_WAW)

No od hazardu no to coraz częściej chodziłem, coraz większe sumy na to przeznaczalem, no przegrywałem, w związku z tym problemy finansowe zaczęły się pojawiać, no liczyłem, że się odegram, więc to chodzenie się nasilało. (HA_1503_M_WRO)

Najpierw przegrałem to co miałem odłożonego, później przegrywałem na bieżąco te pieniądze, które zarabiałem, a później żeśmy przegrali przetarg, natomiast mogłem, ponieważ dużo obrotu było u mnie na koncie, wziąć duży kredyt, no i wziąłem w dwóch bankach po 100 tysięcy i te pieniądze się rozeszły (HA_2902_M_WAW)

Wystąpienie uzależnienia zmieniało życie badanych. Zmiany były widoczne w zarówno w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym i wiązały się z rozwojem najpierw pierwszego a później drugiego zaburzenia. Funkcjonowanie indywidualne było zaburzone przez wystąpienie zaburzeń psychicznych, wywołanych głównie używaniem alkoholu i narkotyków. Silne emocje jakie towarzyszyły badanym na co dzień próbowali oni regulować nie tylko za pomocą substancji bądź zachowania hazardowego, ale również poprzez kontakty seksualne. Badani mieli problemy z powstrzymaniem się od używania substancji psychoaktywnych i uprawiania hazardu, często poświęcając na to każdą wolną chwilę. Po uświadomieniu sobie, że mogą mieć problem, próbowali ograniczać lub kontrolować swoje uzależnienie. U niektórych badanych używanie substancji wywoływało chęć grania, inni świadomie rezygnowali z picia lub narkotyków, ponieważ obniżało to szanse na wygraną.

Picie, używanie narkotyków bądź uprawianie hazardu tak ich pochłaniało, że w niektórych przypadkach skutkowało rozpadem małżeństwa, pogorszeniem bądź zerwaniem relacji - z partnerem, rodziną, znajomymi. Ograniczenie kontaktów społecznych miało doprowadzić do ukrycia używania substancji bądź ukrywania grania, co skutkowało rozwojem uzależnienia, wypadaniem z ról społecznych i zawodowych oraz eskalacją konfliktów. Używanie substancji lub uprawianie hazardu z jednej strony mogło stymulować rozwój zawodowy (możliwość pod wpływem stymulantów długiej i wytężonej pracy), częściej jednak przysparzało trudności w

szkole, pracy, skutkowało zaniedbaniem obowiązków służbowych i prowadziło do zwolnienia. Funkcjonowanie społeczne osób ze współwystępującymi zaburzeniami obejmowało zachowania niezgodne z prawem, najczęściej kradzieże, związane z koniecznością pozyskania środków na zakup substancji lub na grę. Szczególnie zaburzenia hazardowe pochłaniały dużo pieniędzy, przez co badani często nie mieli środków do życia, brali kredyty, których nie spłacali, z drugiej strony konieczność dysponowania dużą ilością gotówki wiązała się z większą mobilizacją do szukania nowych możliwości zarobku, większej kreatywności i przedsiębiorczości.

Rodzaj substancji czy zaburzenia hazardowe nie wiązały się ze specyficznymi zmianami w funkcjonowaniu. Jedynie w przypadku problemów finansowych wystąpienie hazardu było ściśle z nim związane, z kolei zaburzenia psychiczne powiązane były w większym stopniu z rozwojem uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Historia leczenia

Przyczyna podjęcia leczenia

Używanie substancji oraz granie generowało szereg negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym, które motywowały badanych do podejmowania leczenia. Często był to szereg wydarzeń życiowych, które wpływały na podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii. W ramach badania respondenci starali się zidentyfikować te przyczyny, które w ich ocenie były rozstrzygające.

W ogóle sam fakt, że podjąłem terapię uzależnienia od narkotyków obecnie jest związane z doświadczeniem bardzo silnych strat, diametralnych i odczuwalnych przede mną strat rodzinnych, zawodowych, finansowych i to zdecydowało o podjęciu przede mną terapii. (HN_2005_M_WRO)

Jedną z najczęściej identyfikowanych przyczyn podjęcia leczenia jest presja ze strony najbliższej rodziny oraz konflikty narastające z powodu picia, używania narkotyków lub grania, prowadzące do rozwodu. Z doświadczeń badanych wynika, że rodzina namawiała ich na zmianę zachowania, ograniczenie używania substancji i grania w gry hazardowe. Oprócz rodziny, namowy na podjęcie leczenia pochodziły od specjalistów zajmujących się pomocą osobom uzależnionym, do których trafiali – psychiatry, psychologa, terapeuty.

Moja żona wychowywała się, bo jej teściu, jej tata jest alkoholikiem. Ona uciekła z domu. Związała się ze mną, bo miała dość tego i ja się wcale nie dziwię. Dzięki niej, poszedłem pierwszy raz do psychologa, na mityng. Kiedykolwiek zaczynałem pić ja robiłem, żeby moja córka nie widziała mnie pijanego, nigdy. Dzięki nim poszedłem na pierwszą terapię, bo tak pewnie bym nie żył już. (HA_1705_M_WAW)

W końcu trafiłem na detoks, na Marywilską, po rozmowach z psychologiem i z psychiatrą, z terapeutami jednak coś tam zakwitało mi w głowie, że trzeba coś z tym zrobić. Zaproponowali mi pobyt na terapii, która trwała 4 miesiące, ja zgodziłem się, zostałem na tej terapii, ukończyłem z bardzo dobrymi wynikami, jak każdą inną. (HA_1204_M_WAW)

Chyba to, że żona ode mnie odeszła. Jakieś 4 lata temu rozwiedliśmy się, po prostu miała już dosyć, no i tak naprawdę wtedy aż tak... znaczy przejąłem się, ale może nie aż tak bardzo, ale zaczęło mi to chyba wszystko doskwierać (HN_2705_M_WRO)

Na pierwsze leczenie to mnie żona zapisała, razem z matką, siostrą i chcieli to poszedłem. (HN_2402_M_WAW)

W przypadku osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi dużą rolę przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu leczenia odgrywały problemy finansowe wygenerowane przede wszystkim przez granie bądź związane z jednorazową przegraną dużej ilości gotówki.

Przede wszystkim no nacisk z jednej strony rodziny, z drugiej strony no problemy finansowe no już są tak duże, że już nie mam skąd pożyczać i... w sensie nie miałem skąd pożyczać i no musiałem coś z tym zrobić. No dotarło do mnie, że przesadzam, że... znaczy nie wiem czy wtedy myślałem, że jestem uzależniony, no po prostu potrzebowałem pomocy. (HA_1503_M_WRO)

Takim głównym motorem były pieniądze i sytuacja firmowa w związku z moją dziewczyną, tak? w 2011 roku po prostu ja już też stanąłem przed taką ścianą, bo mnie tam urząd skarbowy ścigał za moje zadłużenia, no nie mogłem już dłużej tej działalności na siebie prowadzić, no musiałem ją zamykać, jak najszybciej. (HA_1305_M_WAW)

Również takie skutki uzależnienia jak utrata mieszkania i bezdomność, utrata pracy sprawiały, że badani decydowali się podjąć leczenie.

hazard zniszczył mi życie doszczętnie, przegrałem mieszkanie i wszystkie warunki bytowe, a alkohol temu dopomógł i wylądowałem na ulicy, jestem bezdomny i potrzebuję pomocy. (HA_0904_M_WRO)

podjąłem pracę całkiem niezłą na magazynie, no straciłem ją też przez to, że przychodziłem na kacu do pracy i dostałem parę kartek tak zwanych czerwonych i nie skorzystałem i zostałem usunięty. No i tak zacząłem się staczać coraz bardziej. Coraz więcej amfetaminy, coraz więcej alkoholu, coraz więcej grania, już po prostu człowiek jak kret wychodził nad ranem z automatów. Po prostu ludzie żyją, a ty sfilcowany, pijany i bez gorsza przy duszy. (HN_2705_M_WRO)

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami podejmowały leczenie pod wpływem złego stanu zdrowia fizycznego i występowania zaburzeń psychicznych. W przypadku zdrowia były to choroby krwiopochodne – wirus HIV i wirusowe zapalenie wątroby typu C, degeneracja organów wewnętrznych. Z kolei w przypadku zaburzeń psychicznych były to myśli samobójcze, które pojawiały się w momencie, gdy badany znalazł się w sytuacji w jego ocenie bez wyjścia, trudności ze snem, duże napięcie, problemy emocjonalne.

Ja szedłem, żeby wyleczyć swoje potrzeby fizyczne i odzyskać zdrowie. Jeszcze chodziło i o nerki. Miałem taką sytuację z nerkami. (HN_2904_M_WRO)

Ja już miałem serdecznie dosyć, połowę swojego życia przećpałem, choroby różne. HCV i HIV się pojawił, dlatego zacząłem się zastanawiać czy warto w tą stronę iść i stwierdziłem, że jeszcze spróbuje. (HN_0812_M_WAW)

W szpitalu praskim chciałem popełnić samobójstwo, chciałem sobie podciąć żyły, złapali mnie pielęgniarki, dostałem jakieś zastrzyki, trafiłem do Drewnicy, bo w szpitalu praskim bali się mnie trzymać. W Drewnicy zajęła się mną lekarz, ustawiła mi leki, chyba bardzo dobrze ustawiła te leki, bo bardzo szybko wróciłem do formy jakoś psychicznie przynajmniej. (HA_1204_M_WAW)

Od alkoholu to beznadzieja, bezsens życia, myśli o samobójstwie, nieudane próby... wielokrotnie nieudane próby też leczenia. Znaczą chyba kośćcówka to myśli o samobójstwie, myśli o tym, że to nie jest moje życie, że ja nie chcę tak żyć. Albo już z drugiej strony myśli samobójcze. To było od alkoholu. (HA_2902_M_WAW)

Zacząłem też więcej pić, bo musiałem wypić przed snem, żeby w ogóle nie myśleć o tym, żeby się udało zasnąć. Życie w takim ciągłym napięciu i jak wróciłem nie dawałem rady. W kasynie miałem jakieś takie załamanie i trochę pod wpływem impulsu (HN_1403_M_WAW)

Zdarza się, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami są wyczerpane nałogiem, nie czerpią radości z życia i mają już dość picia, używania narkotyków lub grania, ponieważ szkody wynikające z takiego zachowania są dla nich dotkliwe,

przewyższają korzyści wynikające z używania substancji bądź hazardu. Podejmując leczenie chcą się ustatkować, pragną normalności bądź robią to dla najbliższych. W ich ocenie jest to sytuacja, kiedy dojrzeli do decyzji o podjęciu leczenia.

Psychicznie ja już chyba miałem dosyć wyskoków, a druga rzecz najważniejsza – ja nie miałem z nich radości. Ja nie miałem z nich radości. Bardziej to było typowo już jakieś emocjonalne takie wywalanie emocji na złość, na żonę, na sytuację dookoła, ale finalnie ja nie miałem z tego w ogóle radości. (HN_1205_M_WAW)

Postanowiłem zmienić swoje życie. Jak to mówią ustatkować się, znaleźć sobie normalną dziewczynę, może jakieś dzieci zaplanować, pospłacać długi, to wszystko wyprostować. (HN_3005_M_WRO)

Przyszedłem na program metadonowy, bo już miałem dosyć brania, po drugie strasznie szkoda mi mamy było, z nerwów osiwiła kompletnie. (HN_2611_M_WAW)

Osiągnąłem dno, jeżeli chodzi o finanse, została mi tylko ucieczka za granicę. Wszystko przestało mnie cieszyć. Tylko zostawało mi picie, albo utrata pieniędzy. (HA_2604_M_WAW)

Zdarza się, że podejmując leczenie chcą przestać używać substancji, ale nie porzucać grania.

Miałem dosyć picia, natomiast nie grania. Ja lubiłem grać nawet jak przegrywałem. I nawet jak już byłem na terapii to nie chciałem rzucać grania, ona była bardziej pod alkohol ustawiona. (HA_2410_M_WAW)

Badani identyfikowali wiele motywów, które przyczyniały się do podjęcia przez nich decyzji o rozpoczęciu leczenia. Często był to szereg różnych zdarzeń, których konsekwencje badany dotkliwie odczuwał i pod wpływem których decydował się na jego podjęcie. Wśród zidentyfikowanych motywów szukania pomocy i rozpoczęcia terapii badani wyróżnili presję rodziny wynikającą z nadmiernego picia, używania substancji bądź przegrywania pieniędzy, problemy finansowe, jednorazowe przegranie dużej ilości pieniędzy, utrata pracy, mieszkania, stanie się osobą bezdomną, problemy związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. Zdarzali się badani, którzy twierdzili, że podjęli leczenie ponieważ są wyczerpani nałogiem, nie czerpią radości z życia i nie mają już chęci pić, używać narkotyków i grać w gry hazardowe. Doszli do takiego etapu, że nie daje im to żadnych przyjemności. Podejmując leczenie chcą się ustatkować, pragną normalności bądź robią to dla najbliższych. Jednak niektórzy, podejmując leczenie stawiają sobie za cel zaprzestanie używania substancji, ale nie grania.

Świadomość występowania uzależnień

Podejmując leczenie badani najczęściej wiedzieli o współwystępujących zaburzeniach. Od razu informowali terapeutów, że mają problem z używaniem substancji i graniem.

No tak, jak najbardziej. To od razu przy pierwszym spotkaniu jak zostałem zapytany co mnie sprowadza, no to od razu wszystkie trzy rzeczy wymieniłem, także tak, byłem świadomy tego. (HN_2705_M_WRO)

Jednak niektórzy badani nie mieli świadomości współwystępowania uzależnień. Nie chcieli zaakceptować stawianej diagnozy uzależnienia od substancji bądź hazardu. Dopiero w trakcie trwania terapii oswajali się z nią.

Na Zgierskiej w 2009 , a później w 10 byłem w ... i jak powiedzieli, że jestem narkomanem to mi się to nie podobało i mówię nie, nie, nie. Ja mogę być hazardzistą, ale nie narkomanem. Mi się narkoman zawsze kojarzył ze strzykawką. Dopiero później, gdzieś za rok to już wiedziałem, że mam problem z jednym i z drugim. (HN_2402_M_WAW)

Ja do końca nie akceptowałem tego, że ja jestem tym hazardzistą, że mam ten problem, ale nie miałem nadziei, że to się zmieni kiedykolwiek, nie? a tam dostałem pierwszy raz taką nadzieję no że to się może zmienić. Jak on tam powiedział nie wiem, nie pamiętam ile lat, ale że ileś lat nie gra, to dla mnie było w ogóle kosmos no że można. (HA_1305_M_WAW)

Zdarzało się również, że ukrywali jedno z uzależnień, nie przyznawali się terapeutom. *Na każdej terapii na Kolskiej, bo jeszcze na Marywilskiej o tym nie mówiłem, ale na Kolskiej na każdej terapii mówiłem o tym, że jestem uzależniony od hazardu i alkoholu. (HA_1204_M_WAW)*

Tak, na wstępnej (terapii; tj. terapia dla osób oczekujących na miejsce na oddziale dziennym; trwa 10 tygodni, spotkania 1/tydz.) już się przyznałem, wcześniej nikomu nie mówiłem, nawet siostrze (zakonnej) się nie przyznałem, na pierwszej terapii (poprzedniej, kilka lat temu) też nikomu nie mówiłem. Ale teraz już powiedziałem. (HA_1404_M_WAW)

Część osób ma świadomość współwystępowania uzależnień. Inne bądź negują istnienie jednego z uzależnień, bądź świadomie w trakcie terapii je zatają, chcąc czerpać z niego w dalszym ciągu korzyści lub nie doceniając jego znaczenia.

Efekty leczenia

Efektem podjętego leczenia najczęściej było utrzymywanie abstynencji, co wynikało z celów terapeutycznych przyjętych w placówce. Pacjenci utrzymywali abstynencję od używania substancji oraz od uprawiania hazardu. Pozwoliło im to na rozpoczęcie spłacania długów oraz odbudowanie relacji rodzinnych.

przede wszystkim no przestałem grać, no jednocześnie i alkohol odstawiłem, przestałem pić, no i teraz staram się jakoś tam spłacać to, te długi, ale też jakoś z rodziną odbudowywać relacje. (HA_1503_M_WRO)

Znaczy no przestałem grać, przestałem pić, ale też kontynuuję terapię i dzięki temu no uświadamiam sobie też krzywdę jaką wyrządziłem innym i rodzinie głównie, no ona jest dla mnie najważniejsza, no i dzięki temu staram się to jakoś naprawiać (HA_1503_M_WRO)

Leczenie pozwoliło badanym zidentyfikować czynniki odpowiedzialne za używanie substancji i granie, co ich zdaniem w przyszłości zapobiegnie złamaniu abstynencji. Efektem leczenia była również poprawa samopoczucia fizycznego i psychicznego w czasie kiedy utrzymywali abstynencję.

Pokazało mi dlaczego ja to potrzebuje robić, jak mogę tego nie robić i zmieniło moje myślenie o sobie samym. Pokazało mi jakie mam środki zastępcze czyli naturalne środki, żeby odczuwać to samo co odczuwałem w ten sposób, gdy grałem. (HA_0903_M_WRO)

Te momenty w 2008 czy w 12 roku to był takie chwile kiedy mogłem odetchnąć od tego grania, chlania, doprowadzałem się do jakiejś tam kultury, do normalnego wyglądu, po czym znowu zapijałem i znowu się kółko zamykało (HA_1204_M_WAW)

Podczas leczenia uzyskali wiedzę na temat konsekwencji uprawiania hazardu bądź używania alkoholu lub narkotyków. W momencie złamania abstynencji pacjenci nie czerpali już tak dużej satysfakcji z picia, zażywania narkotyków czy grania jak przed terapią. Leczenie odbierało im komfort przez co szybciej decydowali się na podjęcie kolejnej terapii.

Pierwsza terapia mi zabrała komfort, nie? już jak poszedłem drugi raz tam grać, to już wiedziałem, że to jest... Tak jakbym w jakieś bagno wszedł, w jakieś gówno, za przeproszeniem. To był po prostu totalny taki syf, nie? (HA_1305_M_WAW)

Zdaniem badanych podstawowym efektem leczenia jest utrzymywanie abstynencji, poprawa samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz pozyskanie wiedzy o czynnikach odpowiedzialnych za używanie substancji i granie, pozwalających ograniczyć ryzyko złamania abstynencji. Uczestnictwo w terapii odbierało badanym przyjemność z picia, używania narkotyków lub grania ukazując negatywne konsekwencje i dostarczając im wiedzy o szkodliwości takiego zachowania.

Najważniejsze problemy życiowe

W ocenie badanych zaburzenia hazardowe były postrzegane jako trudniejsze do opanowania w porównaniu z uzależnieniem od alkoholu czy narkotyków. Z jednej strony badanym było trudniej kontrolować utrzymywanie abstynencji od grania, z drugiej łatwiej było ukryć zachowania hazardowe przed rodziną i szerszym środowiskiem, np. pracowniczym. W porównaniu do uzależnienia od substancji, granie w mniejszym stopniu wpływa na wygląd fizyczny i przyczynia się do powstawania zaburzeń psychicznych, a są to dla otoczenie symptomy pozwalające na zidentyfikowanie występowania uzależnienia.

Najtrudniej odstawić hazard, zdecydowanie. W hazardzie też jest takie coś... jak w żadnym uzależnieniu nie ma, że jak człowiek zacznie pić, to nie dostanie po picciu butelki wódki gratis, tylko jest syf, wszyscy widzą, a w hazardzie nie widać. (HA_2902_M_WAW)

Hazard w tej chwili bardziej niż alkohol, bo to łatwiej ukryć. Porozpożyczałem wszystkie pieniądze żeby nie mieć przy sobie. (HA_1404_M_WAW)

Etap narkotyków jest zamknięty, bo z tym sobie poradziłem, tylko czasami dobieram metadon, ale teraz jak pracuje nie za bardzo mogę. Skoro mam ten metadon nie potrzebuję heroiny, tak mi się wydaje. Jedyнным problemem są te automaty. Nie jest normalne, że ja cały miesiąc zasuwaam za 1500 zł i potem w dwie czy całą noc przewalić na maszynach. (HN_0812_M_WAW)

Jednak opanowanie używania substancji podczas leczenia zaburzeń hazardowych również nastęrczało badanym trudności. Głównie przez to, że terapia skupiała się przede wszystkim na problemach z graniem, nie uwzględniając w trakcie jej trwania współwystępujących uzależnień.

Moim największym problemem jest to, że w trakcie odwyku od hazardu okazało się, że ja mam problem i to potężny z alkoholem. Mimo, że mechanizmy są takie same to ja mam problem, żeby sobie z tym poradzić i to jest problem. (HA_0903_M_WRO)

Alkohol, ze względu na to, że hazard, że mnie nie stać na to, narkotyki przestałem przyjmować, aczkolwiek od czasu do czasu zapalę dopalacze. (HA_0904_M_WRO)

Wśród wyróżnionych problemów życiowych, pojawiających się w trakcie terapii, były konsekwencje używania substancji bądź grania w gry hazardowe. Badani rozróżnili te, które związane są z funkcjonowaniem indywidualnym i społecznym. W wymiarze indywidualnym był to zły stan zdrowia fizycznego, które w wyniku używania substancji pogorszyło się, jak również trudności emocjonalne wynikające z braku umiejętności ich kontrolowania.

No trochę też zdrowie podupało, ale to akurat myślę, że uda mi się najszybciej wyprowadzić na prostą. (HN_2705_M_WRO)

No nie panowanie nad emocjami, to widzę najbardziej. I teraz też to nieraz analizuję czy to jest przez narkotyki czy to jest przez uzależnienie jako uzależnienie, w sensie mechanizmu. (HN_1205_M_WAW)

Ważne problemy związane z funkcjonowaniem społecznym, które zostały zidentyfikowane przez badanych związane były z problemami finansowymi, głównie dużymi długami, będącymi efektem uprawiania hazardu. Będąc w trakcie terapii respondenci uświadomili sobie ogrom problemów finansowych oraz konieczność ich spłaty. W tym kontekście istotne były trudności z zatrudnieniem, uniemożliwiające spłacanie długów oraz problemy mieszkaniowe.

Finanse, przede wszystkim to mi nie daje spokoju, na pewno (HN_2402_M_WAW)

No największym problemem dla mnie jest biurokracja w tym momencie, biurokracja, urzędasy i to wszystko idzie bardzo powoli moim zdaniem. Znaczący pewnie taka jest procedura, ale ja jestem niecierpliwy i bym chciał wiedzieć na czym stoję w związku z mieszkaniem. (HA_1204_M_WAW)

Chyba jednak te długi, bo to jest kilkadziesiąt tysięcy i no nie zarabiam może mało, ale no jest rodzina na utrzymaniu, no i te długi i... no to tak nie mam tak, żeby wszystkim od razu oddać. (HA_1503_M_WRO)

Równie ważnym problemem, który badani chcieli rozwiązać podczas terapii była poprawa relacji z rodziną. Osobom ze współwystępującymi zaburzeniami było wstyd w związku z wydarzeniami mającymi miejsce, gdy używali substancji i uprawiali hazard. Terapia była okresem, w którym chcieli je naprawić.

odbudowanie więzów rodzinnych, bo gdzieś rodzice też w pewnym momencie... znaczy widzimy się, ale jest mi potwornie wstyd za to wszystko co się wydarzyło, chciałbym z nimi normalnie pogadać, przeprosić, podziękować, ale to chyba jeszcze

nie jest ten moment. Tak samo może kiedyś z żoną... wybacz mi po prostu, także no nie wiem, to chyba są takie problemy, które mnie teraz gdzieś tam nękają. (HN_2705_M_WRO)

Myślę, że te relacje z rodziną. Stracić zaufanie jest bardzo łatwo przez jedną sytuację, a odbudować jest bardzo ciężko. (HA_1604_M_WRO)

Najważniejsze problemy postrzegane przez badanych, którzy byli w trakcie terapii związane były ze współwystępującymi zaburzeniami i wynikającymi z nich trudnościami z utrzymywaniem abstynencji od substancji i grania. Zdaniem pacjentów, trudniej jest zapanować nad zaburzeniami hazardowymi niż nad uzależnieniem od substancji, gdyż nie jest ono tak widoczne, przez co łatwiejsze do ukrycia. Dla badanych ważna była również poprawa zdrowia fizycznego i kontrola nad emocjami, spłatenie długów, znalezienie pracy, mieszkania oraz poprawa relacji rodzinnych.

Motywy wyboru placówki

Osoby, które same wybierały placówkę chciały poczuć się w niej anonimowo, ważna było dla nich bliskość od ich miejsca zamieszkania i szybki termin przyjęcia.

Naprawdę to szukałem anonimowości. Nie chciałem, żeby to gdzieś wyszło. Teraz to już się tego nie wstydzę, ale kiedy szukałem pomocy to wstydziłem się tego, że jej potrzebuję, że jej szukam. (HA_0903_M_WRO)

Bo najbliżej tu mam z ośrodka dla bezdomnych na Traktorzystów. Proponowali mi Kolską albo Tworki ale nie wytrzymałbym na zamkniętej, ja potrzebuję swobody. A na Kolskiej za często byłem klientem (HA_1404_M_WAW)

Jeśli osoby ze współwystępującymi zaburzeniami decydowały się na wybór ośrodka prywatnego motywowały to lepszą jakością pomocy niż tą jaką można uzyskać w placówce publicznej.

Ja miałem problem taki ze sobą, ten finansowo taki materialny, bo ja byłem strasznym materialistą, to ja bym nie poszedł gdzieś gdzie się nie płaci albo gdzie się mało płaci. Ja musiałem pójść do takiego ośrodka gdzie się dużo płaci, bo wtedy oni mi pomogą, no takie miałem przeświadczenie, no i dlatego wybrałem ośrodek prywatny. (HA_1305_M_WAW)

Osoby ze współwystępującym uzależnieniem od narkotyków motywowały wybór placówki dostępem do leczenia chorób zakaźnych oraz możliwością równoległego leczenia substytucyjnego metadonem.

Pojawiła się opcja metadonu no i co spróbowałem, nie miałem wyjścia za bardzo. I tak zostało. Na Wolskiej był zakaźny i ze względu na choroby nie. Przeszedłem na odtrucie, które trwa 14 dni w warunkach szpitalnych. Oczywiście była doktor prowadząca, która była przy samym końcu odwyku, zaczęła za mną rozmawiać co dalej, bo wychodzę i wypis. Zaproponowała mi różne ośrodki, ale powiedziałem, że się boję, że jak wyjdę to kupię sobie jakiś towar i pojawiła się opcja metadon. No i co spróbowałem, nie miałem wyjścia za bardzo. I tak zostało. Na Wolskiej był zakaźny i ze względu na choroby nie. (HN_0812_M_WAW)

Przyczynkiem do wyboru placówki przez badanych były wcześniejsze doświadczenia związane z leczeniem. Długie okresy abstynencji, rzetelność i profesjonalizm terapeutów były odbierane pozytywnie i zachęcały do ponownej terapii w tym samym miejscu.

Dwa razy przedtem byłem bardzo profesjonalnie obsłużony i dwa razy były długie okresy abstynencji po tych terapiach. I wydaje mi się, że... nie wiem jak jest teraz, ale wtedy ci ludzie wiedzieli co robią, robili dla mnie dobrze, bardzo dużo wiedzy ogarnąłem właśnie dzięki tym ludziom, którzy mną się zajmowali. No, to był największy powód – rzetelność tych ludzi. (HA_1204_M_WAW)

Na Zgierską wracałem, bo ją znałem. Wiedziałem gdzie szukać tej pomocy, znałem adres i nigdzie indziej nie chodziłem. Przez ten czas miałem 2 terapeutów. Jeden mi się wymiksował, poszedł na Strusią i chodzę do innego. (HN_2402_M_WAW)

Na wybór placówki miała także wpływ rekomendacja od osoby, która już się w niej leczyła, lekarza pierwszego kontaktu, uzyskana na mityngu bądź w punkcie informacyjno konsultacyjnym.

Kolega mi polecił, powiedział, że tam jest fajnie, że tam się uspokoję, że tam są dobre warunki i dobrzy specjaliści. Nie miałem możliwości sprawdzenia tego wcześniej. (HA_2902_M_WAW)

Ja to nie wybrałem tej placówki, tylko poszedłem do lekarza rodzinnego. Czytałem i w Internecie dużo i ta takie przekonanie panowało, że tylko terapia i mityngi mogą pomóc wyleczyć. (HN_1605_M_WAW)

Powiem szczerze, że to był totalny przypadek, bo poszedłem do punktu konsultacyjnego, takiego Monaru i stamtąd pani pokierowała mnie tutaj i tutaj podjąłem leczenie tam najpierw na oddziale całodobowym, teraz te grupy wsparcia czy pomostówka, no i jestem. (HN_2705_M_WRO)

Wielu badanych przyznało, że to rodzina znalazła placówkę i skierowała ich do konkretnego miejsca, umawiając na konsultację z terapeutą.

wsparcie rodziny mam i rodzina mi trochę pomogła wybrać ten ośrodek. Z różnych ośrodków został wybrany ten, ponieważ rodzina doszła do wniosku, że w tym będzie najbardziej adekwatne i będę mógł się tutaj leczyć. (HA_1604_M_WRO)

Poprosiłem moją dziewczynę, powiedziałem jej wreszcie, że: słuchaj, ja nie dam rady sam, że pomóż mi, nie? bo ja nie daję rady. No i ona mi znalazła najpierw takiego psychologa, a później właśnie ten ośrodek „Olcha” i tam pojechaliśmy na pierwsze takie spotkanie. (HA_1305_M_WAW)

Ta placówka lecznicza to mi siostra załatwiała, było tak na biegu montowane, że bym się tylko dał zamknąć. (HN_2402_M_WAW)

Badani wyróżnili szereg motywów, którymi kierowali się wybierając placówkę leczniczą. Osoby, które same wyszukiwały placówkę i podejmowały decyzję o zgłoszeniu się do niej kierowały się zapewnieniem anonimowości, bliskością do miejsca zamieszkania, szybkim terminem przyjęcia. Ci, którzy wybierali leczenie w placówce prywatnej uważali, że dostaną w niej bardziej profesjonalną pomoc niż w placówce publicznej. Niektórzy uzależnieni od narkotyków, wybierali te placówki, w których mieli możliwość równoległego leczenia chorób zakaźnych oraz dostępu do terapii substytucyjnej. Motywem wyboru placówki były także pozytywne doświadczenia związane z wcześniejszą terapią oraz rekomendacje uzyskane od osób, które się w niej leczyły, od lekarza pierwszego kontaktu, uzyskane na mityngu lub w punkcie informacyjno konsultacyjnym. Wielu badanych miało ograniczony wpływ na wybór placówki ponieważ to rodzina wytypowała miejsce, umówiła wizytę z terapeutą, często przekazując jedynie o tym informację osobie z zaburzeniami. Badani, mimo posiadania wiedzy o współwystępujących zaburzeniach, wybierając placówkę nie kierowali się ofertą terapeutyczną dostępną w ośrodku, umożliwiającą leczenie dwóch rodzajów uzależnień. Pacjenci placówek nie interesowali się, czy w danej placówce znajdą pomoc obejmującą leczenie uzależnienia od substancji i zaburzeń hazardowych.

Mocne strony placówki

W ocenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami mocną stroną całego systemu leczenia odwykowego jest jego bezpłatność, mimo nie posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem finansowania jest współwystępowanie wraz z zaburzeniami

hazardowymi uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. W przypadku występowania tylko zaburzeń hazardowych, leczenie bez aktualnego ubezpieczenia jest płatne i nie podlega refundacji. Jednak aby uniknąć opłaty wystarczy by wraz z zaburzeniami hazardowymi zostało rozpoznane współwystępujące uzależnienie od substancji.

Ja za friko dostawałem, kiedyś miałem tak, że miałem ZUS nie zapłacony to musiałem jakieś oświadczenie napisać. Podobno jak się jest hazardzistą to podobno można sobie alkohol doklepać czy coś takiego. (HN_2402_M_WAW)

Mocną stroną systemu, ale również placówki jest możliwość wyboru formy leczenia – ambulatoryjnie, dziennie lub stacjonarnie. W systemie są placówki oferujące tylko jedną formę terapii, ale również takie, które w jednej placówce oferują leczenie ambulatoryjne i stacjonarne. Dzięki temu po zakończeniu terapii w formie stacjonarnej istnieje możliwość leczenia ambulatoryjnie w tej samej placówce. Istotna było również możliwość uczestnictwa w zajęciach w godzinach rannych i popołudniowych. W ocenie badanych mocną stroną oferty terapeutycznej była możliwość detoksykacji, jako forma poprawy zdrowia fizycznego po destrukcyjnym używaniu substancji. Pobyt na oddziale pozwalał badanym odbudować ich kondycję fizyczną.

Detoksy jakby stawiały mnie fizycznie na nogi, pierwszy detoks nawet to było tak, że nie leżałem, tylko dali mi taką szybką kroplówkę i pamiętam, zastrzyk z witamin, po którym zemdlałem, bo robiła go taka siostra, która nie lubiła alkoholików. Szybko zrobiła i niestety... Natomiast później detoksy stawiały na nogi, bo się dostawało dużo kroplówek i te witaminy, takie uspokajacze i to pomagało. (HA_2902_M_WAW)

Atutem placówki były również warunki lokalowe, które stwarzają atmosferę intymności i poprawiają komfort terapii. Osoby ze współwystępującym uzależnieniem od narkotyków za zaletę uznawały obecność apteki mieszczącej się w tej samej placówce, w której odbywa się terapia, gdzie mogą pobrać leki substytucyjne.

Mocną stroną na pewno jest samo może nawet nie położenie placówki, ale po prostu no warunki, w których przebywam, które moim zdaniem są bardzo dobre dla osoby, znaczy z mojego punktu widzenia, która tego potrzebuje, mianowicie na przykład rozmiary ośrodka. Zbyt duży mógłby być niekomfortowy właśnie tutaj przez to, że atmosfera jest jednocześnie kameralna i daje pewną przestrzeń. (HN_2005_M_WRO)

W ocenie badanych zaletą placówki, w której się leczyli był personel, szczególnie terapeuci, do których był łatwy dostęp, z którymi w każdej chwili można się spotkać i

porozmawiać, którzy potrafili skutecznie leczyć uzależnienia, byli kompetentni. Szczególnie doceniani i pożądana byli terapeuci, którzy byli uzależnieni, w przeszłości ukończyli leczenie i utrzymują abstynencję.

Na miejscu jest terapeuta, który niby w jakiś godzinach, ale ma dla Ciebie czas, możesz porozmawiać o tym co Cię boli, męczy. (HN_0812_M_WAW)

Terapeuci w porządku, bardzo trafnie potrafili dostrzec to co może mi pomóc, nie czułem się dyskryminowany czy oceniany, przez to złapałem łatwo kontakt. (HA_0903_M_WRO)

Wysoki moim zdaniem poziom kompetencji osób prowadzących zajęcia, znaczy ogólnie personelu, z którym się stykam. Czyli to przekłada się na to, że w moim odczuciu do tej pory czas, który tutaj spędziłem, jest dobrze wykorzystywany jeżeli chodzi o moją terapię. (HN_2005_M_WRO)

Dla mnie, pamiętam jak byłem w Lublinie, było 2 terapeutów, którzy byli alkoholikami, niepijącymi. Z tymi ludźmi zupełnie inaczej się rozmawiało. on wie o czym ja mówię. On to samo przeżył, miał te koszmarne białe noce? No miał to, bez urazy, ale to co wy czytacie książek, nie jest złe, ale to jest za mało. Zdziwiony jestem, że terapeuci tak mało problemów znają. (HA_1705_M_WAW)

Mocne strony na pewno są tego ośrodka, bo to tam wszyscy terapeuci byli uzależnieni, tak? czyli nie było terapeutów takich, którzy są typowo książkowi, tylko sami na własnej skórze doświadczyli tego uzależnienia. (HA_1305_M_WAW)

Zaletą placówki był również stosunek personelu do pacjentów. Zaufanie, życzliwość, szacunek i partnerstwo w terapii wpływało pozytywnie na atmosferę leczenia.

Mocne punkty to jest to, że każdy dostał kredyt zaufania i naprawdę na początku ma się to zaufanie i jeśli jest się w porządku, chce się, to tylko można zwiększyć. Nie ma, że traktuje się na początku jako najgorszego i od zera, tylko normalnego człowieka. (HN_0904_M_WRO)

Mocną stroną placówki był realizowany program terapeutyczny, który mimo że placówka specjalizowała się w leczeniu tylko jednego uzależnienia, dopuszczał możliwość terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Tacy pacjenci nie mieli specjalnie dedykowanej ścieżki terapeutycznej, uczestniczyli w zajęciach wraz z pacjentami z jednym zaburzeniem. Dla nich modyfikowano osobisty plan terapii, który był realizowany podczas kontaktu indywidualnego i który uwzględniał zagadnienia współwystępowania uzależnienia od substancji i zaburzeń hazardowych. Zdaniem badanych dużą zaletą programu było to, że nie eliminował pacjentów, będących w

trakcie leczenia farmakologicznego. W kategoriach atutu traktowany był reżim związany z restrykcyjnym przestrzeganiem obecności na zajęciach oraz rozdzielanie części wykładowej i warsztatowej.

Na Kolskiej moje OPT [Osobisty Plan Terapii – autorzy] i cały program był trochę inaczej ułożony pod względem alkoholu i hazardu, czyli pytania, na które ja odpowiadałem pisemnie były na jedno i na drugie [uzależnienie – autorzy]. (HA_1204_M_WAW)

Na pewno to, że mogłem jedno i drugie uzależnienie leczyć w jednej placówce, to to jest... to było pomocne, że nie musiałem gdzieś tam chodzić indziej, szukać gdzie indziej pomocy, no bo nie wiem czy w tamtym stanie w jakim byłem to czy dałbym radę. (HA_1503_M_WRO)

Jeżeli chodzi o uzależnienie to tak, jak najbardziej. I narkotyki i alkohol i hazard, tutaj wszystkim tym się zajmujemy. (HN_2705_M_WRO)

To znaczy w ośrodku, w którym byłem, w placówce, było to w Krakowie, jest nie dosyć że wszyscy specjaliści odnośnie od narkomanii, alkoholu, hazardu. Każdy z tych działów miał swojego specjalistę, a więc trafiało się do różnych terapeutów, każde uzależnienie... niby to samo uzależnienie, aczkolwiek troszkę inne. A więc była naprawdę fajnie obsadzona ekipa terapeutów, również i pomoc psychologiczna. (HN_0904_M_WRO)

Pytania, które zadają terapeuci czy to jak analizują tematy, sprawiają, że osoba, która trafia tutaj na przykład z jakimś szerokim zakresem problemów, ma szansę uzyskać pomoc właśnie w tym zakresie. Czyli nie jakiegoś wąskiego ukierunkowania na przykład na tylko jedno uzależnienie. Ja po prostu widzę, że takie tu jest podejście. (HN_2005_M_WRO)

Metody stosowane w programie wydawały się pacjentom nowoczesne, przyczyniające się do poprawy funkcjonowania, przynoszące dobre efekty. Zdaniem badanych istotną kwestią w procesie leczenia i utrzymywania abstynencji jest umiejętność wyrażania emocji, co ich zdaniem pozwala obniżyć napięcie. Praca z emocjami w trakcie leczenia sprawia, że jest im łatwiej radzić sobie z codziennymi trudnościami. Również nacisk na zbudowanie sieci wsparcia, tak aby po zakończeniu leczenia funkcjonować poza poradnią, np. uczestniczyć w mitingach, grupach wsparcia był zdaniem badanych mocną stroną placówki i programu terapeutycznego. *Dobry program jest. Bo nie ukrywam, przechodziłem parę leczeń i typu Monar, typowy, stary, a w tej chwili co jest, inny model terapii, całkowicie inne efekty.*

Narkomania się zmieniła i... Podobno tak samo kiedyś, nie wiem, nie spotykali się tam w latach 90-tych, żeby ktoś od hazardu był uzależniony, się leczył w ośrodku.
(HN_0904_M_WRO)

Mój terapeutę prowadzący powiadał, że trzeba się zderzyć z emocjami. Ta terapia to jest też regulowanie uczuć poprzez środek chemiczny. Przepracowanie pewnych wydarzeń w życiu, nieprzyjemnych, chociażby opowiedzenie o tym. Ja mam taki charakter, że jeżeli jest dużo problemów to nie chcę kogoś obarczać nimi. Powiem trochę wulgarnie, zamykam ryj i gdzieś to trzymam w sobie. Tutaj nauczyłem się i to działa, że mówienie o tym czy na forum grupy czy indywidualnie wybierałem mówienie i dzielenie się, chociażby z drugą osobą bliską obniża to napięcie. Zaczyna człowiek sobie jakoś radzić niekoniecznie używając najprostszego środka alkoholu czy chemii. (HN_1904_M_WAW)

Oni uświadamiają od początku pacjentów o konieczności podejmowania później zdrowienia na mitingach i uczestnictwa w mitingach, co wiem z opowieści, że wiele ośrodków tego nie stosuje, wiele ośrodków zależy, żeby jednak ci ludzie wracali na tą terapię, a tutaj nie, tutaj było jasno powiedziane, że terapia się kiedyś kończy i trzeba sobie znaleźć siatkę wsparcia, żeby nie wrócić do tego z powrotem.
(HA_1305_M_WAW)

Zaletą terapii w placówce była możliwość uczestnictwa w warsztatach interpersonalnych, które są bezpłatne i w których biorą udział pacjenci na różnym poziomie zaawansowania leczenia. Warsztaty są organizowane w weekendy przez co ich dostępność jest większa, umożliwiającą osobom pracującym w ciągu tygodnia uczestnictwo w nich.

Jeszcze warsztaty, dosyć ciekawe. Jak sobie radzić z lękiem. Dowiedziałem się, że lęk to nie to samo co strach. Na warsztatach jest o poczuciu własnej wartości i inne tematy. Warsztaty to 4 spotkania w weekend są tam ludzie z różnych grup.
(HN_1605_M_WAW)

Badanie pozwoliło na identyfikację mocnych stron oferty terapeutycznej, która jest dostępna w placówkach, gdzie respondenci podejmowali leczenie, jak również zalet całego systemu leczenia uzależnień. Mocną stroną systemu jest to, że terapia dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od substancji i zaburzeniami hazardowymi jest bezpłatna, mimo braku ubezpieczenia zdrowotnego. Również możliwość wyboru formy terapii – ambulatoryjnie, dziennie lub stacjonarnie oraz oferta leczenia detoksykacyjnego jest dla pacjentów dużą zaletą. Tak samo jak

możliwość uczestnictwa w zajęciach w godzinach rannych i popołudniowych. Istotne dla badanych były ogólne warunki lokalowe, zapewniające atmosferę intymności i sprzyjające terapii. Dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od narkotyków ważna była obecność apteki mieszczącej się w tej samej placówce, gdzie mogli pobrać leki substytucyjne. Dla badanych zaletą placówki był personel, głównie terapeuci, którzy w ich ocenie byli profesjonalistami, posiadali odpowiednią wiedzę i umiejętności, obdarzali pacjentów zaufaniem, życzliwością, szacunkiem. Szczególnie doceniani byli terapeuci, którzy sami byli uzależnieni, ukończyli leczenie i utrzymują abstynencję. Jednak badani oceniając kompetencje terapeutów skupiali się na leczeniu jednego uzależnienia, z którym się zgłosili, a nie umiejętności terapii współwystępujących zaburzeń. Z wypowiedzi badanych wynika, że terapeuci traktowali uzależnienia rozłącznie, a nie całościowo, specjalizując się w leczeniu uzależnienia od alkoholu, narkotyków i hazardu. Mocną stroną oferty był również program terapeutyczny który mimo specjalizacji placówki w leczeniu tylko jednego uzależnienia, dopuszczał możliwość terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami oraz będących w trakcie leczenia farmakologicznego. Mocną stroną programu terapeutycznego był reżim związany z restrykcyjnym przestrzeganiem obecności na zajęciach oraz rozdzielanie części wykładowej i warsztatowej, co przekładało się na skrócenie bloków zajęciowych. Metody poruszane w programie wydawały się pacjentom nowoczesne, przyczyniające się do poprawy funkcjonowania, przynoszące dobre efekty. Co było ważne dla badanych, program uwzględniał pracę z emocjami, uczył ich kontroli oraz motywował do budowania siatki wsparcia, która pomagałaby w trudnych sytuacji po zakończeniu leczenia. Program uwzględniał warsztaty interpersonalne, które były bezpłatne i zorganizowane w weekendy, co powodowało że były dostępne dla szerszego grona pacjentów.

Słabe punkty w ofercie placówki

Słabe punkty w ofercie terapeutycznej związane są w głównej mierze z organizacją systemu leczenia uzależnień. W ocenie pacjentów nie ma możliwości równoległego leczenia zaburzeń współwystępujących, mimo że takie osoby stanowią coraz większe odsetki pacjentów. Terapia odbywa się w placówkach ukierunkowanych na leczenie zaburzeń związanych z substancjami – alkoholem i narkotykami. Uczestnikami są głównie osoby, które mają tylko jedno uzależnienie, co dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest trudne do zaakceptowania. Źle się czują, jeśli

w grupie dominują osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków. Zdarza się, że lecząc zaburzenia hazardowe, osoby uzależnione od narkotyków trafiają do grupy osób uzależnionych od alkoholu, co utrudnia im identyfikację z grupą i jej członkami, uczestnictwo w spotkaniach, dzielenie się doświadczeniami, co w efekcie może skutkować przerwaniem terapii. Oferta terapeutyczna nie przewiduje uczestnictwa w grupach terapeutycznych, których głównym celem byłaby pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi. W placówce główny nacisk położony jest na terapię uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a nie zaburzeń hazardowych, przez co leczenie tych drugich odbywa się głównie w formie indywidualnej. Również materiały edukacyjne były przeznaczone tylko dla jednego rodzaju uzależnienia, tym samym pacjenci sami musieli je dostosowywać do potrzeb swojego uzależnienia. Na przykład osoby, które podejmowały leczenie zaburzeń hazardowych otrzymywały materiały przeznaczone do leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

Jak tam przyszedłem i zobaczyłem tych alkoholików to mówię nie, nie to nie moja bajka. (HN_2402_M_WAW)

Z takich wad to dużo jest materiałów odnośnie alkoholu i to samo poza terapią, dużo jest książek, a dla narkomanów jest mniej. Jak dostawaliśmy materiały to trzeba było przekładać na swoje uzależnienie. Tam byli różni ludzie, np. od gier komputerowych. (HN_1605_M_WAW)

O ile terapia uzależnienia nawet od substancji psychoaktywnych mogłaby być prowadzona tak bardzo indywidualnie to nie wiem, przynajmniej ja tak to odbieram, ale terapia chyba uzależnienia od zachowań takich właśnie jak gry hazardowe wydaje mi się, że wymagałaby współpracy z jakąś większą społecznością. (HN_2005_M_WRO)

Oferta placówek obejmuje często pomoc tylko w zakresie danego zaburzenia, w jakim specjalizuje się placówka. Najczęściej nie ma możliwości podjęcia terapii psychologicznej zaburzeń psychicznych – psychoterapii. Badani ich doświadczający musieli podejmować terapię w innych placówkach. Podobnie było w przypadku pomocy w rozwiązywaniu problemów wynikających z używania substancji bądź grania z obszaru problemów z prawem, mieszkaniem. Pacjenci doświadczający tego typu problemów kierowani są do innych instytucji, mieszczących się w innych lokalizacjach.

Od fobii społecznej to musiałbym na osobną terapię iść i to by była inna placówka. Tutaj w zakresie od hazardu i narkotyków to, że jest ok. (HN_1605_M_WAW)

Uzależnienia – tak. Inne problemy załatwia mi ośrodek, tam jest socjalna, która ze mną siedzi i piszemy pisma. (HA_1404_M_WAW)

Jeżeli chodzi o problemy prawne to nie, prawne to nie. Co tam oferowali? no to tak wiadomo, terapię grupową, terapię indywidualną ze swoim terapeutą plus ewentualnie tam psychiatra przyjmował i tyle w zasadzie. Były tam jakieś warsztaty rozwoju osobistego, takie... i tam w określonym czasie, tak? w tej terapii były dodatkowe takie warsztaty. (HA_1305_M_WAW)

Nie, absolutnie może są jakieś próby socjalne , potrzeba terapeuty, ale moim zdaniem są to takie pozorowane historie. (HN_0304_M_WRO)

Duża odległość od miejsca zamieszkania i długi czas oczekiwania na leczenie w placówce był zdaniem badanych słabym punktem oferty. W tym czasie nie potrafili powstrzymać się od używania substancji i grania przez co ich problemy narastały.

Nie wiem czy za mało lekarzy czy za dużo ludzi chorych, ale często się długo czeka na wizytę. (HN_0812_M_WAW)

Długo się tam czekało, 2 tygodnie czekałem na pierwszą wizytę u terapeuty. W trakcie tych 2 tygodni zacząłem grać (HN_1605_M_WAW)

Do wad oferty dostępnej w placówkach badani zaliczyli złe warunki lokalowe w jakich przychodzi im podejmować leczenie oraz złe wyżywienie. Stan techniczny placówek jest istotny i zachęca do podejmowania leczenia i utrzymywania się w terapii. Jednocześnie pacjenci akceptują złe warunki lokalowe, uważając że najważniejsze jest wyleczenie.

Może gdyby budynki były jakieś takie nowsze, żeby postawili coś porządnego, to na pewno byłoby fajniej. Budynki mogłyby być bardziej nowoczesne, bo to wszystko jest takie stare, trochę sypiące się. (HN_2705_M_WRO)

Jak już to socjal mógł być trochę lepszy, ale rozumiem, że budżet jest ograniczony, choć nie o to najbardziej chodziło. (HA_0903_M_WRO)

Mimo dostrzegania pozytywnych aspektów leczenia w prywatnej poradni, badani twierdzili, że słabą stroną są wysokie koszty terapii. Drogie koszty konsultacji indywidualnych i grupowych sprawiają, że leczenie jest dostępne jedynie dla osób pozostających w dobrej sytuacji finansowej.

Ta roczna terapia wychodziła gdzieś w granicy chyba niecałych 8 tysięcy, to sporo, a tam godzina indywidualna 150 złotych czy 130, jakoś tak, nie pamiętam dokładnie, ale jakoś tak, chyba 130 godzina indywidualna. No to są bardzo duże koszty, tak dla

normalnego przeciętnego człowieka, to takie nie do udźwignięcia nawet.
(HA_1305_M_WAW)

Do mankamentów oferty terapeutycznej zaliczony został również sam program terapeutyczny obowiązujący w placówkach. W ocenie badanych wymagania stawiane przez niego, związane z koniecznością publicznego dzielenia się opisami doświadczeń związanych z używaniem substancji i graniem, czytanie prac domowych, które są bardzo do siebie podobne, sprawia że terapia nie jest interesująca. Badani nudzą się na zajęciach grupowych kilkakrotnie przysłuchując się podobnym opisom wygłaszanym przez współuczestników grup.

Jedyna rzecz, która mnie drażni po tych 3 tygodniach to prace, które czytamy, każdy z nas. W pewnym momencie zaczynają się powtarzać i te problemy są tak naprawdę zbieżne i każdy walczy z uzależnieniem, ale symptomy i kłopoty, które wynikają są bardzo podobne. Ja kolejny raz piszę pracę o tym samym tytule i nie mam o czym rozmawiać i ja już to powiedziałem 3 razy, tak, wcześniej. Można coś tam dopowiedzieć, ale na pewnym etapie mam wrażenie, że jest to praca wtórna. Ja rozumiem, że każdy musi to przepracować sam ze sobą, bo na tym też polega terapia. Wysłuchiwanie 9 razy tego samego, 3 razy można to przemyśleć i dodać coś do tego i siedzisz, bo ile razy można mówić to samo. (HN_1904_M_WAW)

W ocenie badanych skuteczność leczenia jest mała. Celem, który jest trudny do osiągnięcia dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków i z zaburzeniami hazardowymi jest utrzymywanie abstynencji. Badani, kończąc terapię, wytrzymywali bez używania substancji jedynie kilka miesięcy.

Przetrwiałem, skończyłem [terapię – autorzy], ale generalnie to mi nic nie dało. Po roku znów zapilem, regularnie po roku zapijałem. I potem była druga terapia w Lublinie, po wyjściu, po skończeniu, poczułem się mocny wtedy „Teraz to już wszystko wiesz.” Tego się trzymałem. Na terapii mi tłumaczyli, czego ja mam nie robić. Trwało to 2 miesiące, moje mądrości. (HA_1705_M_WAW)

Muszę powiedzieć, że marna skuteczność jest, bardzo mało osób zostaje i bardzo dużo wraca. Bardzo dużo. (HA_1305_M_WAW)

Ja chodziłem na mitingi i na mitingu miałem obsesję grania. Przed mitingiem grałem na przykład albo na mitingu nie wytrzymywałem i chodziłem z niego grać albo po mitingu jechałem grać. I nieraz nie potrafiłem tydzień wytrzymać bez gry.
(HA_2902_M_WAW)

Złamanie zakazu uprawiania hazardu lub abstynencji od substancji w trakcie leczenia

więzało się z wydaleniem z placówki. Zasady obowiązujące w placówce nie dopuszczały grania podczas terapii, mimo że respondenci mieli kłopot z powstrzymaniem się od niego. Podobnie sytuacja wyglądała w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków, gdzie częste łamanie abstynencji wiązało się z usunięciem z placówki.

Tam też kojarzę tak tą Zgierską, że łamałem abstynencję często, nawet parę razy dziękowali mi, mówili, żebym sam powalczył, popróbował na mitingach jak nie będę grał na przykład 2, 3 miesiące, żebym przyszedł. Bywało tak, że byłem, nie wiem, tydzień, znowu zagrałem, tydzień, znowu zagrałem. (HA_2902_M_WAW)

Na postrzeganie oferty terapeutycznej w placówce mają również kontakty z personelem, który nie trzyma się regulaminu i faworyzuje niektórych pacjentów. Również zbyt ingeruje w życie prywatne.

W ramach badania udało się zidentyfikować słabe strony w ofercie terapeutycznej placówek. Wiążą się one głównie z organizacją systemu leczenia. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami nie widzą w systemie możliwości leczenia tego typu zaburzeń z wykorzystaniem specjalnej ścieżki terapeutycznej. Terapia odbywa się w placówkach leczenia uzależnienia od substancji, a uczestnikami są głównie osoby u których występuje tylko jeden rodzaj zaburzenia. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, u których dominującym zaburzeniem jest hazard, mają trudności z odnalezieniem się w grupie terapeutycznej, której uczestnikami są przede wszystkim uzależnieni od alkoholu lub narkotyków. W takiej sytuacji terapia odbywa się głównie w formie indywidualnej. W placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych materiały edukacyjne przeznaczone są tylko dla jednego rodzaju uzależnienia, przez co pacjenci sami muszą je dostosowywać do swoich potrzeb. Oferta placówek obejmuje często pomoc tylko w zakresie danego zaburzenia, w jakim specjalizuje się placówka. Najczęściej nie ma możliwości podjęcia terapii psychologicznej zaburzeń psychicznych (psychoterapii). Również placówki nie świadczą pomocy w rozwiązywaniu problemów wynikających z używania substancji bądź grania z obszaru problemów z prawem, czy socjalno-bytowych. Pacjenci doświadczający tego typu problemów kierowani są do innych instytucji. Słabymi stronami obowiązującej oferty były duża odległość od miejsca zamieszkania oraz długi czas oczekiwania na leczenie, kiedy to osobom ze współwystępującymi zaburzeniami trudno jest się powstrzymać od grania lub używania substancji. Do słabych punktów oferty badani zaliczyli złe warunki lokalowe

i wyżywienie. Osoby, które miały doświadczenia z prywatnym leczeniem są zdania, że wysokie koszty są do zaakceptowania jedynie przez osoby pozostające w dobrej sytuacji finansowej. Do mankamentów oferty terapeutycznej zaliczony został sam program terapeutyczny obowiązujący w placówkach oraz jego cel jakim jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Trudności w utrzymywaniu abstynencji mogą wynikać z nieuwzględnienia w programie specjalnej ścieżki dla osób z zaburzeniami współwystępującymi, których funkcjonowanie społeczne różni się od funkcjonowania osób tylko z jednym uzależnieniem. Złamanie abstynencji lub zakazu uprawiania hazardu w trakcie leczenia wiązało się z wydaleniem z placówki. Zdarza się, że mankamentem dostępnej oferty są kontakty z personelem, który nie trzyma się regulaminu i faworyzuje niektórych pacjentów oraz zbyt ingeruje w życie prywatne.

Rola ważnych/przełomowych momentów życiowych

Przełomowe wydarzenia i sytuacje życiowe

Pacjenci zidentyfikowali wiele wydarzeń i sytuacji, które w ich ocenie były przełomowe. Były one związane z relacjami rodzinnymi, rówieśniczymi, konfliktem z prawem, edukacją, sytuacją zawodową, zdrowiem. W obszarze wydarzeń mających miejsce w relacjach rodzinnych przełomową sytuacją był ślub kojarzony z założeniem nowej rodziny, kryzysy w związku wynikające z używania substancji lub grania, a w konsekwencji rozstanie. Wydarzeniem przełomowym były również narodziny dziecka. *Najważniejszy do tej pory to rozstanie z moją pierwszą miłością, które było spowodowane jednak tym hazardem.* (HN_1205_M_WAW)

Opuszczenie przeze mnie mieszkania, żony i dziecka, czyli kryzys rodzinny polegający na częściowym, w sensie lokalowym rozstaniu, zamieszkanie gdzie indziej (HN_2005_M_WRO)

Drugie pozytywne to urodziny córki, które się przyczyniły, że zacząłem się leczyć. (HN_0812_M_WAW)

Istotne sytuacje życiowe były również traumatyczne, np. poronienie dziecka, śmierć rodziców i innych bliskich osób, utrata mieszkania w wyniku grania w gry hazardowe. *Pierwsza sprawa to 2007 rok śmierć mamy, ale w tym przypadku wpłynęły w złym stopniu na mnie i na moje życie. Wróciłem do nałogu, zacząłem brać, mieć różne myśli głupie, po prostu się runąłem, że tak powiem.* (HN_0812_M_WAW)

Dla badanych ważnym wydarzeniem mającym wpływ na ich życie było uzależnienie jednego z rodziców. Wiązało się to z występowaniem napięć w rodzinie, przysparzało stresu i wprowadzało atmosferę niepewności. Równie istotne było dowiedzenie się o uzależnieniu dziecka, jego problemach z tego wynikających.

Rodzina była w napiętym okresie, że mój ojciec pił. Pracował na jakiś wysokich stanowiskach, zarabiał kupę pieniędzy i co wieczór, albo pijany wracał, a jak nie to się upijał i siedział przed telewizorem. W środku nocy spadał z krzesła. Miałem 2 braci i za bardzo nie wiedzieliśmy co zrobić. Nie było z nim kontaktu, w ogóle nie było tego tematu. Matka, też różne miała etapy wokół tego, bo wściekała się, były awantury, wrzaski. Miała taki czas, że piła, aby się wyłączyć od tego. Był nieobliczalny, potrafił przyjść i gadać jakieś bzdury i różnego rodzaju wyznania robić. (HN_1403_M_WAW)

Mam dwójkę dzieci w tej chwili. Starszy syn jest hazardzistą, ukrywa się w Polsce. Narobił strasznie dużo długów, również u bandziorów, różnych grup przestępczych, państwowych też ma. Winiłem się długo, bo to ja mu pokazałem pierwszy raz i później grał, oszukiwał mnie, okradał, później były próby jego leczenia, wożenie go po ośrodkach. (HA_2902_M_WAW)

Wśród wydarzeń życiowych, które odbiły się w pamięci badanych były te z okresu młodości -- pierwszy kontakt z substancjami i eksperymentowanie z używaniem papierosów, alkoholu i narkotyków, pierwsze upicie się, kontakty z pornografią, granie na pieniądze, podjęcie współżycia seksualnego. Często wiązało się z to z przebywaniem w środowisku rówieśników bądź niewiele starszych osób. Równie istotny dla badanych był okres w ich życiu, kiedy to podejmowali próbę usamodzielnienia się, wyprowadzki z domu rodzinnego.

2003 to są studia i pierwsza praca w korpo. Używanie papierosów i tutaj mamy eksperymentowanie z, to są pierwsze zabawy klubowe czy próbowanie sobie czy clubbing tzw. i różnego rodzaju eksperymenty z różnymi narkotykami i alkoholem. (HN_1904_M_WAW)

W ogóle przestałem przebywać w domu, nie skończyłem szkoły średniej, no już podjąłem swoje takie decyzje, już trochę mieszkalem to u kolegi jednego, to u drugiego, jeszcze wpadałem do domu, bo wiadomo, że pracy nie miałem. No i chyba tak, no po prostu się już zacząłem usamodzielniać. (HN_2705_M_WRO)

Przełomowym wydarzeniem był konflikt z prawem i pobyt w areszcie lub zakładzie karnym.

No najbardziej przełomowy był zakład karny. Dlatego, że to wszystko się działo na trzeźwo, a jeszcze nie grałem, w ogóle miałem coś takiego, kurczę taki bunt w sobie: kurde jak to jest? (HA_1305_M_WAW)

Przełomowe wydarzenia były również związane z obszarem edukacji. Ważną sytuacją życiową był egzamin maturalny, zmiana uczelni lub kierunku studiów. Okres w życiu związany ze zmianą pracy był również istotny dla badanych.

Pójście do liceum. Egzamin dojrzałości połączony z egzaminem na studia był przełomowy, natomiast rozpoczęcia studiów to może nie będę tu wpisywał, bo ono szło jako naturalna kolejność, nie wiązały się z tym jakieś wielkie emocje. Natomiast egzamin dojrzałości w sposób naturalny (HN_2005_M_WRO)

Troszkę parę lat mi uciekło przez studia, zabawa, bo zmieniałem uczelnie, bo mi nie pasował kierunek i doszedłem do wniosku, że jednak telekomunikacja to nie to. Zacząłem inżynierię ryzyka to już związane ze studiami. (HN_1904_M_WAW)

Przeprowadzka, miałem 9 lat i później zaczęły się te problemy. Zaczęły się wagarowanie, psycholog ze szkoły do mnie przychodził. Niechęć do szkoły. Zacząłem palić papierosy. Ukrywanie się przed rodzicami. (HN_1605_M_WAW)

Zmiana miejsca pracy. Bezpośrednio po utworzeniu własnego gospodarstwa pracowałem jako pracownik politechniki, później zmieniłem, przestając być pracownikiem uczelni, a pracując w jednostce badawczo-rozwojowej. (HN_2005_M_WRO)

Dla pacjentów wydarzeniem, które wywarło istotny wpływ na ich życie było samo podjęcie leczenia, jego ukończenie, utrzymywanie abstynencji oraz przyznanie się przed sobą i najbliższymi do występowania zaburzenia.

Rok 2015 to już nie było złudzeń, że jestem uzależniony. Wiedziałem o tym i ja i moja narzeczona i już nie było tego oszukiwania i tu były pierwsze próby leczenia. (HN_1904_M_WAW)

Ujawnienie wobec rodziny bliższej i dalszej w sposób jasny i ewidentny mojego problemu jeżeli chodzi o uzależnienie od alkoholu (HN_2005_M_WRO)

Na pewno ta sytuacja, kiedy przyznałem się przed samym sobą, że ja mam problem. To był przełom. Próbowiałem sam na własną rękę sobie z tym radzić, obiecywałem nawet, zakładałem się, że nie będę więcej grał, obstawiałem. To jest dzisiaj śmieszne, ale ja to na poważnie brałem i to nic nie przynosiło dobrego tylko kończyło się tak, że wracałem. Tutaj w placówce powiedziano mi, że mam problem i to poczułem. (HA_0903_M_WRO)

Wydarzenia życiowe, które były ważne dla badanych były związane z różnymi obszarami – rodzinnym, kontaktów społecznych, prawnym, edukacji, zawodowym i zdrowia. W obszarze życia rodzinnego wydarzeniami, które pozostały w pamięci były ślub, rozstanie, rozwód, narodziny dziecka i jego utrata, śmierć rodziców i innych bliskich osób, utrata mieszkania, wychowanie w domu, gdzie jedno z rodziców było uzależnione, dowiedzenie się o uzależnieniu dziecka i jego problemach. Dla badanych wydarzeniami przełomowymi były te, które miały miejsce w młodości - inicjacja w używaniu substancji psychoaktywnych bądź graniu, pierwsze upicie się, kontakty z pornografią, podjęcie współżycia seksualnego. Ważne wydarzenia były także związane z wyprowadzką z domu rodzinnego, konfliktami z prawem i wiążącymi się z tym pobytami w areszcie lub więzieniu, egzaminami maturalnymi, zmianami uczelni, kierunku studiów, pracy. Równie istotne było podjęcie leczenia, jego ukończenie, utrzymywanie abstynencji i przyznanie się przed sobą i najbliższymi do występowania zaburzenia.

Tabela 1. Przełomowe wydarzenia i sytuacje życiowe

WYDARZENIA W ŻYCIU OSOBISTYM (wydarzenia związane z rodziną lub przyjaciółmi, problemy prawne, ślub, rozwód, ciąża, narodziny dziecka, choroby, wypadki, śmierć osoby bliskiej)	ŻYCIE ZAWODOWE (wydarzenia związane z pracą lub szkołą, sytuacja finansowa, służba wojskowa)	UŻYWANIE ALKOHOLU, PAPIEROSÓW LUB NARKOTYKÓW, UPRAWIANIE HAZARDU (wydarzenia z tym związane, pierwszy raz, udane i nieudane próby rzucenia)	MIEJSCE ŻYCIA (przeprowadzki, pobyty w szpitalu, pobyty w zakładzie karnym, podróże, bezdomność)
Inicjacja seksualna	Handel narkotykami	Abstynencja od hazardu ale nie od substancji	Bezdomność
Konflikt w rodzinie	Nauka w szkole średniej	Abstynencja od substancji ale nie od hazardu	Eksmisja z lokalu komunalnego
Kradzieże	Pobyt w wojsku	Abstynencja od substancji i hazardu	Otrzymanie lokalu socjalnego
Kryzys w związku	Podjęcie pracy	Branie coraz większych ilości narkotyków/Picie coraz większych ilości alkoholu	Pobyt w Areszcie/Zakładzie Karnym
Myśli samobójcze	Praca na czarno	Detoksykacja	Powrót z zagranicy
Nadzór kuratora	Praca w	Duże długi wynikające	Przeprowadzka do

WYDARZENIA W ŻYCIU OSOBISTYM (wydarzenia związane z rodziną lub przyjaciółmi, problemy prawne, ślub, rozwód, ciąża, narodziny dziecka, choroby, wypadki, śmierć osoby bliskiej)	ŻYCIE ZAWODOWE (wydarzenia związane z pracą lub szkołą, sytuacja finansowa, służba wojskowa)	UŻYWANIE ALKOHOLU, PAPIEROSÓW LUB NARKOTYKÓW, UPRAWIANIE HAZARDU (wydarzenia z tym związane, pierwszy raz, udane i nieudane próby rzucenia)	MIEJSCE ŻYCIA (przeprowadzki, pobyty w szpitalu, pobyty w zakładzie karnym, podróże, bezdomność)
	restauracji gdzie jest łatwy dostęp do alkoholu	z hazardu	dużego miasta
Narodziny dzieci	Pracy na etat	Implantacja Esperalu	Utrata mieszkania
Narodziny wnuka	Przerwanie studiów	Inicjacja w paleniu papierosów	Wyjazd za granicę
Problemy finansowe	Renta	Inicjacja w uprawianiu hazardu - początki grania na automatach	Wyprowadzka z domu rodzinnego
Problemy w kontaktach seksualnych	Rozpoczęcie studiów	Inicjacja w używaniu alkoholu	Zamieszkiwanie w internacie
Problemy z policją/prawem	Trudności w pracy z powodu picia	Inicjacja w używaniu dopalaczy	
Problemy ze spłatą zadłużenia	Założenie własnej działalności gospodarczej	Inicjacja w używaniu narkotyków	
Problemy ze zdrowiem psychicznym	Zmiana kierunku studiów	Łączenie grania z używaniem substancji	
Problemy ze zdrowiem somatycznym	Zwolnienie z pracy	Namowy znajomych do używania substancji/grania	
Próba samobójcza		Nawrót w używaniu substancji lub graniu	
Przemoc w domu rodzinnym		Pierwsza wysoka wygrana	
Rozboje		Pierwsze "urwane filmy"	
Rozpoczęcie nowego związku		Pierwsze kontakty z pornografią	
Rozwód		Pobyty na izbie wytrzeźwień	
Rozwód rodziców		Poinformowanie rodziny o występowaniu uzależnienia	
Sprawa w sądzie z własnym ojcem o alimenty		Próby ograniczenia lub całkowitego zaprzestania używania	

WYDARZENIA W ŻYCIU OSOBISTYM (wydarzenia związane z rodziną lub przyjaciółmi, problemy prawne, ślub, rozwód, ciąża, narodziny dziecka, choroby, wypadki, śmierć osoby bliskiej)	ŻYCIE ZAWODOWE (wydarzenia związane z pracą lub szkołą, sytuacja finansowa, służba wojskowa)	UŻYWANIE ALKOHOLU, PAPIEROSÓW LUB NARKOTYKÓW, UPRAWIANIE HAZARDU (wydarzenia z tym związane, pierwszy raz, udane i nieudane próby rzucenia)	MIEJSCE ŻYCIA (przeprowadzki, pobyty w szpitalu, pobyty w zakładzie karnym, podróże, bezdomność)
		substancji lub grania na własną rękę	
Śmierć najbliższych		Przegranie znacznych sum pieniędzy	
Uzależnienie rodziców od alkoholu lub narkotyków		Rozpoczęcie kolejnej terapii	
Wyrzucenie z domu rodzinnego		Rozpoczęcie leczenia na programie metadonowym	
Zaciągnięcie kredytu		Rozpoczęcie pierwszej terapii	
Zarażenie wirusem HIV		Rozpoczęcie spłacania długów	
Zarażenie żółtaczką typu C		Uczestnictwo w mitingu Anonimowych Hazardzistów po raz pierwszy	
Zawarcie kolejnego związku małżeńskiego		Używanie substancji z rówieśnikami ze szkoły/podwórka	
Zawarcie związku małżeńskiego/Ślub		Wypis z placówki leczenia uzależnień na własne żądanie	
		Zakończenie terapii	
		Zaprzeszanie dobierana na metadonie	
		Zastępowanie jednej substancji drugą lub graniem	

Wydarzenie i sytuacje życiowe mające związek z wystąpieniem uzależnienia

Wiele z przełomowych wydarzeń i sytuacji mających miejsce w życiu pacjentów ma również związek z wystąpieniem pierwszego bądź drugiego uzależnienia. Jednak nie wszyscy badani dostrzegali związek między występowaniem ważnych wydarzeń i

sytuacji życiowych a występowaniem uzależnień. Pacjentom niezwykle trudno jest zidentyfikować konkretne zdarzenia, które mogliby powiązać z wystąpieniem pierwszego, albo drugiego uzależnienia. Według nich proces rozwoju współwystępujących uzależnień jest długotrwały i na ich powstanie ma wpływ wiele czynników. Z doświadczeń i obserwacji badanych wynika, że pierwsze uzależnienie miało wpływ na wstąpienie drugiego. Używanie substancji było czynnikiem wyzwalającym chęć grania, odegrania się po przegranych.

Poszedłem z ciekawości po piwie. Usiadłem i wygrałem, potem przegrywałem – chyba ze dwa mieszkania przegrałem (ich wartość) – a potem chciałem się odegrać, bo byłem przyzwyczajony do dużych pieniędzy. (HA_1404_M_WAW)

Zdarzenia z życia rodzinnego, takie jak narodziny dziecka, zdrada w związku, konflikty w rodzinie skutkujące rozstaniem lub rozwodem, różne wydarzenia traumatyczne, przykre dla pacjentów związane ze śmiercią bliskiej osoby były powiązane z wystąpieniem uzależnień.

Znaczy jak on się urodził, jak ja... Bo ja piłem wtedy, to nie, to ja właściwie, nie wiem, nie opiekowałem się wystarczająco, już nie mówię, że nie byłem przy samych narodzinach, tak? Ale nie wiem, przyszedłem do Anki do szpitala, posiedziałem godzinę i musiałem się iść napić (HA_2902_M_WAW)

Przełomowe to myślę, że to śmierć babci była też takim wydarzeniem przełomowym, że byłem blisko i wtedy też amfetaminę zacząłem brać, więcej pić, granie się też wtedy pojawiło. Bo tak jak zacząłem brać amfetaminę i to w dużych ilościach, no to pojawiło się też granie, tak? Automaty i rzucanie i ćpanie i tak w kółko i zapijanie tego wszystkiego alkoholem. (HN_2705_M_WRO)

Śmierć mojej matki najbardziej. Najbardziej śmierć matki. To na 100 procent. Śmierć ojca nie. Po śmierci matki powiedziałem, że chcę być zły. Że nie ma Boga na tym świecie i chcę być zły. A jeżeli jest to jest zły i ja będę zły. I robiłem wszystko, żeby być zły. A alkohol mi pomagał w tym. Po to piłem, żeby być zły. To najbardziej. Na pewno trochę to. (HA_2902_M_WAW)

Konflikty z rodziną, skutkujące koniecznością opuszczenia domu, pozostawania bez miejsca zamieszkania i korzystania z oferty pomocowej dla osób bezdomnych mogło mieć również wpływ na rozwój uzależnień.

Tragedia jak sobie tamte czasy przypomnę i pomyślę co robiłem, to jest masakra, normalnie masakra. Potem było wyrzucenie z domu, potem się wymeldowałem sam,

na własne życzenie, stałem się bezdomny, potem tłuczenie po ośrodkach i tak grałem i tak grałem. (HA_1204_M_WAW)

Występowanie uzależnienia w domu rodzinnym było także czynnikiem, który miał wpływ na wystąpienie uzależnienia. Badani widzieli jakie korzyści przynosi ich rodzicom substancja i naśladowali jej używanie w podobnych kontekstach. Wychowanie w rodzinie, gdzie występują uzależnienia skutkowało zaniedbywaniem emocjonalnym. Odrzucenie przez rodziców, brak akceptacji sprawiało, że pacjenci w tym upatrywali przyczyn wystąpienia u nich zaburzeń.

Ja myślę, że takim wydarzeniem z mojego życia to fakt, że wcześniej w domu miałem podobny problem. Sięgnąłem po alkohol, bo widziałem, że to pomaga mojemu ojcu. (HA_0903_M_WRO)

Ja od dziecka czułem się niechciany, takie 5 koło u wozu. Mój ojciec nie wiem czy był alkoholikiem ,trudno mi teraz powiedzieć, ale był na pewno pijakiem. Matka wiecznie pracowała, zalatana. Miałem siostrę o rok młodszą. Nie chciałem żyć jak oni żyją. (HA_1705_M_WAW)

Jak miałem 18 lat – rozprawa w sądzie z ojcem o alimenty, o podwyższenie; odwrócił ode mnie wzrok a ja płakałem – wtedy już piłem co weekend. (HA_1404_M_WAW)

Myślę, że stosunek rodziców do mnie. Najbardziej. Czyli to, że chowałem się w takiej rodzinie... No umówmy się, u mnie rodzina nie była alkoholowa czy hazardowa, normalna rodzina, ale dysfunkcyjna. To była rodzina dysfunkcyjna, która gdzieś... no moja mama nie mogła mi na przykład dać tego czego sama nie miała. Urodziła mnie jak miała 16 lat, była bardzo młodą dziewczyną, no nie potrafiła dać tej miłości, a po drugie no gdzieś tam, właśnie to jest ważne, mój biologiczny ojciec to nie jest ten ojciec, z którym później mieszkałem, tak? Ona miała do niego uraz, jestem do niego bardzo podobny, być może nie potrafiłem przekazać tej miłości. (HA_1305_M_WAW)

Zdaniem badanych zdarzeniem, które mogło mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń była wczesna inicjacja w używaniu substancji. Picie, używanie narkotyków, granie z rówieśnikami we wczesnym okresie życia mogło wpłynąć na powstanie uzależnienia w dorosłości.

Pierwszy raz to miałem kilka lat na pewno jak ściągnąłem jakąś wódkę ze stołu i się upiłem tą wódką. Nie wiem ile wtedy miałem. 5 lat? 4 lata? Dzieciak byłem mały. Ja tego nie pamiętam, mówili to dorośli. Próby takie sam kiedy to było nie wiem, jak matka umarła, jakieś 12 lat miałem. Zaczęło się to od jakiegoś Ciociosanu na dwóch, jakieś wina. Piwo nie smakowało, było mi gorzkie, ale wina właśnie, wina wytrawne z

dziewczynami były też. Chodziłem na jakieś tam randki, nie randki, to wina wytrawne i piwa też. Piwo i wódka, właściwie wszystko zaczęło się tak 14, 15 lat to już tak dwa razy w tygodniu. (HA_2902_M_WAW)

Wyprowadzka z domu rodzinnego, zaangażowanie w grupy koleżeńskie, prowadzenie luźnego stylu życia oraz chęć zarobienia pieniędzy, które poprawią sytuację materialną mogły również mieć wpływ na rozwój zaburzeń. Kontakty społeczne z rówieśnikami, przynależność do grupy, w której były obecne substancje bądź granie było akceptowane były okolicznościami mogącymi mieć na to wpływ.

Myślę, że odejście z domu teraz, tak po czasie, że za wcześnie jednak i że to też był taki przełom, że to tylko koledzy, człowiekowi się wydawało, że taki dorosły, a tak naprawdę mocno zagubiony. (HN_2705_M_WRO)

Rozpoczęte i przerwane studia – radość jak się dostałem i klęska jak musiałem rzucić – potrzebowałem hajsu na alkohol, piłem. Zmieniłem na zaoczne, ale zacząłem imprezować i wypadłem nawet z zaocznych, wyrzucili mnie z akademika (HA_1404_M_WAW).

Jak kolega mówił, że zaczął wygrywać na automatach więcej kasy, no to tak pomyślałem, że fajnie by było jakby rodzina miała więcej kasy, no i już byliśmy od półtora roku małżeństwem, no i wtedy zacząłem chodzić na automaty. (HA_1503_M_WRO)

Wydaje mi się, że piłem, bo miałem starszych kolegów, którzy pili alkohol i ja z nimi przebywałem i również piłem. (HA_0904_M_WRO)

Ważnym wydarzeniem życiowym, które miało wpływ na wystąpienie uzależnień była zmiana pracy, zajęcie odpowiedzialnego stanowiska i jej utrata. Sytuacje te były związane ze stresem i zwiększoną częstotliwością używania narkotyków (stymulantów) w celu poprawy efektywności, wydajności i obniżenia napięcia. Również granie w gry hazardowe pozwalało obniżyć napięcie, przez co stawało się atrakcyjnym elementem funkcjonowania. Łatwy dostęp do substancji w miejscu pracy był czynnikiem wywołującym uzależnienie. Praca w sektorze, gdzie dostępność alkoholu była duża wyzwałał chęć częstszego picia

To była zmiana pracy, gdzie zostałem szefem departamentu w dużej korporacji i podlegałem tylko pod prezesa. Wtedy to już było dzień w dzień. Miałem już taką tolerancję, że mogłem ogromne ilości przyjmować i nikt tego nie zauważył. W momencie, kiedy ja non stop byłem pod wpływem to zachowywałem się, nikt mnie nie znał jak nie byłem pod wpływem. Na pierwszą rozmowę z prezesem poszedłem

pod wpływem, zrobiłem całą strategię dla działu itd. i on zawsze myślał, że taki jestem. Nie znał mnie innego. Codzienne zażywanie możemy datować 2010, bo to od tego roku na 100% było. (HN_1904_M_WAW)

2012 utrata pracy, rezygnacja i to był świetny impuls, żeby iść w ćpanie. Użalanie się nad sobą, skoro było tak super. (HN_1904_M_WAW)

Byłem tak naprawdę trochę między młotem a kowadłem. Pracownicy chcieli swoje, szef chciał swoje, administracja chciała swoje, a ja jako kierownik wszystkich musiałem pogodzić. I nie było to proste zawsze. I każdy miał jakieś swoje wymagania. Stres... Hazard łagodził stres. (HA_2902_M_WAW)

Usuwanie z ośrodków terapeutycznych za złamanie abstynencji sprawiało że pacjenci wracali do zachowania uzależniającego i pogłębiali zaburzenie.

W tych ośrodkach jak byłem to po miesiąc, po dwa góra i tak zapijałem, wyrzucali mnie, znowu ulica, znowu hazardy i znowu jacyś tam dziwni ludzie wokół mnie i kółko się zamykało. (HA_1204_M_WAW)

Ważne sytuacje i wydarzenia życiowe, które mają wpływ na wystąpienie uzależnienia związane są ze zdarzeniami z obszaru życia rodzinnego – narodzinami dziecka, zdradą w związku, konfliktami w rodzinie skutkującymi rozstaniem lub rozwodem, różnymi wydarzeniami traumatycznymi, przykrymi dla pacjentów związanymi ze śmiercią bliskiej osoby. Konflikty w rodzinie skutkowały koniecznością opuszczenia domu i bezdomnością. Również występowanie uzależnienia w domu rodzinnym i wynikające z niego zaniedbywanie emocjonalne były identyfikowane jako wydarzenia przełomowe mające wpływ na wystąpienie uzależnienia w dorosłości. Uczestnictwo w życiu społecznym i wydarzenia życiowe występujące w tym obszarze miały przyczynić się do wystąpienia uzależnienia. Były to wczesna inicjacja w używaniu substancji, wyprowadzka z domu rodzinnego, zaangażowanie w grupy koleżeńskie, prowadzenie luźnego stylu życia, chęć zarobienia pieniędzy, uczestniczenie w grupach rówieśniczych, w której były obecne substancje. Respondenci identyfikowali również zdarzenia z obszaru życia zawodowego, przyczyniające się do rozwoju uzależnienia. Związane one były ze zmianą pracy, zajęciem odpowiedzialnego stanowiska, jej utratą i związanym z tym stresem, łatwym dostępem do substancji w pracy. W obszarze związanym z leczeniem za czynnik, z którym było związane wystąpienie zaburzeń było usunięcie z ośrodka terapeutycznego w trakcie leczenia za złamanie abstynencji, co mogło przyczynić się do pogłębienia uzależnienia.

Rekomendacje

Pacjenci wysunęli rekomendacje, które miałyby się przyczynić do poprawy funkcjonowania systemu opieki nad osobami ze współwystępującymi zaburzeniami oraz dla programu terapeutycznego.

W ocenie pacjentów, u których w danym momencie dominują zaburzenia hazardowe, istotne jest utworzenie osobnej grupy tylko dla nich. Nie chcą być w grupie z osobami uzależnionymi od alkoholu lub narkotyków. W ich ocenie nie ma problemu z dostępnością do leczenia uzależnienia od substancji, kiedy to ono w danym momencie dominuje. Terapeuci prowadząc leczenie powinni traktować uzależnienia oddzielnie, a nie wrzucać wszystkich pacjentów do jednego worka, mimo że jak twierdzą terapeuci, mechanizmy uzależnienia są dla wszystkich takie same.

Grupy powinny być mimo wszystko osobne, ale tak naprawdę mogłaby to być integracja poza grupowa. Nie czułbym się w grupie dobrze, pracując ze swoim problemem hazardowym. (HA_0903_M_WRO)

Przyzwyczałem się do takich mieszanych, ale jak się tak złożyło, że na grupie było 8 hazardzistów to ta atmosfera była lepsza dla mnie. Ja się czułem swobodniej. Jak ktoś mówił, że jest hazardzistą to czułem taką więź. (HN_1605_M_WAW)

Myślę, że każde uzależnienie powinno być rozpatrzone osobno, nie powinno być wszystko brane pod kątem na zasadzie, bo wiadomo, że są pewne zbieżności jeżeli chodzi o samo uzależnienie, aczkolwiek jest dużo różnic. (HA_0904_M_WRO)

Jednak są też pacjenci, przede wszystkim osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od narkotyków, którzy rekomendują terapię w grupach mieszanych, gdzie obecni są uzależnieni od alkoholu, narkotyków i z zaburzeniami hazardowymi. Ich obecność pokazuje szkody, zróżnicowane problemy doświadczane przez pacjentów, niejednorodne perspektywy patrzenia na zaburzenia.

Na pewno myślę, że w przypadku hazardu, takie są moje doświadczenia, bardzo ważne jest, żeby w takich terapiach byli ludzie z innymi uzależnieniami. Jako hazardziści jesteśmy bardzo specyficzni. Dużo jest takich nieświadomych, manipulacji, nieszczerości i nawet ja nie mam świadomości, że jestem nieszczerzy. Alkoholicy czy narkomani oni to rozmiękczają, tak. Mają dużo więcej dystansu do siebie i nie uważają się za gwiazdy rocka i w ogóle super. Z moich doświadczeń osobistych w sensie obserwacji samego siebie, ale i podobnych, niestety jesteśmy

troszeczkę inni. Strasznie zadufani w sobie, skoncentrowani na sobie ekstremalnie, ciężko jest w towarzystwie takich osób pracować na grupie. (HN_1403_M_WAW)

Wiesz co, wydaje mi się, że grupa jest rozstrzelona, gdzie są różne uzależnienia, różny wiek to świetnie pokazuje, gdzie można dojść za parę lat, tak. Ja na grupie zobaczyłem ludzi, którzy naprawdę wrócili z zaświatów i to pokazuje mi, gdzie ja mogę dojść. Wydaje mi się czy ktoś jest uzależniony od narkotyków czy od alkoholu te uzależnienia tak naprawdę dają ten sam koniec. (HN_1904_M_WAW)

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami rekomendowali konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki poprzez prowadzenie pełniejszego niż obecnie wywiadu psychiatrycznego, pozwalającego zidentyfikować dodatkowe zaburzenia związane z uzależnieniami. Rekomendują jednak, aby ich diagnoza i leczenie odbywało się w tej samej placówce, tak aby uniknąć konieczności zmieniania miejsca terapii, dojazdów. Również postulowali zwiększenie liczby spotkań indywidualnych w trakcie terapii.

Na dzisiaj to myślę sobie, że jeszcze biorąc pod uwagę tylko i wyłącznie swoją osobę, to zdecydowanie bardziej szczegółowe badania psychiatryczne i wywiady psychiatryczne, bo w moim przypadku myślę, że nie jest to tylko kwestia czystego uzależnienia. (HA_2902_M_WAW)

W ocenie badanych istotna jest poprawa zaplecza socjalnego i warunków lokalowych. Również rozwój oferty pomocowej w zakresie konsultacji z prawnikiem, ekspertem finansowym jest istotnym aspektem, który obecnie nie jest zapewniany przez placówki. Pacjenci na ogół doświadczyli dotkliwych konsekwencji związanych z piciem, używaniem narkotyków lub graniem. Poniesione szkody i brak możliwości ich rozwiązania w placówce zajmują ich i nie pozwalają całkowicie poświęcić się leczeniu. Dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami ważne było, aby objąć wsparciem także ich partnera lub rodzinę oraz skrócić czas oczekiwania na rozpoczęcie udziału w terapii i przejście do kolejnych grup.

Na pewno też warto, ważne żeby jakby sala czy tam gdzie terapia się odbywa, to też było dobre miejsce, żeby no jakieś te warunki były. To też ważne, no, bo to pomaga, żeby tam było. No i krzesła wygodne, itd., itd. (HA_1503_M_WRO)

Na pewno, zaplecze socjalne i prawnicze, bo pacjenci z takimi chorobami jak ja trafiają do takich ośrodków z dużymi problemami i te problemy w trakcie leczenia psują głowę takim pacjentom i trzeba je rozwiązywać natychmiastowo. (HA_1204_M_WAW)

Jak się zająć rodziną, jak ma odciąć tę żonę na przykład, żeby żona i dzieci nie były obciążone tymi długami. To chore osoby, bo jeśli uznają hazard za chorobę, to trzeba tą rodzinę jakoś chronić. (HA_2902_M_WAW)

Ja nie miałem takich potrzeb, bo tak się po prostu wydarzyło i nie potrzebowałem żadnych porad prawnych, administracyjnych. Zdaje sobie z tego sprawę, że wiele osób czegoś takiego potrzebuje. (HN_1403_M_WAW)

Mogłoby być w ogóle więcej grup, bo jak przechodziłem z tej grupy destrukcji do nawrotów to musiałem miesiąc czekać. Jest tylko jedna grupa nawrotów, destrukcji są dwie. (HN_1605_M_WAW)

W celu poprawy jakości leczenia uzależnień w placówkach powinni być zatrudniani wykwalifikowani terapeuci, którzy potrafią udzielić profesjonalnej pomocy osobom ze współwystępującymi zaburzeniami. Personel powinien podwyższać swoje kwalifikacje poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju szkoleniach, które dostarczają wiedzy o tym coraz bardziej rozpowszechnionym w placówkach problemie. Jednocześnie rekomendują zwiększenie dostępu do specjalistów – terapeutów, psychologów oraz zatrudnienie terapeutów, którzy sami byli uzależnieni i zakończyli leczenie.

No by musiało być takie, gdzie by kadra była taka przede wszystkim nastawiona do nas no, do pacjentów, że rozumieliby to z czym przychodzimy. (HA_1503_M_WRO)

Ja głównie patrzę na personel, na terapeutów. Powinni być w temacie, czyli nie tak z teorii i z książek tylko z własnych przeżyć. Uważam, że wtedy bardziej rozumieją i widzą, co nas boli. (HN_0812_M_WAW)

Rekomendacją, która miałaby poprawić kształt obowiązującego w placówce programu terapeutycznego był postulat indywidualnego podejścia do pacjentów podczas terapii. Uwzględnienie jednostki i jej predyspozycji w leczeniu poprawiałoby jego jakość. Pacjenci postulowali również, aby zaktualizować materiały edukacyjne, tak, by odpowiadały potrzebom pacjentów z różnymi uzależnieniami.

Na pewno więcej materiałów, takich typowo dla narkomanów i hazardzistów. Ciężko mi powiedzieć to moja pierwsza terapia. (HN 1605 M WAW)

Zdaniem pacjentów, informowanie i zalecanie osobom ze współwystępującymi zaburzeniami uczestnictwa w mitingach Anonimowych Alkoholików, Narkomanów lub Hazardzistów równoległe z uczestnictwem w terapii mogłoby się przyczynić do zwiększenia szansy na utrzymywanie abstynencji. Dodatkowo pozwala to na rozwój duchowy i stworzenie siatki wsparcia, z której można skorzystać po zakończeniu

terapii. W ośrodkach leczenia stacjonarnego personel mógłby organizować aktywności wypełniające wolny czas.

Uważam, że terapia powinna być łączona z duchowością właśnie, z rozwojem wewnętrznym, z tym co oferuje program anonimowych alkoholików czy tam anonimowych hazardzistów. To w połączeniu z tym daje naprawdę niezłego kopa.
(HA_1305_M_WAW)

Może trochę więcej sportu, żeby było więcej takich zajęć rekreacyjnych, zorganizowanych oczywiście, bo tutaj i w parku jest taka siłownia, można sobie pobiegać, ale to też czasami nie ma z kim, czasami człowiek zmęczony. No to takie trudne jest. (HN_2705_M_WRO)

Rekomendacje pacjentów dotyczyły kształtu systemu opieki nad osobami ze współwystępującymi zaburzeniami oraz programu terapeutycznego. Osoby, u których aktualnie dominują zaburzenia hazardowe, postulują utworzenie osobnej grupy tylko dla nich, ponieważ nie ma problemów z dostępem do leczenia uzależnienia od substancji, kiedy to ono w danym momencie dominuje. Badani rekomendują również, aby każde z uzależnień było traktowane oddzielnie, mimo że mechanizmy rozwoju są takie same. Jednak są też pacjenci, przede wszystkim osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od narkotyków, którzy rekomendują terapię w grupach mieszanych, gdzie obecni są uzależnieni od alkoholu, narkotyków i z zaburzeniami hazardowymi. Pacjenci postulowali również konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki poprzez prowadzenie pełniejszego niż obecnie wywiadu psychiatrycznego, pozwalającego zidentyfikować dodatkowe zaburzenia związane z uzależnieniami. Istotne jest aby ich diagnoza i leczenie odbywało się w tej samej placówce. Dla badanych ważne było zwiększenie liczby spotkań indywidualnych, poprawa zaplecza socjalnego i warunków lokalowych, rozwój oferty pomocowej w zakresie konsultacji z prawnikiem, ekspertem finansowym, objęcie wsparciem ich partnera lub rodziny oraz skrócenie czasu oczekiwania na leczenie i czasu niezbędnego na zmianę grupy terapeutycznej.

W celu poprawy jakości systemu leczenia uzależnień w placówkach powinni być zatrudniani wykwalifikowani terapeuci, którzy potrafią udzielić profesjonalnej pomocy osobom ze współwystępującymi zaburzeniami. Jednocześnie pacjenci rekomendują zwiększenie dostępu do terapeutów i psychologów oraz zatrudnienie terapeutów, którzy sami byli uzależnieni i zakończyli leczenie. Badani postulują aby terapeuci w procesie leczenia indywidualizowali pacjentów i dostosowali materiały edukacyjne do

danego rodzaju zaburzenia. Terapeuci powinni również informować i zachęcać do uczestnictwa w mitingach Anonimowych Alkoholików, Narkomanów lub Hazardzistów równoległe z uczestnictwem w terapii oraz organizować aktywności wypełniające wolny czas, szczególnie w ośrodkach opieki stacjonarnej.

Wyniki badań z profesjonalistami

Charakterystyka osób z podwójną diagnozą

Według niektórych specjalistów można wyróżnić cechy charakterystyczne dla osób, które mają zdiagnozowane współwystępujące uzależnienie od hazardu i alkoholu lub narkotyków w porównaniu z osobami, u których występuje tylko jedno zaburzenie/uzależnienie. Cechy te dotyczą różnych aspektów funkcjonowania tych jednostek. Niektórzy rozmówcy nie obserwują żadnych różnic w funkcjonowaniu osób z jednym uzależnieniem w porównaniu do osób ze zdiagnozowanym współwystępowaniem:

Ewidentna różnica jest u pacjentów, którzy przychodzą do placówki, którzy są uzależnieni tylko od hazardu, od pozostałych pacjentów, którzy są uzależnieni od alkoholu, narkotyków i hazardu. To widać znaczącą różnicę. Natomiast jeżeli są pacjenci uzależnieni od hazardu i narkotyków i alkoholu to znacząco się nie różnią.

TA2503LWRO

M:- Czy według pani osoby ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu od alkoholu lub hazardu i narkotyków różnią się od osób, u których występuje tylko jedno uzależnienie?

- Nie, nie różnią się. Ta2203KWRO

Opinie profesjonalistów na temat tego, czy pacjenci z podwójną diagnozą posiadają jakąś wspólną charakterystykę różnicującą ich od osób z pojedynczym zaburzeniem są podzielone.

Funkcjonowanie osób z problemem współwystępowania

Według profesjonalistów osoby z problemem współwystępowania przejawiają szerszy wachlarz zachowań autodestrukcyjnych i angażują się w te zachowania z dużo większą intensywnością niż inne kategorie pacjentów.

Te osoby używają substancji i uprawiają hazard w bardzo wyniszczający sposób. Mam wrażenie, że są to osoby, które jak coś robią to na maksa, płyną na całego i w bardzo krótkim czasie znajdują się na samym dnie. TN0611KWAW

Takie funkcjonowanie tych osób, które prowadzi do destrukcji ich życia na wielu poziomach jest warunkowane ich trudnymi, czy wręcz traumatycznymi doświadczeniami z okresu dzieciństwa:

Osoby, które łączą hazard z narkotykami, czy alkoholem, to na pewno jest to inny profil pacjenta niż osoba uzależniona tylko od hazardu. Niewątpliwie przeszłość tych osób ma duże znaczenie. Doświadczenia z dzieciństwa determinują, że te osoby łączą substancje i zachowania. ...Siła destrukcji jest dużo większa u osób, które łączą uzależnienie od hazardu, alkoholu i narkotyków...Są to osoby mocniej pobudzone, mają bardziej pobudzone układy nerwowe i to jest widoczne dla mnie. Potrzebują więcej czasu, żeby się wyciszyć, uspokoić i ustabilizować. Bywa, że mają problemy ze snem . TN0611KWAW

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami doświadczają więcej problemów natury emocjonalnej:

Charakteryzują się większą impulsywnością, większym rozhamowaniem oraz mają silniejsze tendencje do poszukiwania stymulacji. TA0812KWAW

Można zaobserwować u nich zwiększoną potrzebę na stymulację. Poszukują mocnych, silnych wrażeń w różnych obszarach swojego życia.

Te osoby w ogóle żyją bardzo intensywnie. W życiu zawodowym, w pracy. Dopóki nie wprowadzą zmian w swoje życie, to nawet po wejściu w abstynencję robią sobie krzywdę w inny sposób. TN0611KWAW

Mogą pojawiać się u nich zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia osobowości. Z jednej strony istnienie zaburzeń psychicznych nakłada się na problemy uzależnienia, z drugiej nagromadzenie problemów związanych z uzależnieniami może prowadzić do wystąpienia różnego typu zaburzeń:

M:- A w tym krótkim kontakcie z pacjentem czy widzi Pani różnicę między pacjentami u których występuje podwójne uzależnienie? Czy oni się różnią od tych, u których występuje tylko alkohol bądź tylko narkotyki?

- Wydaje mi się, że to jest bardzo indywidualne. Trudno mówić tutaj czy któreś z nich jest cięższe, lżejsze, bo tutaj w zależności od pacjenta to bardzo indywidualnie nie można tego klasyfikować. Niemniej jednak więcej lęku jest u tych pacjentów. I to lęku

przewijającego się albo, że znowu zaczyna grać albo wpadnę w ten ciąg. Tutaj trochę więcej tej psychopatologii jest. Chyba częściej są też u nich te objawy zespołu depresyjnego. To nie jest epizod depresyjny, czy jakieś cięższe zaburzenie depresyjne, ale faktycznie te objawy się częściej dołączają. Częściej nawet zaburzenia snu są, ale to tak tyle o ile mogę ich widzieć. PS1404KWAW

Współwystępowanie przyczynia się do kumulacji problemów życiowych i pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego pacjentów. Jeśli dodać do tego częste problemy psychiczne, takie jak zaburzenia nastroju; lękowe, depresyjne, choroba afektywna dwubiegunowa lub zaburzenia osobowości: osobowość narcystyczna, antyspołeczna, borderline, unikająca i zależna to zrozumiałe staje się gorsze funkcjonowanie tej kategorii pacjentów. TA0812KWAW

Zwrócono również uwagę na słabsze funkcjonowanie społeczne tych osób, na ich problemy w nawiązaniu i utrzymaniu relacji intymnej, zaniedbywanie więzi rodzinnych. Większości osób ze współwystępującym uzależnieniem nie udaje się utrzymać małżeństwa i nie wykazują wystarczającej inicjatywy w kontaktach ze swoimi dziećmi. Od rodziny oczekują pomocy w rozwiązaniu swoich problemów:

Charakterystyczne dla tych osób są problemy w budowaniu relacji interpersonalnych i trudności w budowaniu, podtrzymywaniu więzi społecznych. Częste są w tej grupie problemy natury prawnej, finansowej i zawodowej. Na skutek uzależnienia od hazardu następuje utrata płynności finansowej, czemu towarzyszy zaburzone poczucie bezpieczeństwa, zaniedbanie więzi rodzinnych i stres. TA0812KWAW

W relacjach rodzinnych zaobserwować można dużą niestabilność emocjonalną, przerzucanie odpowiedzialności na bliskich oraz roszczeniowość dotyczącą pomocy ze strony bliskich w sytuacji nasilenia problemów. Większość pacjentów z powodu uzależnienia jest po rozwodzie, w separacji lub kolejnym związku. Pacjenci rzadko utrzymują stały kontakt ze swoimi dziećmi- jeśli nawet, to bywa on powierzchowny. Z powodu nasilenia swoich problemów nie angażują się mocno w proces wychowawczy swoich dzieci. TA0812KWAW

Rozmówcy zwrócili również uwagę na schematy we wchodzeniu w relacje, które się u osób uzależnionych utrwalają w trakcie trwania uzależnienia, a które destrukcyjnie wpływają na relacje z innymi: manipulowanie, oszukiwanie, ukrywanie:

A druga rzecz to jest taka, że gorsze jest ich funkcjonowanie w rolach społecznych. Bardzo często one się jakby przyzwyczajają też do kłamania, oszukiwania, do życia

często w dwóch wymiarach. O czym bardzo często rodzina nie wie. Rodzina dopiero wtedy się orientuje kiedy spada to widmo bardzo poważnego zadłużenia. Ale taka osoba się nauczyła w pewnym sensie podwójnego życia. Więc tutaj też jest trudność w pracy z takimi osobami jeżeli chodzi o zaufanie, że ich przyzwyczajenie do manipulowania, ukrywania. Ono bardzo zaburza kontakty społeczne.
TA2104KWAW2

Pogorszeniu ulegają również relacje towarzyskie. Z powodu wstydu, poczucia winy osoby ze współwystępującymi uzależnieniami ograniczają znacząco swoje kontakty z innymi:

Większość pacjentów w zależności od fazy nasilenia uzależnienia prowadzi albo samotniczy, izolacyjny tryb życia, albo relacje te są stricte związane z nałogiem. Kontakty towarzyskie, które wydają się konstruktywne często są zrywane lub osłabiane w okresie czynnego nałogu – towarzyszy temu silny wstyd i poczucie winy.
TA0812KWAW

Znaczącym problemem są długi i przygnębiająca perspektywa spłacania ich do końca życia. nierozwiązane problemy finansowe mogą być powodem wracania do czynnego uzależnienia:

Bardzo często wracają, bo zanim zdążą dojść do siebie to już zabierane są im mieszkania, zabierane są im wszystkie środki. Nie mogą po prostu wyjść na prostą.

M:- I co się wtedy dzieje; wracają znowu do terapii?

- Właściwie wtedy wracają właśnie przez to często do nałogu czynnego. Stwierdzą, że i ta nie ma sensu, bo i tak nic nie idzie po ich myśli więc z powrotem jest granie. Zazwyczaj jeżeli to jest podwójne uzależnienie i hazard i sprawia najczęściej problemu, czyli te finansowe są rzeczy do załatwienia to zazwyczaj zaczynają powroty od alkoholu. Dobra zacząłem pić, bo muszę się wyluzować, ale jeszcze nie gram, ale to jest kwestia czasu. TA1503KWAW

Potrzeba zdobywania pieniędzy na hazard i substancje wymusza często na osobach ze współwystępowaniem konieczność nawiązania relacji ze światem przestępczym, co w konsekwencji może prowadzić do sytuacji, gdzie pojawia się zagrożenie dla ich zdrowia i życia:

Funkcjonowanie społeczne takich osób jest na pewno gorsze dlatego, że takie osoby z racji gier hazardowych często trafiają do środowisk przestępczych. Często wplątują

się w bardzo zawile takie zależności windykacyjne. Inne biorą długi od osób ze świata przestępczego. Często mają groźby więc to jest jeden poziom tych trudności, że często występuje u nich bardzo poważne zagrożenie nawet zdrowia i życia. No bo muszą spłacić te długi, a często te długi są brane w sposób nielegalny, z narażeniem siebie. TA2104KWAW2

Osobom z uzależnieniem tylko od substancji łatwiej jest po terapii zażegnać problemy niż osobom, które mają również zaburzenia hazardowe. Życie w ciągłym napięciu związanym z nierozwiązaną sytuacją finansową może negatywnie wpływać na życie takich osób.

Zauważyłam w pracy z tymi pacjentami, że jednak konsekwencje zobowiązań finansowych nie znikają wraz z terapią, są cały czas i mocno budują napięcie w tej osobie, która z tym żyje. Osoba, która używa tylko substancji i podejmuje abstynencje też oczywiście boryka się z konsekwencjami, ale w końcu to ustaje. Osoba, która jest uzależniona od hazardu jest cały czas w stanie napięcia, bo ukrywa długi. Może to wpływać na kontakty towarzyskie, życie rodzinne. TN2204KWRO

Problem długów dodatkowo wzmacniany jest przez niestabilną sytuację zawodową: brak stałego dochodu lub praca w oparciu o umowy nie gwarantujące minimalnego poczucia bezpieczeństwa:

Z doświadczenia klinicznego wynika, że te osoby z diagnozą współwystępowania nie mają stałej pracy lub pracują w oparciu o niestabilne umowy o pracę, a także mają liczne długi wynikające głównie z hazardu. Dostyc często długi te są zaciągane w parabankach, co dodatkowo nastęrcza trudności w ich spłaceniu i bywa że jest początkiem spirali kłopotów finansowych. TA0812KWAW

Osoby ze współwystępującym uzależnieniem w porównaniu do osób z zaburzeniami hazardowymi w czystej postaci doświadczają destrukcji nie tylko w sferze życia osobistego, ale także w obszarze zdrowia fizycznego.

Hazardziści generalnie funkcjonują dużo lepiej społecznie niż uzależnieni od substancji, po nich nie widać uzależnienia, nie są tak wyniszczeni. Jeśli dochodzą narkotyki, to zaburzeniu ulega znacznie więcej sfer życia. Mechanizmy uzależnienia są podobne w przypadku hazardu i substancji, ale hazardziści lepiej radzą sobie z wywiązywaniem się z ról społecznych, w życiu rodzinnym, zawodowym TN0611KWAW

W ocenie badanych osoby z zaburzeniami hazardowymi lepiej sobie radzą w rolach społecznych. Mają też zasoby, z których mogą czerpać w trakcie terapii. Nie poniosły jeszcze tak głębokich szkód w związku ze swoim uzależnieniem:

Jesteśmy placówką, do której przychodzą osoby wysoko funkcjonujące. One mają jeszcze pewne zasoby w swoim życiu, o które mogą dbać, mogą je odbudować. Oprócz konsekwencji mają też szereg zasobów, które są niezwykle cenne w zdrowieniu. ...I tutaj to jest charakterystyczne dla młodych osób hazardujących się. To są bardzo wysoko funkcjonujące osoby, bardzo inteligentne, najczęściej mężczyźni. I to jest dla mnie odrębna grupa. TN0611KWAW

Według profesjonalistów osoby z problemem współwystępowania przejawiają szerszy wachlarz zachowań autodestrukcyjnych i angażują się w te zachowania z dużo większą intensywnością niż inne kategorie pacjentów. Takie funkcjonowanie tych osób jest często warunkowane ich trudnymi, czy wręcz traumatycznymi doświadczeniami z okresu dzieciństwa. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami doświadczają więcej problemów natury emocjonalnej. Można zaobserwować u nich zwiększoną potrzebę na stymulację. Poszukują mocnych, silnych wrażeń w różnych obszarach swojego życia. Mogą pojawiać się u nich zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia osobowości. Z jednej strony istnienie zaburzeń psychicznych nakłada się na problemy uzależnienia, z drugiej nagromadzenie problemów związanych z uzależnieniami może prowadzić do wystąpienia różnego typu zaburzeń. Zwrócono również uwagę na słabsze funkcjonowanie społeczne tych osób, na ich problemy w nawiązaniu i utrzymaniu relacji intymnej, zaniedbywanie więzi rodzinnych. Większości osób ze współwystępującym uzależnieniem nie udaje się utrzymać małżeństwa i nie wykazują wystarczającej inicjatywy w kontaktach ze swoimi dziećmi. Od rodziny oczekują pomocy w rozwiązaniu swoich problemów. Pogorszeniu ulegają również relacje towarzyskie. Z powodu wstydu, poczucia winy osoby ze współwystępującymi uzależnieniami ograniczają swoje kontakty z innymi. Znaczącym problemem jest konieczność spłaty zaciągniętych długów. Nierozwiązane problemy finansowe mogą być powodem powrotu do uzależnienia. Zdarza się, że w związku z potrzebą zdobywania pieniędzy na hazard, osoby uzależnione nawiązują relacje ze światem przestępczym, co w konsekwencji może prowadzić do sytuacji zagrażających zdrowiu, czy życiu tych osób. Osobom z uzależnieniem tylko od substancji łatwiej jest po terapii zażegnać problemy niż osobom, które mają również

zaburzenia hazardowe. Życie w ciągłym napięciu związanym z nierozwiązaną sytuacją finansową może negatywnie wpływać na życie takich osób. Osoby ze współwystępującym uzależnieniem w porównaniu do osób z zaburzeniami hazardowymi w czystej postaci doświadczają destrukcji nie tylko w sferze życia osobistego, ale także w obszarze zdrowia fizycznego.

Przyczynianie się występowania jednego uzależnienia do powstania kolejnego

W większości rozmówcy dostrzegają czynniki, które wpływają na to, że do pierwszego, pierwotnego uzależnienia dołączane jest kolejne. Jednym z takich czynników jest obracanie się w towarzystwie ludzi, którzy sami mają problem współwystępowania uzależnień lub po prostu korzystają z różnorodnych środków stymulacji:

Występowanie jednego uzależnienia może przyczynić się do wystąpienia kolejnego. Jest to kwestia środowiska. Idzie ktoś na maszyny na przykład i spotyka tam ludzi, którzy palą albo biorą kokainę, to jest kwestia wpadania w to środowisko. Ludzie wygrywają pieniądze, to przeznaczają je na narkotyki. TN0611KWAW

Rozmówcy podkreślali, że jeśli dojdzie już do uzależnienia od substancji, to może to być torowanie sobie drogi do innych uzależnień. Zwiększa się potrzeba stymulacji z jednej strony, z drugiej osłabiają mechanizmy hamujące:

Niewątpliwie jeżeli osoba zaczyna od substancji, to jej losy mogą się różnie potoczyć. Mózg przygotowuje się do pewnego rodzaju funkcjonowania i ludzie szukają coraz bardziej intensywnych doznań, bo o to tu chodzi. W związku z tym mają utorowaną drogę do hazardu. Moi pacjenci mówili, że substancje umożliwiły im hazardowanie się, przekroczenie kolejnej moralnej granicy. TN0611KWAW

„Najpierw jest alkohol, który toruje drogę, odhamowuje i ułatwia grę. Każda osoba to indywidualny przypadek i tak naprawdę każda osoba ma swoją historię” TN0611KWAW

Zdarza się również, że najpierw jest substancja, która jest wyzwalaczem ku temu, że osoba zaczyna też grać. I często pacjenci mówią, że gdybym nie pił, albo nie brał narkotyków, to nie zacząłbym też uprawiać hazardu. TN1304KWAWA

Zdarza się, że hazard jest dołączany na zasadzie komplementarności działania. O ile alkohol działa rozluźniająco, o tyle hazard jest odpowiedzią na potrzebę stymulacji:

A my coraz częściej się spotykamy właśnie z uzależnieniem mieszanym. To znaczy oprócz substancji psychoaktywnych jest granie. Często bywa tak, że najpierw się

*pojawia alkohol chociaż to też jest bardzo indywidualne. Pojawia się alkohol, że alkohol ma jakieś działanie psychoaktywne i np. powoduje u pacjenta rozluźnienie, ulgę. I granie często pojawia się w okresach picia. To znaczy, że picie w jakimś sensie rozhamowuje, daje rodzaj ulgi. Teraz granie jest raczej szukaniem adrenaliny. Jest raczej taką zmianą swojego nastroju właśnie w kierunku pobudzenia*TA2104KWAW2

Zwrócono również uwagę na inny wzór wejścia w kolejne uzależnienie, kiedy to negatywne skutki uzależnienia od substancji łagodzone są poprzez używanie substancji psychoaktywnych. Alkohol, czy narkotyki mogą pełnić rolę regulatorów napięcia emocjonalnego:

Substancje też są czasem potrzebne do łagodzenia konsekwencji gry. TN0611KWAW

W przypadku przegrywania w kasynie alkohol może przynosić ulgę. Może to być rodzaj klinowania po odstawieniu grania. TN2204KWRO

Okazuje się często, że pacjent pod wpływem alkoholu zaczyna grać, ale bywa też inaczej. Mianowicie, że pacjent najpierw gra hazardowo, ale potem alkohol włącza jako substancje łagodzącą stany pobudzenia albo stany silnego stresu związanego z przegraną. Alkohol stanowi potem takie antidotum na te takie zaburzenia, powikłania emocjonalne związane z graniem. TA2104KWAW2

Dochodzi również do zastępowania jednego uzależnienia drugim. Osoba wychodzi z jednego uzależnienia i stopniowo zastępuje je kolejnym:

Jest taka grupa ludzi, którzy wychodzą z narkotyków i wtedy hazard pojawia się jako coś zastępczego, coś co pozwala zredukować napięcie. TN0611KWAW

Hazard włącza się dosyć późno, nawet już w momencie kiedy te osoby wychodzą z uzależnienia chemicznego lub podejmują leczenie uzależnień chemicznych. Hazard wskakuje w to miejsce. Jest to uzależnienie, które można ukrywać bardzo długo. Ono nie jest widoczne dla ludzkiego oka. W związku z tym korzyści są podobne jak ze stosowania substancji, natomiast można to ukryć przed otoczeniem i przed samym sobą trochę też. TN0611KWAW

Pacjenci albo łączą uzależnienia, albo zastępują jedno uzależnienie drugim. Zdarza się, że przestają pić, radzą sobie, ale nie widzą, że wchodzą w świat hazardu. Działa to na zasadzie zamiany. TN1304KWAWA

Nierozwiązane problemy psychologiczne, takie jak nieumiejętność regulowania emocji wpływają na występowanie kolejnych uzależnień. Pacjent charakteryzuje się swoistą podatnością na występowanie uzależnień:

„Ja patrzę na uzależnienie jako na chorobę związaną z emocjami, czyli pacjent uzależnia się bo nie radzi sobie z emocjami. Więc w sytuacji kiedy ma już taki konstrukt psychiczny, problem z radzeniem sobie z napięciem, z emocjami, to pacjent uzależnia się na przykład od alkoholu. W momencie kiedy spróbuje narkotyków, po prostu dla sprawdzenia jak to jest, może powstać drugie uzależnienie. TN2204KWRO

W początkowej fazie hazard może być sposobem na zdobywanie środków na sfinansowanie zakupu środków psychoaktywnych. Wygrane mogą też sposobem na zdobycie podziwu u kolegów:

W sytuacji gdy pacjent najpierw nadużywa alkoholu lub jest już od niego uzależniony, hazard jest długo jednym ze sposobów na szybkie zdobycie środków finansowych, bywa że stoi za tym chęć uzyskania podziwu lub szybkiego rozładowania napięcia TA0812KWAW

Czynnikami, które wpływają na to, że do pierwszego, pierwotnego uzależnienia dołączane jest kolejne są: obracanie się w towarzystwie ludzi, którzy sami mają problem współwystępowania uzależnień lub korzystają z różnorodnych środków stymulacji, uzależnienie od substancji może zwiększać potrzebę stymulacji z jednej strony, z drugiej - osłabiać mechanizmy hamujące, komplementarność uzależnień/zachowań (do alkoholu, który działa rozluźniająco dołączany jest hazard będący odpowiedzią na potrzebę stymulacji), łagodzenie skutków uprawiania hazardu poprzez używanie substancji psychoaktywnych, zastępowanie jednego uzależnienia innym, podatność na występowanie uzależnień.

Potrzeby osób ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu i alkoholu lub narkotyków dotyczące leczenia

Motywy wyboru placówki przez osoby ze współwystępującymi uzależnieniami

Motywy dotyczące wyboru placówki głównie odnoszą się do dostępności. Decyduje dystans do placówki. Z tym, że jedni chcą by placówka była oddalona od miejsca zamieszkania, bo boją się utraty anonimowości i stygmatyzacji, a inni preferują by placówka znajdowała się blisko ich miejsca zamieszkania:

Decyduje odległość i to jest różnie. Niektórzy mówią, że wolą żeby było bliżej, ale jest też część osób, ja myślę, że chyba znaczna, która wolałaby żeby placówka była trochę dalej, żeby nie spotkać kogoś kogo się zna. TN2204KWRO

No zacznę może od takich banalnych wskazań, że bardzo często to jest kwestia żeby było blisko i wygodnie, bo np. u nas jest system bardzo intensywnej terapii więc też tu mu jest po drodze. Bardzo duże znaczenie ma moim zdaniem kwestia anonimowości, że pacjent nieraz szuka placówki oddalonej od swojego miejsca zamieszkania. Np. mamy sporo pacjentów z innych dzielnic, spoza Warszawy, bo oni nie chcą się leczyć tam, gdzie być może spotka ich ktoś, ktoś się o tym dowie. TA2104KWAW2

Ważna dla pacjentów jest długość trwania terapii oraz tryb leczenia stacjonarny versus ambulatoryjny. W zależności od potrzeb pacjenci uwzględniają te czynniki w swoich wyborach:

To jest też chyba jedyna placówka lub jedna z niewielu placówek, która hazardzistów ambulatoryjnie leczy. TA1503KWAW

Najczęściej pacjenci kierują się w doborze placówki trybem leczenia (tryb stacjonarny/dzienny lub ambulatoryjny) oraz ofertą terapeutyczną (oferta w zakresie leczenia alkoholizmu i uzależnień behawioralnych tj. hazardu). TA0812KWAW

Oprócz czynników związanych z dostępnością pacjenci uwzględniają zagadnienia związane z ofertą placówek i jej jakością. Niektórzy pacjenci kierują się opiniami innych o placówce. Są to zarówno opinie uzyskane od znajomych osób jak i opinie umieszczane na forach internetowych.

A kolejna rzecz to ja myślę, że duże znaczenie ma taka poczta pantoflowa. To znaczy, że pacjenci się między sobą wymieniają jakimiś spostrzeżeniami. Ktoś trafia najpierw na jakiś meeting albo do jakiejś grupy samopomocowej. Np. u nas dużo pacjentów mamy tutaj z klubu na Poznańskiej, bo jeden drugiemu mówi: No słuchaj no źle się czujesz meeting ok, ale może idź się leczyć. Tu obok jest poradnia. I ktoś mówi: ja tam byłem, bo ktoś inny mówi: ja byłem zadowolony. Także to też jest tak, że Ci pacjenci sobie przekazują jakieś opinie a często to jest z Internetu po prostu. Ktoś bierze adresy i akurat tutaj jest mu po drodze. TA2104KWAW2

Może miejscem, bliskością dalszego później leczenia, ale też część osób pyta. Po prostu rozeznaje, pyta o placówkę, jaki ma poziom, czy jest to dobra placówka. Wielu jest takich pacjentów, którzy mówią, że przyszli dlatego, że ktoś im polecił placówkę,

bo był tutaj absolwentem, że to jest dobre miejsce, dobry ośrodek. No i to najczęściej. TA2203KWRO

Znaczenie może mieć również promowanie usług jednostki poprzez pozycjonowanie w Internecie. Osoby zainteresowane terapią poprzez Internet szukają oferty leczniczej.

Mi się wydaje, że to głównie z polecenia tą akurat Zgierską. Bardzo dużo młodych ludzi nam przychodzi teraz i przyprowadzają znajomych. Naganiają. Też wyskakuje w google bardzo szybko, na pierwszej stronie. To też ma pewnie duże znaczenie, ale myślę, że głównie z polecenia teraz. TA1503KWAW

Motywy dotyczące wyboru placówki odnoszą się do dostępności placówki (odległość od miejsca zamieszkania, długość trwania terapii, tryb leczenia stacjonarny versus ambulatoryjny), zawartości i jakości oferty leczniczej. Niektórzy pacjenci kierują się opiniami innych o placówce. Istotnym czynnikiem wpływającym na wybór placówki jest łatwy dostęp do informacji na jej temat.

Oferta pomocy dla osób, u których współwystępuje uzależnienie od hazardu i substancji psychoaktywnych (co oferuje im placówka terapeutyczna)? Ścieżka terapeutyczna dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu i alkoholu lub narkotyków

W zasadzie nie ma odrębnej ścieżki terapeutycznej dla osób z występującym uzależnieniem od hazardu lub osób ze współwystępowaniem uzależnienia behawioralnego i od substancji. Osoby takie podejmują leczenie w ośrodkach leczenia uzależnień. Zdarza się, że w ramach podstawowego programu terapii uzależnień zawarte są elementy pracy nad uzależnieniami behawioralnymi (grupy, warsztaty i kontakt indywidualny)

Osoby z diagnozą współwystępowania mogą podjąć terapię w placówkach dedykowanych uzależnieniu od substancji psychoaktywnych lub w placówkach świadczących pomoc osobom uzależnionym behawioralnie. Dostępny jest zarówno tryb terapii finansowanej z NFZ jak i sektor prywatny. Zdecydowanie jednak częściej osoby korzystają z oferty NFZ w ramach ośrodków i poradni dla osób uzależnionych od alkoholu i/lub narkotyków. Zdecydowanie w naszym kraju brakuje oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych behawioralnie, nie ma prawie wcale odrębnej procedury terapeutycznej dla pacjentów z współwystępowaniem obu uzależnień. Terapia dla tej podgrupy jest świadczona w ramach standardowych programów odwykowych wzbogaconych o grupę/warsztaty i kontakt indywidualny w zakresie

pracy w obszarze uzależnień behawioralnych. Dopełnieniem oferty terapeutycznej są
mitingii AH. TA0812KWAW

Na jaką ofertę pomocy mogą liczyć osoby, u których występuje uzależnienie od hazardu i substancji psychoaktywnych?

- No z tego co mi wiadomo to większość placówek odwykowych...No hazardziści są
leczeni u nas z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków czyli w placówkach
odwykowych takich stricte alkoholowych. Z tego co wiem to w niektórych poradniach
narkotykowych dają taką możliwość leczenia hazardzistów. Natomiast były swojego
czasu programy, nawet tutaj działał taki program 2 lata temu właśnie z Krajowego
Biura ds. Narkomanii, program hazardowy. Natomiast stricte adresowany do
hazardzistów i tylko hazardzistów. TA2503KWRO

Brak specjalnej ścieżki leczniczej dla osób ze współuzależnieniem uzasadniany jest
koncepcją uzależnień, która zakłada, że niezależnie od czego pacjent jest
uzależniony, to same mechanizmy są takie same, nie ważne czy jest to substancja,
czy zachowanie:

*Nie ma potrzeby , żeby rozgraniczać uzależnienia, bo mechanizmy są takie same.
Diagnozą jest uzależnienie, nie ważne od czego. Osoby, które się zgłaszają widzą
ten problem hazardu jako dalszą część uzależnienia od narkotyków. Ja nigdy nie
leczę uzależnienia od hazardu, czy narkotyków, tylko zajmuje się uzależnieniem na
ogólnym poziomie. TN0611KWAW*

Jednak niekiedy w trakcie terapii podejmowane są wysiłki, by zindywidualizować
program leczenia, ofertę w zależności od tego jakich problemów doświadcza pacjent.

*W tej placówce no to myślę, że tak...Grupy terapeutyczne mamy mieszanych
pacjentów, czyli my nie mamy specjalnych grup dla hazardzistów i uzależnionych od
substancji psychoaktywnych. U nas Ci pacjenci są na jednej grupie, ale np. podczas
tych sesji edukacyjnych no u nas każdy pacjent otrzyma odpowiedź dla siebie,
bardzo zindywidualizowaną, bo to się odbywa wszystko w takiej formie interaktywnej.
Także my poświęcamy czas i narkotykom i hazardowi i alkoholowi i też jak to ze sobą
działa. A w trakcie sesji indywidualnych no gdzie mamy też dużą częstotliwość tych
sesji, bo to jest raz w tygodniu. No to terapeuta wiedząc jaki jest typ uzależnienia
bardzo indywidualizuje też oddziaływanie. TA2104KWAW2*

Pacjent ma szansę na terapię bardziej dopasowaną do potrzeb podczas terapii
prowadzonej indywidualnie. Wtedy terapeuta kładzie większy nacisk na specyfikę
jego sytuacji:

No w terapii grupowej to zaznaczamy jeżeli mamy hazardzistę na oddziale to zaznaczamy bardziej to uzależnienie od hazardu. Zwracamy na nie uwagę natomiast też w kontakcie indywidualnym no to jak najbardziej. Pacjent w kontakcie indywidualnym jest prowadzony przede wszystkim ... To znaczy jesteśmy terapeutami uzależnień więc w kontakcie terapeutycznym jeżeli mamy pacjenta uzależnionego od alkoholu i hazardu no to dajemy przestrzeń na jedno i drugie uzależnienie. Nie traktujemy go osobno jako hazardzistę, osobno alkoholika tylko jako osobę uzależnioną od substancji i hazardu. Też kierujemy naszą pracę indywidualną pod oczekiwania też myślę pacjenta i tyle. TA2503KWRO

Terapeuci starają się uwzględniać specyfikę różnych uzależnień w prowadzonej terapii, po to by osoby uzależnione nie tylko od alkoholu, czy narkotyków lepiej odnalazły się w grupie i nie miały poczucia niezrozumienia:

Mamy na oddziale dziennym osoby uzależnione od alkoholu, narkotyków, leków i hazardu. Pełne spektrum problemów powoduje, że terapeuta przygląda się różnym źródłom problemów związanych z uzależnieniem. Jesteśmy wyczuleni na to, żeby osoba, która ma również inne uzależnienie niż tylko narkotyki lub alkohol nie czuła się tutaj wyobcowana, ponieważ wiadomo, że każde uzależnienie ma swoją specyfikę jeśli chodzi o zachowania czy objawy odstawienia. TN1304KWAW

Dla osób, które doświadczają wielu problemów lub które potrzebują dłuższego czasu, by uporać się ze swoim problemem istnieje oferta terapii pogłębionej, która wykracza poza standardową ofertę:

Pytanie czy ta terapia, która jest im (osobom ze współuzależnieniem – przypis autorzy) wystarcza? Może wystarczyć. Tutaj nie ma poczucia, że jest jakiś dramat, że sobie nie poradzą, bo to jest generalnie to samo wszystko w sensie mechanizmu. My tu mamy grupę pogłębioną i ona zaczyna lepiej funkcjonować i niektórzy z pacjentów potrzebują takiego dłuższego kontaktu czasem. PS0106KWAW

Wydaje się, że większość profesjonalistów nie widzi potrzeby tworzenia specjalnej ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi uzależnieniami lub mają wątpliwości, czy praca z taką grupą przyniosła by pozytywne rezultaty:

Wszystko w życiu ma plusy i minusy i bez sprawdzenia tego w praktyce trudno powiedzieć. Dopiera praca z tą grupą pacjentów mogłoby pokazać plusy i minusy pracy z taką wyselekcjonowaną grupą pacjentów. TN0103KWAW

W zasadzie nie ma odrębnej ścieżki terapeutycznej dla osób z występującym uzależnieniem od hazardu lub osób ze współwystępowaniem uzależnienia behawioralnego i od substancji. Osoby takie podejmują leczenie w ośrodkach leczenia uzależnień. Zdarza się, że w ramach podstawowego programu terapii uzależnień zawarte są elementy pracy nad uzależnieniami behawioralnymi (grupy, warsztaty i kontakt indywidualny). Wydaje się, że większość profesjonalistów nie widzi potrzeby tworzenia specjalnej ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi uzależnieniami lub mają wątpliwości, czy praca z taką grupą przyniosła by pozytywne rezultaty. Brak potrzeby specjalnej ścieżki leczniczej dla osób ze współuzależnieniem uzasadniany jest koncepcją uzależnień, która zakłada, że niezależnie od czego pacjent jest uzależniony, to same mechanizmy uzależniania się są takie same, nie ważne czy jest to substancja, czy zachowanie. Niekiedy w trakcie terapii podejmowane są wysiłki, by zindywidualizować program leczenia, ofertę w zależności od tego jakich problemów doświadcza pacjent. Większa szansa na terapię bardziej dopasowaną do potrzeb pojawia się podczas terapii prowadzonej indywidualnie, gdyż wtedy terapeuta kładzie większy nacisk na specyfikę sytuacji konkretnego pacjenta. Terapeuci deklarują starania by uwzględniać specyfikę różnych uzależnień w prowadzonej terapii, po to by osoby uzależnione nie tylko od alkoholu, czy narkotyków lepiej odnalazły się w grupie i nie miały poczucia niezrozumienia. Dla osób, które doświadczają wielu problemów lub które potrzebują dłuższego czasu by uporać się ze swoim problemem istnieje oferta terapii pogłębionej, która wykracza poza standardową ofertę.

Wyzwania i trudności w terapii osób ze współwystępującymi uzależnieniami w porównaniu z terapią osób z jednym uzależnieniem

Część profesjonalistów zwróciła uwagę na trudniejszy przebieg terapii w przypadku osób, u których zdiagnozowano współwystępowanie hazardu i uzależnień od substancji. Chodzi tu o zwiększoną ilość epizodów nawrotów oraz większą trudność w wyjściu z uzależnienia:

Ci pacjenci, którzy mieli pełno objawowe uzależnienie od substancji i do tego hazard, to mam wrażenie, że były bardziej destrukcyjne. Dużo ciężiej im wyjść z uzależnienia, mają więcej nawrotów, dużo trudniej ta terapia idzie. TN0611KWAW

Problemy w terapii są związane z brakiem różnorodnych zasobów pacjenta, na których mógłby oprzeć swój proces zdrowienia:

Jeśli pacjent boryka się ze współwystępującym uzależnieniem , to trudno znaleźć jakiś zdrowy obszar funkcjonowania, zasoby na których można się oprzeć. Jest więcej chaosu i destrukcji w tym, o czym pacjent opowiada. Trudniej mi jest po prostu znaleźć jego pozytywne strony i zasoby. TN2204KWRO

Brak zasobów emocjonalnych może być związany z tym, że osoba uzależniła się w młodym wieku, co zahamowało jej rozwój emocjonalny:

Im młodszy pacjent i im w młodszym wieku się uzależnia, nie zależnie od czego, tym bardziej jest zaburzony. Rozwój emocjonalny zostaje zahamowany, pacjenci przestają się rozwijać i czasem jak ma się przed sobą pacjenta, który od 12 roku życia bierze, gra, pije to łatwiej się z nim rozmawia jak się myśli o nim jak o 12 latku. On reaguje jak takie dziecko. Oni zaczęli się uzależniać i się zatrzymali i nie ma do czego się odwołać. Do nich się mówi i tam nie ma echa. PS0106KWAW

Nagromadzenie doświadczanych przez pacjentów problemów rzutuje na efektywność leczenia

Kumulacja doświadczanych problemów jest też często przyczyną trudności w procesie terapeutycznym. TA0812KWAW

Współwystępowanie zaburzeń sprawia, że przebiegają one w ostrzejszej formie, ich objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność do wyjścia z uzależnienia:

Tak myślę, że się różnią, dlatego że bardzo często te zaburzenia wzajemnie jakby siebie wzmacniają i powodują, że stan psychiczny osoby uzależnionej i rokowanie też do terapii i trudności w terapii mogą być jakby zwielokrotnione. Bardzo często to współwystępowanie problemów powoduje pogłębienie zaburzenia. TA2104KWAW2

Problem długów sprawia, że osoba nawet po zakończeniu leczenia żyje w ciągłym napięciu i niepewności, co może mieć negatywny wpływ na jej życie towarzyskie i rodzinne. Jej problemy po zakończeniu leczenia nie ustają.

Problemem w terapii może być zatajanie jednego z uzależnień przez pacjenta i/lub nie wychwycenie problemu przez profesjonalistę. Przyczyną może być chęć utrzymania jednego nałogu i czerpania z niego korzyści lub wstyd przez ujawnieniem drugiego z uzależnień:

‘Czy są jakieś trudności dla tej grupy ludzi, trudności terapeutyczne?’

Ja myślę, że jeśli jest to wychwycone w porę diagnoza, to nie. Ta terapia jest podobna, tak. Problemem jest nie wychwycone uzależnienie , bo wtedy terapia nie będzie działała. Jeśli to jest wychwycone i przytrzymane to będzie ok. Czasami

pacjent nie zdaje sobie sprawy i odpowiada na te pytania diagnostyczne bezwiednie i bezrefleksyjnie i mu się wydaje, że nie jest to kłopot, a potem to on przychodzi, że chyba on coś z alkoholem ma nie tak. Zdarzają się tacy pacjenci, ale bardzo rzadko, ale się zdarzają. Mieliśmy takiego pacjenta, który przez cały oddział dzienny to jest przez 8 tygodni utrzymywał abstynencje behawioralną, a chemiczną sobie wyliczył ile się może napić i ile, żeby do rana w alkomacie mu nie wyszło. Przyszedł po 2 latach z pornografią. PS0106KWAW

M:- A czy są jakieś trudności występujące w pracy z takimi osobami?

- Często się nie przyznają do drugiej diagnozy

M:- W trakcie terapii?

- To znaczy później jak dopytywani i już nie mają wyjścia to mówią, że faktycznie mam problem z tym hazardem albo faktycznie tam za dużo gram, albo za dużo biorę. Nie mogę się powstrzymać. Tu się czasem przyznają ze względu na zwiększony poziom lęku i napięcia. Taka obawa, że jednego się pozbędę drugie zostanie albo z jednego...No ryzyko podwójne, że albo w jedno albo w drugie potem wrócę. No i też wstyd trochę, bo do tego hazardu to myślę, że się pacjenci trochę bardziej wstydzą niż alkoholu. Też to jest takie coś mniej znanego, nieświadomionego przez społeczeństwo, że też może być problemem uzależnienia. Alkohol jest bardziej widoczny na zewnątrz. PS0106KWAW

Zwrócono uwagę na specyficzny styl bycia osób, które charakteryzują się współwystępującymi uzależnieniami w terapii. Są to osoby, które można określić jako ekstrawertyczne: dużo mówiące, lubiące zwracać na siebie uwagę, mające zapotrzebowanie na dominowanie i przewodzenie w grupie:

Czasem są to osoby dużo mówiące, absorbujące, dominujące w grupie. Gdyby puścić tę osobę wolno, to pochłonęłaby grupę, zawładnęła nią i poszła gdzieś w las z tą grupą. Te osoby mają tendencje przywódcze. Dużo u nich się dzieje i kiedy tu przychodzą (do poradni) chcą żeby też tak było. TN2204KWRO

Wspomniano również o różnicy w stosunku do osób, które są uzależnione tylko od hazardu. Te ostatnie postrzegają swoje uzależnienie jako „lepsze” od innych. Osobom ze współwystępowaniem łatwiej utożsamić się z grupą.

To znaczy tak... Hazardziści „czyści” nazwijmy to tak... którzy mają tylko uzależnienie od hazardu to na pewno trudniej się z nimi pracuje. Miej pokory mają.

To jest uważane za uzależnienie czystsze. Jakieś takie bardziej powiedziałabym uzależnienie wyższych sfer. Jeżeli jest drugie uzależnienie u hazardzisty to łatwiej jest się z grupą zidentyfikować, że on jest uzależniony. Nie, że on sobie „pyka” jak oni to mówią na automatach od czasu do czasu albo w kasynie to już w ogóle jestem guru. Tylko jestem też alkoholikiem albo narkomanem i do tego też hazardzistą, więc wiem co to znaczy być uzależnionym. Nie wywyższam się. Bo oni mają tendencje, jak np. jest ich dużo w grupie, samych hazardzistów, przejmowania kontroli, buntowania trochę grupy. Są takimi ziomkami tam najfajniejszymi. TA1503KWAW

W przypadku osób, u których zdiagnozowano współwystępowanie hazardu i uzależnień od substancji terapia może mieć trudniejszy przebieg. Chodzi tu o zwiększoną ilość epizodów nawrotów oraz większą trudność w wyjściu z uzależnienia. Problemy w terapii są związane z brakiem różnorodnych zasobów pacjenta, na których mógłby oprzeć swój proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń sprawia, że przebiegają one w ostrzejszej formie, ich objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność do wyjścia z uzależnienia. Problemem w terapii może być zatajanie jednego z uzależnień przez pacjenta i/lub nie wychwycenie problemu przez profesjonalistę. Przyczyną zatajenia może być chęć utrzymania jednego nałogu i czerpania z niego korzyści lub wstyd przez ujawnieniem drugiego z uzależnień.

Potrzeby lecznicze osób ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu i alkoholu lub narkotyków. Specyfika potrzeb osób ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu i alkoholu lub narkotyków

Potrzeby uzyskania pomocy prawnej i doradztwa finansowego

Palące potrzeby osób ze współwystępującymi zaburzeniami dotyczą uzyskania pomocy prawnej i poradnictwa finansowego w zakresie obsługi zadłużenia. Potrzebują by ktoś w ich imieniu negocjował z bankami, czy parabankami spłatę długów. Często stają w obliczu utraty mieszkania, czy innych dóbr materialnych.

Oni często potrzebują pomocy nie tylko terapeutycznej, ale też jakiejś prawnej. Kogoś kto im pomoże zaplanować spłatę tych długów. Kogoś kto pomoże dogadać się z bankami, żeby po prostu nie puścili ich z torbami. Właściwie to taką różnicę widzę. TA1503KWAW

Bardzo często potrzebują pomocy prawnej, żeby ktoś im w ogóle powiedział jak oni mają to zrobić, ułożyć plan spłaty długów, z komornikami się dogadać. Żeby oni w ogóle wiedzieli jakie oni mają prawa w tym wszystkim. TA1503kWAW

To znaczy zawsze powinien być socjalny pracownik i prawnik. Dużo placówek tego nie ma. Nie mam pojęcia jakby to miało wyglądać, ale ... Na pewno poza terapią to oni potrzebują właśnie czegoś takiego...TA1503KWAW

Potrzeby dotyczące terapii

Część pacjentów leczonych w leczeniu odwykowym potrzebuje w trakcie terapii kontaktu z osobami, które mają podobne doświadczenia życiowe, rozumieją ich przeżycia, a więc oprócz kontaktu z osobami uzależnionymi od substancji potrzebują kontaktu z osobami uzależnionymi od hazardu:

Pacjent, który jest uzależniony od substancji i hazardu potrzebuje kontaktu z osobą uzależnioną od hazardu, stąd też sugestia udziału w grupach Anonimowych Hazardzistów, po to, żeby mogli kontaktować się z osobami również borykającymi się z podobnym problemem. Czasami oni mówią, że mają inaczej, bo mają alkohol i hazard lub alkohol i narkotyki. Czują się trochę odmiennie, czasem czują się gorzej.

TN2204KWRO

Potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego

Pacjenci ze współwystępującym uzależnieniem od hazardu i alkoholu lub narkotyków doświadczają problemu bezsenności, nadmiernego pobudzenia, bywa, że cierpią na zaburzenia psychiczne. W związku z tym poza tym, że potrzebują pomocy w związku z uzależnieniem, potrzebują również pomocy w innych swoich problemach:

Pacjenci z zaburzeniami borderline sprawiają problem w pracy grupowej i mają problemy z dopasowaniem się do zasad, które proponujemy. Próbujemy pomóc im na miejscu, ustabilizować farmakologicznie, ale zwykle kończy się tak, że kierujemy je do jednostek które się w tym specjalizują. TN0611KWAW

Ale myślę, że to są często bardzo złożone potrzeby, że w pierwszym okresie terapii na pewno jest poważną potrzebą tych osób, żeby ustabilizować ich stan psychofizyczny, żeby one weszły w inny rytm życia. Też w tym początkowym okresie ma znaczenie takie rozwiązywanie doraźnych kryzysów, też takie wskazywanie pacjentowi pewnej nadziei, celów. Często pacjenci hazardziści to są często ludzie, którzy dochodzą do momentu braku sensu. To są często ludzie, którzy mają próby samobójcze więc to są też ważne cele w terapii. A wraz z pogłębianiem terapii no to

jakby rozszerzają się sfery oddziaływania, na przeróżne sfery życia psychicznego, rozumienia siebie, swoich emocji. TA2104KWAW2

Pomoc rodzinie

Niejednokrotnie rodziny pacjentów również potrzebują wsparcia/terapii w trudnej sytuacji życiowej, w której się znalazły. Poza tym często związki osób leczących się przeżywają trudności:

Potrzeby pozalecznicze osób z diagnozą współwystępowania najczęściej koncentrują się wokół pomocy socjalno-bytowej, pomocy prawnej i konsultacji w zakresie poradnictwa finansowego. W zakresie terapeutycznym dużą potrzebą jest objęcie opieką rodziny osób uzależnionych oraz zagwarantowanie regularnej pomocy pacjentom w procesie zdrowienia. TA0812KWAW

Pomoc w znalezieniu pracy

Dla osób, które mają długi istotne jest jak najszybsze znalezienie pracy i zapewnienie sobie możliwości spłaty tych długów:

Są takie placówki, to w Stanach jest dość popularne, że mają poza właśnie prawnikami i pracownikami socjalnymi, oni też mają raz na jakiś czas wynajmowanego kogoś do kogo można przyjść i to jest niby taki urząd pracy tylko, że w jednej osobie. Przychodzi i proponuje. To już jest dla osób takich bardziej zaawansowanych w terapii, które wiedzą mniej więcej czego chcą i te swoje mocne strony zaczynają widzieć. Takie coś, co oni mogli by robić; taki job coaching. Myślę, że to by było super. Bo jeżeli oni długo tej pracy nie znajdują to dosyć często się frustrują i wracają do picia, grania i brania. TA1503KWAW

Potrzeby osób ze współwystępującymi uzależnieniami w opinii profesjonalistów dotyczą uzyskania porady prawnej i doradztwa finansowego, kontaktu w trakcie terapii z osobami mającymi podobne doświadczenia, pomocy w zaburzeniach psychicznych, objęcia pomocą całej rodziny, pomocy z znalezieniu pracy.

Możliwość zaspokojenia potrzeb

Problem, na który w trakcie terapii kładziony jest większy nacisk

Pojawiły się bardzo zróżnicowane opinie na temat tego, na który problem w terapii kładziony jest nacisk. Może być tym problemem rodzaj uzależnienia. Pojawiła się opinia, że ponieważ leczenie ma miejsce w placówkach leczenia uzależnień od substancji, to większy nacisk kładziony jest właśnie na ten rodzaj uzależnienia:

Zdecydowanie większy nacisk kładziony jest na leczenie odwykowe w zakresie uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. Większość placówek ukierunkowana jest na pracę z pacjentem uzależnionym substancjalnie. Brakuje instytucji które świadczyłyby pomoc jedynie w obszarze uzależnień behawioralnych lub w zakresie współwystępowania uzależnień. TA0812KWAW

Według niektórych profesjonalistów podstawowym problemem jest uzależnienie od substancji i należy je rozwiązać w pierwszej kolejności, bo wtedy pacjentowi łatwiej sobie poradzić z problemem hazardu:

Dla wielu ludzi to alkohol lub narkotyki są podstawowym problemem i jak wychodzą z uzależnienia od substancji, to łatwiej im sobie poradzić z problemem hazardu, łatwiej jest im się powstrzymać. Bo często najpierw idą narkotyki, a potem hazard. Nie myślą o tym, że hazard będzie miał negatywne konsekwencje. TN1304KWAW

Jednak padła również opinia, że istotne jest, by problem hazardu był traktowany w terapii na równi z innymi, by nie był pomijany:

Natomiast, to co jest dla mnie ważne, to żeby na równi stawiać uzależnienie od hazardu z innymi uzależnieniami, żeby waga tego problemu nie spadała w trakcie terapii. Nie umniejszać roli tego uzależnienia. TN3004KWRO

Wielu profesjonalistów podkreślało, że nie robi rozróżnienia w trakcie terapii na rodzaj uzależnienia. Zamiast tego koncentrują się na konsekwencjach jakie uzależnienia mają w życiu pacjentów:

Terapia skupia się na konsekwencjach, na tym co się działo, jak sobie po kolei z tym radzić, problemie odpowiedzialność za to. Często są to sprawy prawne czy związane z relacjami. Pacjenci potrzebują wskazówek, wspólnego zastanowienia się i pomysłu co dalej robić. Dysponujemy pomocą prawnika, pracownika socjalnego. W końcowej fazie terapii, to jest główny element. Zaplanowanie opuszczenia placówki" TN2204KWRO.

Mogą to też być przyczyny, dla których uzależnienie pojawiło się w życiu danej osoby:

Terapia koncentruje się na przyczynach wystąpienia uzależnienia, czyli na tym co zyskujemy poprzez uzależnienie nie ważne czy to będzie hazard, narkotyki, czy alkohol. W momencie kiedy uda się dojść do źródeł i przepracować problem, to jest spora szansa na sukces dla takiego człowieka. TN3004KWRO

Praktykowane jest również podejście polegające na świadomym rozróżnieniu wszystkich uzależnień pacjenta, po to by pacjent pracował nad wszystkimi swoimi

problemami i żadnego z nich nie lekceważył. W konsekwencji jednak pacjent ma zrozumieć, że wszelkie uzależnienia mają swoje źródło w nieumiejętności konstruktywnego radzenia sobie z emocjami:

Rozdzielam w terapii uzależnienia, bo chcę żeby pacjent miał jasność, że jest uzależniony od różnych rzeczy, że jeśli mówię o abstynencji, to nie tylko od alkoholu. Chcę, żeby pamiętał, że ma skłonność do uzależniania się, że w sposób niezdrowy, destrukcyjny radzi sobie z emocjami. Na końcu terapii sam pacjent to łączy, mówiąc: jestem po prostu uzależniony i muszę o tym pamiętać. TN2204KWRO

Zdarzają się również terapeuci, którzy koncentrują się na tym problemie, który w odczuciu pacjenta jest w danej chwili najbardziej dojmujący, preferują styl pracy, który zakłada podążanie za potrzebami pacjenta, które on sam definiuje:

To zależy od pacjenta, bo jeżeli przychodzi pacjent i mówi, że dla niego największym problemem jest hazard, a nie narkotyki, to siadamy i przyglądamy się, czy te narkotyki nie są rzeczywiście problemem. Nie zakładamy od razu nad czym będziemy pracować. Najpierw m przyjdź pacjent, powiedzcie z czym ma problemy, jest diagnoza i dostosowujemy terapię do jego potrzeb. Jeśli pacjent będzie się upierał, że nie ma problemu z narkotykami, tylko z hazardem, to ja będę z nim pracować nad hazardem. TN0611KWAW

Bywa również, że terapeuci wychodzą od problemów, które nie są rozumiane, czy definiowane w kategoriach uzależnień, a raczej służą zbudowaniu bezpiecznej relacji, zyskaniu zaufania pacjenta. Dopiero w kolejnym etapie następuje koncentracja na uzależnieniu:

To się zmienia w trakcie terapii, ale na początku na pewno kładziemy bardzo duży nacisk na danie nadziei, na danie pewnego sensu jego życiu, bo jego życie jest bardzo często w rozsypce. Bardzo często jest też pozbawiony wsparcia w rodzinie, jest zostawiany sam sobie. Bardzo się szamocze, nie widzi już w swoim życiu celu. My mu mówimy wtedy przychodź tutaj, trzymaj się tego co tu jest. Bardzo jesteśmy nakierowani na takie dawanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania, takiej wiary w to, że ta pomoc przyniesie efekty czyli też pilnujemy żeby pacjent przychodził do nas regularnie. Jakby nie wierzymy w to, że jak to się rozrzedzi, że on będzie przychodził wtedy kiedy będzie chciał, to będzie to efektywne. My wiemy, że jeżeli tylko on się z nami w jakimś sensie zwiąże, co jest bardzo ważne bo on ma często naderwane więzi społeczne. On trochę można powiedzieć, że jest kompletnie sam i w zupełnym takim chaosie i pustce. My mu chcemy po prostu dać oparcie. I to jest niesłuchanie

ważne w tym pierwszym etapie terapii i też bardzo działamy właśnie w takiej sprawie ustabilizowania emocjonalnego funkcjonowania tego pacjenta. TA2104KWAW2

Pojawiły się bardzo zróżnicowane opinie na temat tego, na który problem pacjenta ze współwystępującymi uzależnieniami kładziony jest nacisk w terapii. Może być tym problem rodzaj uzależnienia. Pojawiła się opinia, że ponieważ leczenie ma miejsce w placówkach leczenia uzależnień od substancji, to większy nacisk kładziony jest właśnie na ten rodzaj uzależnienia. Według niektórych profesjonalistów podstawowym problemem jest uzależnienie od substancji i należy je rozwiązać w pierwszej kolejności, bo wtedy pacjentowi łatwiej sobie poradzić z problemem hazardu. Jednak padła również opinia, że istotne jest, by problem hazardu był traktowany w terapii na równi z innymi, by nie był pomijany. Wielu profesjonalistów zadeklarowało, że nie robi rozróżnienia w trakcie terapii na rodzaj uzależnienia koncentrując się na konsekwencjach jakie uzależnienia mają w życiu pacjentów lub na przyczynach wystąpienia uzależnienia. Bywa również, że terapeuci wychodzą od problemów, które nie są rozumiane, czy definiowane w kategoriach uzależnień, a raczej służą zbudowaniu bezpiecznej relacji, zyskaniu zaufania pacjenta. Dopiero w kolejnym etapie następuje koncentracja na uzależnieniu.

Potrzeby, na które lecznictwo odpowiada

To na jakie potrzeby osób ze współwystępowaniem odpowiada lecznictwo zależy od możliwości konkretnych placówek i ich kooperacji z innymi podmiotami. W niektórych placówkach oferowana jest pomoc prawna w zakresie problemów finansowych. Placówka może również nawiązać współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który jest w stanie zapewnić wsparcie w zaspokojeniu potrzeb socjalno-bytowych.

Nasza placówka zatrudnia prawnika. Natomiast to się coraz bardziej popularne robi, że prawnik jest, ale to nie jest takie oczywiste. Nie wiedzą o tym często, że można upadłość konsumencką zgłosić. Nie wiedzą co to jest w ogóle. Z czym to się je. W ogóle nie mają pojęcia, że oni mają taką możliwość. Bardzo często wracają, bo zanim zdążą dojść do siebie to już zabierane są im mieszkania, zabierane są im wszystkie środki. Nie mogą po prostu wyjść na prostą. TA1503KWAW

„W zakresie pomocy w wychodzeniu z bezdomności oraz problemów finansowych pacjentom udzielana jest pomoc socjalna (konsultacje z pracownikiem socjalnym

oraz uruchomienie trybu interwencji socjalnej w miejscu przebywania pacjenta – lokalny OPS).. TA0812KWA

Niektóre jednostki zatrudniają lekarza psychiatrę i istnieje możliwość konsultacji w zakresie doświadczanych problemów ze zdrowiem psychicznym. Istnieje także możliwość konsultacji z psychologiem.

„w zakresie problemów w obszarze zaburzeń psychicznych pacjenci mają dostęp do konsultacji z lekarzem psychiatrą, ponadto świadczone są konsultacje indywidualne z psychologiem/psychoterapeutą. TA0812KWA

My jesteśmy placówką prowadzącą terapię więc jesteśmy nastawieni na oddziaływania psychoterapeutyczne. Mamy lekarza psychiatrę więc w zakresie zdrowia psychicznego można powiedzieć, że taki pełen wachlarz tutaj świadczymy, ale nie zajmujemy się interwencją kryzysową, nie zajmujemy się pomocą społeczną. My zajmujemy się psychoterapią. Ewentualnie jeżeli u pacjenta są jakieś problemy to go kierujemy po pomoc gdzieś indziej, prawną czy do jakiegoś ośrodka pomocy społecznej, ale my jesteśmy nastawieni na pomoc psychoterapeutyczną. TA2104KWAW2

Niektóre placówki obejmują również pomocą rodziny swoich pacjentów oferując im możliwość terapii własnej, czy konsultacji:

W zakresie pomocy w budowaniu relacji rodzinnych dostępne są spotkania psychoedukacyjne dla rodzin, konsultacje indywidualne oraz grupa adresowana dla osób współzależniowych oraz sesje rodzinne. TA0812KWA

Część placówek ma ofertę pomocy w razie przypadku nawrotu choroby, prowadzone są na przykład specjalne grupy dla osób, które przeszły już terapię, ale z różnych powodów nie udało im się utrzymać abstynencji

M:- Co się dzieje jeżeli pacjent zakończy już terapię i przeżywa nawroty czy też kryzysy, które mogłyby doprowadzić do nawrotów. Czy może korzystać u Państwa z jakiegoś wsparcia?

- Tak, bo zapisuje się wtedy do terapeuty, u którego był i wtedy ma normalnie sesje indywidualną i nawet nie wiem w rok czy dwa po zakończeniu terapii taki pacjent się zgłasza, ma sesje i terapeuta wtedy być może się to uda w trakcie tej sesji albo jeszcze jakieś spotkania, czyli uda się po prostu rozwiązać jego problemy, często pacjent przychodzi z jakąś niepewnością, potrzebuje wsparcia i się okazuje, że po jednej sesji on się jakoś wyrównał już, już wie co się dzieje. A jeżeli nie no to go

kierujemy np. na grupy nawrotowe do naszej placówki. Także on jest zaopiekowany nawet po zakończeniu terapii. TA2104KWAW2

Placówki, jeśli nie dysponują ofertą na miejscu, to starają się kierować pacjenta do innych instytucji, gdzie będzie mógł zrealizować również inne swoje potrzeby, znaleźć adekwatną do doświadczanych problemów pomoc.

M:- Co się dzieje jak pacjent zgłasza takie problemy?

- To my go wtedy bardzo skrupulatnie wysłuchujemy. Często mu coś podpowiadamy zwłaszcza w pierwszym okresie terapii to jest i mówimy mu „to ja Ci dam adres albo to podejdź do recepcji, to recepcjonistka pomoże, gdzieś skieruje, da telefon”. Tak, jak najbardziej. TA2104KWAW2

Też współpracujemy z różnymi ośrodkami, hostelami gdzie jeżeli pacjent ma taką... jest w takiej potrzebie, że potrzebuje, jest bezdomny albo ma zgodę na to żeby zmienić środowisko, bo to środowisko jest dla niego bardzo zagrażające to jak najbardziej współpracujemy z takimi ośrodkami, też informujemy pacjentów o tych ośrodkach. Natomiast też jak najbardziej ośrodek i terapeuci współpracują z różnymi klubami abstynentami, meetingami, osobami, absolwentami oddziałów i też akurat tutaj na terenie Wrocławia jest klub abstynenta, w którym pacjenci mogą korzystać z doradztwa finansowego czy mieć bezpłatne konsultacje z prawnikiem. TA2503KWRO

Potrzeby osób ze współwystępowaniem, na które odpowiada leczenie zależy od możliwości konkretnych placówek i ich kooperacji z innymi podmiotami. W niektórych placówkach oferowana jest pomoc prawna w zakresie problemów finansowych. Placówka może również nawiązać współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który jest w stanie zapewnić wsparcie w zaspokojeniu potrzeb socjalno-bytowych. Niektóre jednostki zatrudniają lekarza psychiatrę/psychologa i istnieje możliwość konsultacji w zakresie doświadczanych problemów ze zdrowiem psychicznym. Niektóre placówki obejmują również pomocą rodziny swoich pacjentów oferując im możliwość terapii własnej bądź konsultacji, oraz mają ofertę pomocy w razie przypadku nawrotu choroby. Placówki, jeśli nie dysponują ofertą na miejscu, to starają się kierować pacjenta do innych instytucji, gdzie istnieje możliwość odpowiedzi na potrzeby pacjentów.

Potrzeby, które nie są zaspokojone

Profesjoniści dostrzegają braki w ofercie placówek, które reprezentują. Nie są w stanie zapewnić pacjentom na miejscu wszystkich usług, które byłyby istotne dla zaspokojenia ich potrzeb, rozwiązania problemów.

Część placówek nie jest w stanie pomóc pacjentom w próbie rozwiązania problemów finansowych, zaplanowaniu spłaty długów, negocjacji z bankami:

Nie ma tutaj na miejscu uzyskania pomocy w kwestiach finansowych. Myślę, że faktycznie potrzebny jest fachowiec, żeby pomóc tworzyć plany spłaty zadłużenia, pomóc w rozmowach z bankami i innymi miejscami, w których długi powstały. Ja nie mam poczucia kompetencji w takich sprawach. TN3004kWRO

Jeśli chodzi o ofertę stricte terapeutyczną, to profesjoniści widzą potrzebę rozszerzenia oferty o grupy wsparcia, ofertę terapii dla rodzin, warsztaty umiejętności społecznych oraz o pogłębioną psychoterapię:

Potrzebne są grupy wsparcia, żeby ludzie mogli się ze sobą spotykać, żeby terapia nie ograniczała się tylko do spotkań raz lub dwa razy w tygodniu. Terapia indywidualna to za mało. TN0611KWAW

My możemy zagwarantować terapię uzależnienia, nawet pogłębioną, ale widzimy potrzebę psychoterapii TN1304KWAWA

Nie jesteśmy w stanie zapewnić treningów umiejętności społecznych, a jest olbrzymia potrzeba. Chodzi o treningi konstruktywnej komunikacji, konstruktywnego radzenia sobie ze złością, stresem. TN1304KWAWA

No to nad czym bolejemy to są sesje rodzinne, które wykonujemy jakby dodatkowo, poza planem tutaj placówki, ponieważ sesje te nie wchodzi u nas w skład procedury w programie podstawowym. Kiedyś mieliśmy możliwość organizowania takich sesji i były one refundowane przez urząd miasta. Jest bardzo duże zapotrzebowanie na te sesje. TA2203KWRO

Za mało czasu według nich przeznaczane jest na pracę indywidualną z pacjentem, a osoby ze współwystępującymi uzależnieniami potrzebują więcej uwagi terapeuty, są pacjentami, którym trzeba poświęcić więcej czasu.

Na pewno praca z taką osobą jest bardziej czasochłonna. Pracuję w placówce, która ma określony plan leczenia, a przydałoby się chociażby więcej godzin poświęconych na terapię indywidualną. TN1304kWAW

Poza tym w opinii profesjonalistów zbyt mało uwagi przykładana się w terapii do problemu uzależnienia od hazardu. Wiąże się to z jednej strony z profilem placówek,

do których trafiają osoby ze współwystępowaniem, a z drugiej z tym, że wciąż niewiele osób z rozpoznaniem zaburzeń hazardowych trafia do placówek.

„Staramy się jak możemy żeby pomagać jak najobszerniej i szeroko tym pacjentom (ze współwystępowaniem uzależnienia od substancji i hazardu) natomiast mam wrażenie, że Ci pacjenci jednak wychodzą z takim poczuciem, że więcej w tym ośrodku się zajmowali właśnie tym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, bo tak jak wcześniej wspomniałam to jest ośrodek gdzie dominuje leczenie pacjentów uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Myślę, że wychodzą z takim poczuciem, że trochę tej przestrzeni takiej typowo hazardowej, takiej pracy nad hazardem czy też w grupie pacjentów hazardowych było za mało. Bo ich jest zawsze mało więc jest mała grupa osób, do których można się odnieść. No to jest chyba największy problem, że jednak cały czas jest tych pacjentów bardzo mało no i też nie jesteśmy w stanie w żaden sposób na to wpłynąć, bo też nie do końca my kwalifikujemy pacjentów do oddziału. Poza tym jeszcze niewielu hazardzistów z rozpoznaniem hazardu i alkoholu się do nas zgłasza. TA2503KWRO

Część krytycznych uwag profesjonalistów dotyczyła dostępności placówek i zasad w nich obowiązujących. Zwrócono uwagę na godziny pracy, które niektórym pacjentom mogą nie odpowiadać oraz na zasady placówki, które wymagają od pacjenta stałego przebywania na oddziale:

Panuje u nas zasada, że pacjent nie może opuszczać ośrodka w trakcie trwania terapii, a często pacjenci w ciągu tych sześciu tygodni terapii potrzebują zajmować się bieżącymi sprawami, związanymi z pracą, czy innymi zobowiązaniami. TN2204KWRO

Placówki leczenia uzależnień nie są w stanie zapewnić pacjentom na miejscu wszystkich usług, które byłyby istotne dla zaspokojenia ich potrzeb, rozwiązania problemów. Istotna grupa problemów dotyczy spraw finansowych (zaplanowanie spłaty długów, negocjacje z bankami). Poza tym nie wszystkie placówki oferują grupy wsparcia, terapię dla rodzin, warsztaty umiejętności społecznych, oraz pogłębioną psychoterapię, a dostrzegana jest potrzeba tego rodzaju działań. Za mało czasu według profesjonalistów przeznaczane jest na pracę indywidualną z pacjentem, a osoby ze współwystępującymi uzależnieniami potrzebują w ich opinii więcej uwagi terapeuty, są pacjentami, którym trzeba poświęcić więcej czasu. Część krytycznych uwag profesjonalistów dotyczyła dostępności placówek i zasad w nich obowiązujących.

IV Podsumowanie

Wyniki badania z pacjentami

Trudności z identyfikacją współwystępujących zaburzeń i kolejności ich pojawiania się mogą wynikać z lekceważenia uzależnienia od alkoholu, jako czegoś powszechnego oraz braku znajomości konceptu współuzależnienia.

Badani identyfikowali wiele czynników mogących mieć wpływ na rozwój uzależnienia. Można je zaklasyfikować, jako czynniki psychologiczne i społeczne. Do czynników psychologicznych zaliczają się chęć poradzenia sobie z emocjami, wyrzutami sumienia za pomocą substancji, chęć dodania sobie odwagi, dostarczenia adrenaliny, zapomnienia o samotności, podniesienia poczucia własnej wartości, zaspokojenie ciekawości, zapomnienia i oderwania się od rzeczywistości. Respondenci, z pierwotnymi zaburzeniami hazardowymi ich rozwoju upatrywali również w silnych emocjach towarzyszących graniu, wywołujących podniecenie oraz umożliwiających zapomnienie o trudnościach dnia codziennego. Zdaniem respondentów hazard pozwalał skanalizować emocje, które pojawiały się w życiu seksualnym oraz te wywołane wygranymi i przegranymi. Niektórzy twierdzili, że rozwinęło się u nich uzależnienie ponieważ wykazują oni większą podatność na ich wystąpienie związaną z uwarunkowaniami genetycznymi.

Wśród społecznych determinantów występowania uzależnienia badani identyfikowali wpływ środowiska rówieśniczego, znajomych z którymi używali substancji, bądź w których towarzystwie grali, status uzależnienia od narkotyków jako elitarnego zjawiska, które pozwala poczuć się wyjątkowo, używanie substancji, aby dobrze się bawić i być społecznie atrakcyjnym, uzależnienie rodziców i zaniedbywanie emocjonalne w dzieciństwie, konflikty z rodzicami, jak również przemoc oraz brak poczucia bezpieczeństwa w tak funkcjonującej rodzinie, słaba kontrola rodzicielska, rozwód rodziców, uzależnienie bliskich krewnych. Również rodzina, którą sami założyli mogła przyczynić się do rozwoju uzależnienia (związek z osobą uzależnioną, stres związany z ważnymi wydarzeniami życiowymi, nową sytuacją życiową.) Na wystąpienie pierwszego uzależnienia mogła mieć także wpływ dostępność substancji, akceptacja otoczenia dla jej używania. W przypadku hazardu, badani

twierdzili, że chęć wzbogacenia się była przyczyną wystąpienia tego rodzaju zaburzeń.

Za rozwój drugiego uzależnienia odpowiadały występujące zaburzenia psychiczne, będące konsekwencją pierwszego uzależnienia oraz skłonność do uzależniania się. Badani starali się zminimalizować dotkliwość zaburzeń psychicznych za pomocą substancji, która miałaby im poprawić sen i wyeliminować lęki. Alkohol lub narkotyki pozwalały zapomnieć o konsekwencjach pierwszego uzależnienia oraz poprawiały nastrój po przegranych, pozwalały na oderwanie się od rzeczywistości i problemów, regulowały emocje. Rozwój kolejnego uzależnienia był uwarunkowany używaniem substancji i graniem w tym samym czasie, kiedy to badani nie potrafili uprawiać hazardu bez picia alkoholu bądź użycia narkotyków. Ci, którzy starali się odstawić substancję zastępowali ją sobie grami hazardowymi, aby dostarczyć sobie emocji bądź utrzymać ich stały poziom. Jednak nie wszyscy respondenci dostrzegali związek i wpływ jednego uzależnienia na wystąpienie drugiego. Na rozwój drugiego uzależnienia mieli wpływ znajomi bądź współmałżonek, którzy byli inicjatorami tego zachowania, wciągali badanych w grę bądź w używanie substancji. Kiedy to zaburzenia hazardowe były drugim uzależnieniem ich przyczyn badani upatrywali w chęci odegrania pojawiającej się po kolejnych przegranych bądź traktowali hazard jako źródło zarobku dodatkowych pieniędzy. Również potrzeba rywalizacji, jako wzorzec wyniesiony z domu rodzinnego był traktowany jako przyczyna rozwoju zaburzeń hazardowych.

Wystąpienie uzależnienia zmieniało życie badanych. Zmiany były widoczne w zarówno w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym i wiązały się z rozwojem najpierw pierwszego a później drugiego zaburzenia. Funkcjonowanie indywidualne było zaburzone przez wystąpienie zaburzeń psychicznych, wywołanych głównie używaniem alkoholu i narkotyków. Silne emocje jakie towarzyszyły badanym na co dzień próbowali oni regulować nie tylko za pomocą substancji bądź zachowania hazardowego, ale również poprzez kontakty seksualne. Badani mieli problemy z powstrzymaniem się od używania substancji psychoaktywnych i uprawiania hazardu, często poświęcając na to każdą wolną chwilę. Po uświadomieniu sobie, że mogą mieć problem, próbowali ograniczać lub kontrolować swoje uzależnienie. U niektórych badanych używanie substancji wywoływało chęć grania, inni świadomie rezygnowali z picia lub narkotyków, ponieważ obniżało to szanse na wygraną.

Picie, używanie narkotyków bądź uprawianie hazardu tak ich pochłaniało, że w niektórych przypadkach skutkowało rozpadem małżeństwa, pogorszeniem bądź zerwaniem relacji - z partnerem, rodziną, znajomymi. Ograniczenie kontaktów społecznych miało doprowadzić do ukrycia używania substancji bądź ukrywania grania, co skutkowało rozwojem uzależnienia, wypadaniem z ról społecznych i zawodowych oraz eskalacją konfliktów. Używanie substancji lub uprawianie hazardu z jednej strony mogło stymulować rozwój zawodowy (możliwość pod wpływem stymulantów długiej i wytężonej pracy), częściej jednak przysparzało trudności w szkole, pracy, skutkowało zaniedbaniem obowiązków służbowych i prowadziło do zwolnienia. Funkcjonowanie społeczne osób ze współwystępującymi zaburzeniami obejmowało zachowania niezgodne z prawem, najczęściej kradzieże, związane z koniecznością pozyskania środków na zakup substancji lub na grę. Szczególnie zaburzenia hazardowe pochłaniały dużo pieniędzy, przez co badani często nie mieli środków do życia, brali kredyty, których nie spłacali, z drugiej strony konieczność dysponowania dużą ilością gotówki wiązała się z większą mobilizacją do szukania nowych możliwości zarobku, większej kreatywności i przedsiębiorczości.

Rodzaj substancji czy zaburzenia hazardowe nie wiązały się ze specyficznymi zmianami w funkcjonowaniu. Jedynie w przypadku problemów finansowych wystąpienie hazardu było ściśle z nim związane, z kolei zaburzenia psychiczne powiązane były w większym stopniu z rozwojem uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Badani identyfikowali wiele motywów, które przyczyniały się do podjęcia przez nich decyzji o rozpoczęciu leczenia. Często był to szereg różnych zdarzeń, których konsekwencje badany dotkliwie odczuwał i pod wpływem których decydował się na jego podjęcie. Wśród zidentyfikowanych motywów szukania pomocy i rozpoczęcia terapii badani wyróżnili presję rodziny wynikającą z nadmiernego picia, używania substancji bądź przegrywania pieniędzy, problemy finansowe, jednorazowe przegranie dużej ilości pieniędzy, utrata pracy, mieszkania, stanie się osobą bezdomną, problemy związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. Zdarzali się badani, którzy twierdzili, że podjęli leczenie ponieważ są wyczerpani nałogiem, nie czerpią radości z życia i nie mają już chęci pić, używać narkotyków i grać w gry hazardowe. Doszli do takiego etapu, że nie daje im to żadnych przyjemności. Podejmując leczenie chcą się usatysfakcjonować, pragną normalności bądź robią to dla

najbliższych. Jednak niektórzy, podejmując leczenie stawiają sobie za cel zaprzestanie używania substancji, ale nie grania.

Część osób ma świadomość współwystępowania uzależnień. Inne bądź negują istnienie jednego z uzależnień, bądź świadomie w trakcie terapii je zatajają, chcąc czerpać z niego w dalszym ciągu korzyści lub nie doceniając jego znaczenia.

Zdaniem badanych podstawowym efektem leczenia jest utrzymywanie abstynencji, poprawa samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz pozyskanie wiedzy o czynnikach odpowiedzialnych za używanie substancji i graniu, pozwalających ograniczyć ryzyko złamania abstynencji. Uczestnictwo w terapii odbierało badanym przyjemność z picia, używania narkotyków lub grania ukazując negatywne konsekwencje i dostarczając im wiedzy o szkodliwości takiego zachowania.

Najważniejsze problemy postrzegane przez badanych, którzy byli w trakcie terapii związane były ze współwystępującymi zaburzeniami i wynikającymi z nich trudnościami z utrzymywaniem abstynencji od substancji i grania. Zdaniem pacjentów, trudniej jest zapanować nad zaburzeniami hazardowymi niż nad uzależnieniem od substancji, gdyż nie jest ono tak widoczne, przez co łatwiejsze do ukrycia. Dla badanych ważna była również poprawa zdrowia fizycznego i kontrola nad emocjami, spłacenie długów, znalezienie pracy, mieszkania oraz poprawa relacji rodzinnych.

Badani wyróżnili szereg motywów, którymi kierowali się wybierając placówkę leczniczą. Osoby, które same wyszukiwały placówkę i podejmowały decyzję o zgłoszeniu się do niej kierowały się zapewnieniem anonimowości, bliskością do miejsca zamieszkania, szybkim terminem przyjęcia. Ci, którzy wybierali leczenie w placówce prywatnej uważali, że dostaną w niej bardziej profesjonalną pomoc niż w placówce publicznej. Niektórzy uzależnieni od narkotyków, wybierali te placówki, w których mieli możliwość równoległego leczenia chorób zakaźnych oraz dostępu do terapii substytucyjnej. Motywem wyboru placówki były także pozytywne doświadczenia związane z wcześniejszą terapią oraz rekomendacje uzyskane od osób, które się w niej leczyły, od lekarza pierwszego kontaktu, uzyskane na mityngu lub w punkcie informacyjno konsultacyjnym. Wielu badanych miało ograniczony wpływ na wybór placówki ponieważ to rodzina wytypowała miejsce, umówiła wizytę z

terapeutą, często przekazując jedynie o tym informację osobie z zaburzeniami. Badani, mimo posiadania wiedzy o współwystępujących zaburzeniach, wybierając placówkę nie kierowali się ofertą terapeutyczną dostępną w ośrodku, umożliwiającą leczenie dwóch rodzajów uzależnień. Pacjenci placówek nie interesowali się, czy w danej placówce znajdują pomoc obejmującą leczenie uzależnienia od substancji i zaburzeń hazardowych.

Badanie pozwoliło na identyfikację mocnych stron oferty terapeutycznej, która jest dostępna w placówkach, gdzie respondenci podejmowali leczenie, jak również zalet całego systemu leczenia uzależnień. Mocną stroną systemu jest to, że terapia dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od substancji i zaburzeniami hazardowymi jest bezpłatna, mimo braku ubezpieczenia zdrowotnego. Również możliwość wyboru formy terapii – ambulatoryjnie, dziennie lub stacjonarnie oraz oferta leczenia detoksykacyjnego jest dla pacjentów dużą zaletą. Tak samo jak możliwość uczestnictwa w zajęciach w godzinach rannych i popołudniowych. Istotne dla badanych były ogólne warunki lokalowe, zapewniające atmosferę intymności i sprzyjające terapii. Dla osób ze współwystępującym uzależnieniem od narkotyków ważna była obecność apteki mieszczącej się w tej samej placówce, gdzie mogli pobrać leki substytucyjne. Dla badanych zaletą placówki był personel, głównie terapeuci, którzy w ich ocenie byli profesjonalistami, posiadali odpowiednią wiedzę i umiejętności, obdarzali pacjentów zaufaniem, życzliwością, szacunkiem. Szczególnie doceniani byli terapeuci, którzy sami byli uzależnieni, ukończyli leczenie i utrzymują abstynencję. Jednak badani oceniając kompetencje terapeutów skupiali się na leczeniu jednego uzależnienia, z którym się zgłosili, a nie umiejętności terapii współwystępujących zaburzeń. Z wypowiedzi badanych wynika, że terapeuci traktowali uzależnienia rozłącznie, a nie całościowo, specjalizując się w leczeniu uzależnienia od alkoholu, narkotyków i hazardu. Mocną stroną oferty był również program terapeutyczny który mimo specjalizacji placówki w leczeniu tylko jednego uzależnienia, dopuszczał możliwość terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami oraz będących w trakcie leczenia farmakologicznego. Mocną stroną programu terapeutycznego był reżim związany z restrykcyjnym przestrzeganiem obecności na zajęciach oraz rozdzielanie części wykładowej i warsztatowej, co przekładało się na skrócenie bloków zajęciowych. Metody poruszane w programie wydawały się pacjentom nowoczesne, przyczyniające się do poprawy

funkcjonowania, przynoszące dobre efekty. Co było ważne dla badanych, program uwzględniał pracę z emocjami, uczył ich kontroli oraz motywował do budowania siatki wsparcia, która pomagałaby w trudnych sytuacji po zakończeniu leczenia. Program uwzględniał warsztaty interpersonalne, które były bezpłatne i zorganizowane w weekendy, co powodowało że były dostępne dla szerszego grona pacjentów.

W ramach badania udało się zidentyfikować słabe strony w ofercie terapeutycznej placówek. Wiążą się one głównie z organizacją systemu leczenia. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami nie widzą w systemie możliwości leczenia tego typu zaburzeń z wykorzystaniem specjalnej ścieżki terapeutycznej. Terapia odbywa się w placówkach leczenia uzależnienia od substancji, a uczestnikami są głównie osoby u których występuje tylko jeden rodzaj zaburzenia. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, u których dominującym zaburzeniem jest hazard, mają trudności z odnalezieniem się w grupie terapeutycznej, której uczestnikami są przede wszystkim uzależnieni od alkoholu lub narkotyków. W takiej sytuacji terapia odbywa się głównie w formie indywidualnej. W placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych materiały edukacyjne przeznaczone są tylko dla jednego rodzaju uzależnienia, przez co pacjenci sami muszą je dostosowywać do swoich potrzeb. Oferta placówek obejmuje często pomoc tylko w zakresie danego zaburzenia, w jakim specjalizuje się placówka. Najczęściej nie ma możliwości podjęcia terapii psychologicznej zaburzeń psychicznych (psychoterapii). Również placówki nie świadczą pomocy w rozwiązywaniu problemów wynikających z używania substancji bądź grania z obszaru problemów z prawem, czy socjalno-bytowych. Pacjenci doświadczający tego typu problemów kierowani są do innych instytucji. Słabymi stronami obowiązującej oferty były duża odległość od miejsca zamieszkania oraz długi czas oczekiwania na leczenie, kiedy to osobom ze współwystępującymi zaburzeniami trudno jest się powstrzymać od grania lub używania substancji. Do słabych punktów oferty badani zaliczyli złe warunki lokalowe i wyżywienie. Osoby, które miały doświadczenia z prywatnym lecnictwem są zdania, że wysokie koszty są do zaakceptowania jedynie przez osoby pozostające w dobrej sytuacji finansowej. Do mankamentów oferty terapeutycznej zaliczony został sam program terapeutyczny obowiązujący w placówkach oraz jego cel jakim jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Trudności w utrzymywaniu abstynencji mogą wynikać z nieuwzględnienia w programie specjalnej ścieżki dla osób z zaburzeniami

współwystępującymi, których funkcjonowanie społeczne różni się od funkcjonowania osób tylko z jednym uzależnieniem. Złamanie abstynencji lub zakazu uprawiania hazardu w trakcie leczenia wiązało się z wydaleniem z placówki. Zdarza się, że mankamentem dostępnej oferty są kontakty z personelem, który nie trzyma się regulaminu i faworyzuje niektórych pacjentów oraz zbytnio ingeruje w życie prywatne.

Wydarzenia życiowe, które były ważne dla badanych były związane z różnymi obszarami – rodzinnym, kontaktów społecznych, prawnym, edukacji, zawodowym i zdrowia. W obszarze życia rodzinnego wydarzeniami, które pozostały w pamięci były ślub, rozstanie, rozwód, narodziny dziecka i jego utrata, śmierć rodziców i innych bliskich osób, utrata mieszkania, wychowanie w domu, gdzie jedno z rodziców było uzależnione, dowiedzenie się o uzależnieniu dziecka i jego problemach. Dla badanych wydarzeniami przełomowymi były te, które miały miejsce w młodości - inicjacja w używaniu substancji psychoaktywnych bądź graniu, pierwsze upicie się, kontakty z pornografią, podjęcie współżycia seksualnego. Ważne wydarzenia były także związane z wyprowadzką z domu rodzinnego, konfliktami z prawem i wiążącymi się z tym pobytami w areszcie lub więzieniu, egzaminami maturalnymi, zmianami uczelni, kierunku studiów, pracy. Równie istotne było podjęcie leczenia, jego ukończenie, utrzymywanie abstynencji i przyznanie się przed sobą i najbliższymi do występowania zaburzenia.

Ważne sytuacje i wydarzenia życiowe, które mają wpływ na wystąpienie uzależnienia związane są ze zdarzeniami z obszaru życia rodzinnego – narodzinami dziecka, zdradą w związku, konfliktami w rodzinie skutkującymi rozstaniem lub rozwodem, różnymi wydarzeniami traumatycznymi, przykrymi dla pacjentów związanymi ze śmiercią bliskiej osoby. Konflikty w rodzinie skutkowały koniecznością opuszczenia domu i bezdomnością. Również występowanie uzależnienia w domu rodzinnym i wynikające z niego zaniedbywanie emocjonalne były identyfikowane jako wydarzenia przełomowe mające wpływ na wystąpienie uzależnienia w dorosłości. Uczestnictwo w życiu społecznym i wydarzenia życiowe występujące w tym obszarze miały przyczynić się do wystąpienia uzależnienia. Były to wczesna inicjacja w używaniu substancji, wyprowadzka z domu rodzinnego, zaangażowanie w grupy koleżeńskie, prowadzenie luźnego stylu życia, chęć zarobienia pieniędzy, uczestniczenie w

grupach rówieśniczych, w której były obecne substancje. Respondenci identyfikowali również zdarzenia z obszaru życia zawodowego, przyczyniające się do rozwoju uzależnienia. Związane one były ze zmianą pracy, zajęciem odpowiedzialnego stanowiska, jej utratą i związanym z tym stresem, łatwym dostępem do substancji w pracy. W obszarze związanym z leczeniem za czynnik, z którym było związane wystąpienie zaburzeń było usunięcie z ośrodka terapeutycznego w trakcie leczenia za złamanie abstynencji, co mogło przyczynić się do pogłębienia uzależnienia.

Rekomendacje pacjentów dotyczyły kształtu systemu opieki nad osobami ze współwystępującymi zaburzeniami oraz programu terapeutycznego. Osoby, u których aktualnie dominują zaburzenia hazardowe, postulują utworzenie osobnej grupy tylko dla nich, ponieważ nie ma problemów z dostępem do leczenia uzależnienia od substancji, kiedy to ono w danym momencie dominuje. Badani rekomendują również, aby każde z uzależnień było traktowane oddzielnie, mimo że mechanizmy rozwoju są takie same. Jednak są też pacjenci, przede wszystkim osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od narkotyków, którzy rekomendują terapię w grupach mieszanych, gdzie obecni są uzależnieni od alkoholu, narkotyków i z zaburzeniami hazardowymi. Pacjenci postulowali również konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki poprzez prowadzenie pełniejszego niż obecnie wywiadu psychiatrycznego, pozwalającego zidentyfikować dodatkowe zaburzenia związane z uzależnieniami. Istotne jest aby ich diagnoza i leczenie odbywało się w tej samej placówce. Dla badanych ważne było zwiększenie liczby spotkań indywidualnych, poprawa zaplecza socjalnego i warunków lokalowych, rozwój oferty pomocowej w zakresie konsultacji z prawnikiem, ekspertem finansowym, objęcie wsparciem ich partnera lub rodziny oraz skrócenie czasu oczekiwania na leczenie i czasu niezbędnego na zmianę grupy terapeutycznej.

W celu poprawy jakości systemu leczenia uzależnień w placówkach powinni być zatrudniani wykwalifikowani terapeuci, którzy potrafią udzielić profesjonalnej pomocy osobom ze współwystępującymi zaburzeniami. Jednocześnie pacjenci rekomendują zwiększenie dostępu do terapeutów i psychologów oraz zatrudnienie terapeutów, którzy sami byli uzależnieni i zakończyli leczenie. Badani postulują, aby terapeuci w procesie leczenia indywidualizowali pacjentów i dostosowali materiały edukacyjne do danego rodzaju zaburzenia. Terapeuci powinni również informować i zachęcać do uczestnictwa w mitingach Anonimowych Alkoholików, Narkomanów lub Hazardzistów

równoległe z uczestnictwem w terapii oraz organizować aktywności wypełniające wolny czas, szczególnie w ośrodkach opieki stacjonarnej.

Wyniki badania z profesjonalistami

Jeśli chodzi o funkcjonowanie osób ze współwystępowaniem, to według profesjonalistów osoby z problemem współwystępowania przejawiają szerszy wachlarz zachowań autodestrukcyjnych i angażują się w te zachowania z dużo większą intensywnością niż inne kategorie pacjentów. Takie funkcjonowanie tych osób jest często warunkowane ich trudnymi, czy wręcz traumatycznymi doświadczeniami z okresu dzieciństwa. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami doświadczają więcej problemów natury emocjonalnej. Można zaobserwować u nich zwiększoną potrzebę na stymulację. Poszukują mocnych, silnych wrażeń w różnych obszarach swojego życia. Mogą pojawiać się u nich zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia osobowości. Z jednej strony istnienie zaburzeń psychicznych nakłada się na problemy uzależnienia, z drugiej nagromadzenie problemów związanych z uzależnieniami może prowadzić do wystąpienia różnego typu zaburzeń. Zwrócono również uwagę na słabsze funkcjonowanie społeczne tych osób, na ich problemy w nawiązaniu i utrzymaniu relacji intymnej, zaniedbywanie więzi rodzinnych. Większości osób ze współwystępującym uzależnieniem nie udaje się utrzymać małżeństwa i nie wykazują wystarczającej inicjatywy w kontaktach ze swoimi dziećmi. Od rodziny oczekują pomocy w rozwiązaniu swoich problemów. Pogorszeniu ulegają również relacje towarzyskie. Z powodu wstydu, poczucia winy osoby ze współwystępującymi uzależnieniami ograniczają znacząco swoje kontakty z innymi. Znaczącym problemem jest konieczność spłaty zaciągniętych długów. Nerozwiazane problemy finansowe mogą być powodem powrotu do uzależnienia. Zdarza się, że osoby uzależnione nawiązują relacje ze światem przestępczym w celu zdobycia pieniędzy, co w konsekwencji może prowadzić do sytuacji zagrażających ich zdrowiu, czy życiu. Osobom z uzależnieniem tylko od substancji łatwiej jest po terapii zażegnać problemy niż osobom, które mają również zaburzenia hazardowe. Życie w ciągłym napięciu związanym z nierozwiązaną sytuacją finansową może negatywnie wpływać na życie takich osób. Osoby ze współwystępującym uzależnieniem w porównaniu do osób z zaburzeniami hazardowymi w czystej postaci doświadczają destrukcji nie tylko w sferze życia osobistego, ale także w obszarze zdrowia fizycznego.

Czynnikami, które wpływają na to, że do pierwszego, pierwotnego uzależnienia dołączane jest kolejne są: obracanie się w towarzystwie ludzi, którzy sami mają problem współwystępowania uzależnień lub korzystają z różnorodnych środków stymulacji, uzależnienie od substancji może zwiększać potrzebę stymulacji z jednej strony, z drugiej - osłabiać mechanizmy hamujące, komplementarność uzależnień/zachowań (do alkoholu, który działa rozluźniająco dołączany jest hazard będący odpowiedzią na potrzebę stymulacji), łagodzenie skutków uprawiania hazardu poprzez używanie substancji psychoaktywnych, zastępowanie jednego uzależnienia innym, podatność na występowanie uzależnień.

Motywy dotyczące wyboru placówki odnoszą się do dostępności placówki (odległość od miejsca zamieszkania, długość trwania terapii, tryb leczenia stacjonarny versus ambulatoryjny) oraz zawartości i jakości oferty leczniczej. Niektórzy pacjenci kierują się opiniami innych o placówce. Istotnym czynnikiem wpływającym na wybór placówki jest łatwy dostęp do informacji na jej temat.

W zasadzie nie ma odrębnej ścieżki terapeutycznej dla osób z występującym uzależnieniem od hazardu lub osób ze współwystępowaniem uzależnienia behawioralnego i od substancji. Osoby takie podejmują leczenie w ośrodkach leczenia uzależnień. Zdarza się, że w ramach podstawowego programu terapii uzależnień zawarte są elementy pracy nad uzależnieniami behawioralnymi (grupy, warsztaty i kontakt indywidualny). Wydaje się, że większość profesjonalistów nie widzi potrzeby tworzenia specjalnej ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi uzależnieniami lub mają wątpliwości, czy praca z taką grupą przyniosła by pozytywne rezultaty. Brak potrzeby specjalnej ścieżki leczniczej dla osób ze współuzależnieniem uzasadniany jest koncepcją uzależnień, która zakłada, że niezależnie od czego pacjent jest uzależniony, to same mechanizmy są takie same, nieważne czy jest to substancja, czy zachowanie. Niekiedy w trakcie terapii podejmowane są wysiłki, by zindywidualizować program leczenia, ofertę w zależności od tego, jakich problemów doświadcza pacjent. Większa szansa na terapię, bardziej dopasowaną do potrzeb, pojawia się podczas terapii prowadzonej indywidualnie, gdyż wtedy terapeuta kładzie większy nacisk na specyfikę sytuacji konkretnego pacjenta. Terapeuci deklarują starania by uwzględnić specyfikę

różnych uzależnień w prowadzonej terapii, po to by osoby uzależnione nie tylko od alkoholu, czy narkotyków lepiej odnalazły się w grupie i nie miały poczucia niezrozumienia. Dla osób, które doświadczają wielu problemów lub które potrzebują dłuższego czasu by uporać się ze swoim problemem istnieje oferta terapii pogłębianej, która wykracza poza standardową ofertę.

W przypadku osób, u których zdiagnozowano współwystępowanie hazardu i uzależnień od substancji terapia może mieć trudniejszy przebieg. Chodzi tu o zwiększoną ilość epizodów nawrotów oraz większą trudność w wyjściu z uzależnienia. Problemy w terapii są związane z brakiem różnorodnych zasobów pacjenta, na których mógłby oprzeć swój proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń sprawia, że przebiegają one w ostrzejszej formie, ich objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność do wyjścia z uzależnienia. Problemem w terapii może być zatajanie drugiego uzależnienia przez pacjenta i/lub nie wychwycenie problemu przez profesjonalistę. Przyczyną zatajenia może być chęć utrzymania jednego nałogu i czerpania z niego korzyści lub wstyd przez ujawnieniem drugiego z uzależnień.

Potrzeby osób ze współwystępującymi uzależnieniami w opinii profesjonalistów dotyczą uzyskania porady prawnej i doradztwa finansowego, kontaktu w trakcie terapii z osobami mającymi podobne doświadczenia, pomocy w zaburzeniach psychicznych, objęcia pomocą całej rodziny, pomocy w znalezieniu pracy.

Pojawiły się bardzo zróżnicowane opinie na temat tego, na który problem pacjenta ze współwystępującymi uzależnieniami kładziony jest nacisk w terapii. Może być tym problem rodzaj uzależnienia. Pojawiła się opinia, że ponieważ leczenie ma miejsce w placówkach leczenia uzależnień od substancji, to większy nacisk kładziony jest właśnie na ten rodzaj uzależnienia. Według niektórych profesjonalistów podstawowym problemem jest uzależnienie od substancji i należy je rozwiązać w pierwszej kolejności, bo wtedy pacjentowi łatwiej sobie poradzić z problemem hazardu. Jednak padła również opinia, że istotne jest, by problem hazardu był traktowany w terapii na równi z innymi, by nie był pomijany. Wielu profesjonalistów zadeklarowało, że nie robi rozróżnienia w trakcie terapii na rodzaj uzależnienia koncentrując się na konsekwencjach jakie uzależnienia mają w życiu pacjentów lub na przyczynach wystąpienia uzależnienia. Bywa również, że terapeuci wychodzą od

problemów, które nie są rozumiane, czy definiowane w kategoriach uzależnień, a raczej służą zbudowaniu bezpiecznej relacji, zyskaniu zaufania pacjenta. Dopiero w kolejnym etapie następuje koncentracja na uzależnieniu.

Potrzeby osób ze współwystępowaniem, na które odpowiada leczenie zależą od możliwości konkretnych placówek i ich kooperacji z innymi podmiotami. W niektórych placówkach oferowana jest pomoc prawna w zakresie problemów finansowych. Placówka może również nawiązać współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który jest w stanie zapewnić wsparcie w zaspokojeniu potrzeb socjalno-bytowych. Niektóre jednostki zatrudniają lekarza psychiatrę/psychologa i istnieje możliwość konsultacji w zakresie doświadczanych problemów ze zdrowiem psychicznym. Niektóre placówki obejmują również pomocą rodziny swoich pacjentów oferując im możliwość terapii własnej bądź konsultacji, oraz mają ofertę pomocy w razie przypadku nawrotu choroby. Placówki, jeśli nie dysponują ofertą na miejscu, to starają się kierować pacjenta do innych instytucji, gdzie istnieje możliwość odpowiedzi na potrzeby pacjentów.

Placówki leczenia uzależnień nie są w stanie zapewnić pacjentom na miejscu wszystkich usług, które byłyby istotne dla zaspokojenia ich potrzeb, rozwiązania problemów. Istotna grupa problemów dotyczy spraw finansowych (zaplanowanie spłaty długów, negocjacje z bankami). Poza tym nie wszystkie placówki oferują grupy wsparcia, terapię dla rodzin, warsztaty umiejętności społecznych, oraz pogłębioną psychoterapię, a dostrzegana jest potrzeba tego rodzaju działań. Za mało czasu według profesjonalistów przeznaczane jest na pracę indywidualną z pacjentem, a osoby ze współwystępującymi uzależnieniami potrzebują w ich opinii więcej uwagi terapeuty, są pacjentami, którym trzeba poświęcić więcej czasu. Część krytycznych uwag profesjonalistów dotyczyła dostępności placówek i zasad w nich obowiązujących.

V Rekomendacje

- Osoby, u których aktualnie dominują zaburzenia hazardowe, postulują utworzenie osobnej grupy tylko dla nich, ponieważ nie ma problemów z dostępem do leczenia uzależnienia od substancji, kiedy to ono w danym momencie dominuje. Poza tym w grupach gdzie dominują osoby z jednym uzależnieniem, osoby ze współwystępującymi zaburzeniami czują się osamotnione. Jednak są też pacjenci, przede wszystkim osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnieniem od narkotyków, którzy rekomendują terapię w grupach mieszanych, gdzie obecni są uzależnieni od alkoholu, narkotyków i z zaburzeniami hazardowymi.
- Badani rekomendują również, aby każde z uzależnień było traktowane oddzielnie, mimo że w trakcie terapii podkreśla się, że mechanizmy rozwoju są takie same. Chcieliby mieć możliwość przyjrzenia się każdemu ze swoich uzależnień z osobna. Chcieliby też by materiały edukacyjne dotyczyły konkretnych uzależnień, tak by nie musieli sami dostosowywać treści materiałów do swoich potrzeb.
- Pacjenci postulowali również konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki poprzez prowadzenie pełniejszego niż obecnie wywiadu psychiatrycznego, pozwalającego zidentyfikować dodatkowe zaburzenia związane z uzależnieniami.
- Dla badanych ważne było zwiększenie liczby spotkań indywidualnych. Poza tym poszerzenie oferty o grupy wsparcia, terapię dla rodzin, warsztaty umiejętności społecznych, oraz pogłębioną psychoterapię znacząco poprawiło by jakość opieki.
- Istotną sprawą jest pomoc w zakresie problemów finansowych. nierozwiązane problemy w tym obszarze rzutują na jakość życia również po zakończeniu leczenia i mogą prowadzić do nawrotów.

- Do poprawy jakości leczenia przyczyniła by się także poprawa zaplecza socjalnego i warunków lokalowych oraz skrócenie czasu oczekiwania na leczenie i czasu niezbędnego na zmianę grupy terapeutycznej.
- W celu poprawy jakości systemu leczenia uzależnień w placówkach powinni być zatrudniani wykwalifikowani terapeuci, którzy potrafią udzielić profesjonalnej pomocy osobom ze współwystępującymi zaburzeniami. Jednocześnie pacjenci rekomendują zwiększenie dostępu do terapeutów i psychologów oraz zatrudnienie terapeutów, którzy sami byli uzależnieni i zakończyli leczenie.
- Terapeuci powinni również informować i zachęcać do uczestnictwa w mitingach Anonimowych Alkoholików, Narkomanów lub Hazardzistów równoległe z uczestnictwem w terapii oraz organizować aktywności wypełniające wolny czas, szczególnie w ośrodkach opieki stacjonarnej.

V Wnioski

Badanie pokazało na potrzebę większego niż dotychczas uwzględniania w procesie terapeutycznym konceptu współuzależnienia. Jeśli chodzi o funkcjonowanie osób ze współwystępowaniem, to według profesjonalistów osoby z problemem współwystępowania przejawiają szerszy wachlarz zachowań autodestrukcyjnych i angażują się w te zachowania z większą intensywnością niż inne kategorie pacjentów. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami doświadczają więcej problemów natury emocjonalnej. Można zaobserwować u nich zwiększoną potrzebę na stymulację. Poszukują mocnych, silnych wrażeń w różnych obszarach swojego życia. Mogą pojawiać się u nich zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia osobowości. Z jednej strony istnienie zaburzeń psychicznych nakłada się na problemy uzależnienia, z drugiej nagromadzenie problemów związanych z uzależnieniami może prowadzić do wystąpienia różnego typu zaburzeń. Zwrócono również uwagę na słabsze funkcjonowanie społeczne tych osób, na ich problemy w nawiązaniu i utrzymaniu relacji intymnej, zaniedbywanie więzi rodzinnych. Większości osób ze współwystępującym uzależnieniem nie udaje się utrzymać małżeństwa i nie wykazują wystarczającej inicjatywy w kontaktach ze swoimi

dziećmi. Bywa, że od rodziny oczekują pomocy w rozwiązaniu swoich problemów. Pogorszeniu ulegają również relacje towarzyskie. Z powodu wstydu, poczucia winy osoby ze współwystępującymi uzależnieniami ograniczają znacząco swoje kontakty z innymi.

W przypadku osób, u których zdiagnozowano współwystępowanie hazardu i uzależnień od substancji terapia może mieć trudniejszy przebieg. Chodzi tu o zwiększoną ilość epizodów nawrotów oraz większą trudność w wyjściu z uzależnienia. Problemy w terapii są związane z brakiem różnorodnych zasobów pacjenta, na których mógłby oprzeć swój proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń sprawia, że przebiegają one w ostrzejszej formie, ich objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność do wyjścia z uzależnienia. Problemem w terapii może być zatajanie drugiego uzależnienia przez pacjenta i/lub nie wychwycenie problemu przez profesjonalistę. Przyczyną zatajenia może być chęć utrzymania jednego nałogu i czerpania z niego korzyści lub wstyd przed ujawnieniem drugiego z uzależnień.

Choć terapeuci w większości nie widzą potrzeby tworzenia odrębnej ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi uzależnieniami, to jednak dostrzegają konieczność położenia większego nacisku w terapii na problem zaburzeń hazardowych. Postulują zwiększenie czasu poświęcanego na indywidualne konsultacje, tak by móc lepiej odnieść się do specyficznych problemów pacjenta. Poza tym wszelkie formy pogłębionej pracy, w formie na przykład warsztatów, czy też możliwość przejścia psychoterapii są w zbyt małym zakresie dostępne dla pacjentów. Badanie pokazało konieczność uczulania pacjentów i terapeutów na problem występowania współuzależnień i edukowanie obydwu grup w zakresie czynników ryzyka występowania współuzależnienia. Wydaje się, że problem współwystępowania nie dość mocno jest akcentowany na etapie najpierw diagnozy, a potem leczenia. Może to wynikać z niechęci pacjentów do ujawnienia któregoś ze swych uzależnień, ale także z nieobecności problemu hazardu w diagnozie stawianej w placówkach ukierunkowanych na leczenie uzależnień od substancji.

Badanie ujawniło szereg sytuacji życiowych, które mogą przyczyniać się do występowania uzależnień. W takich sytuacjach ważne jest, by jednostka mogła liczyć na wsparcie, również profesjonalne. Niezwykle istotne jest rozwiązanie problemów finansowych (zaplanowanie spłaty długów, negocjacje z bankami). Nie załatwione

kwestie finansowe bywają powodem nawrotu do nałogu. Tymczasem bardzo niewiele placówek może zaoferować jakkolwiek pomoc w tej dziedzinie.

LITERATURA:

1. Raylu N, Oei TP (2002) Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 7, 1009-1061
2. 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
3. Hodgins D.C, Stea J.N, Grant J.E. (2011) Gambling disorders. *Lancet*, 378, 9806, 1874-84
4. [Subramaniam M](#), [Abdin E](#), [Vaingankar JA](#), [Wong KE](#), [Chong SA](#) (2015) Comorbid physical and mental illnesses among pathological gamblers: results from a population based study in Singapore. *Psychiatry Research* 227, 198-205
5. Wiczorek Ł, Dąbrowska K (2015) Zaburzenia hazardowe - rozpowszechnienie, oferta terapeutyczna, dostępność leczenia i predyktory podjęcia leczenia. *Przegląd literatury. Alkoholizm i Narkomania*, 28(1), 37-54
6. Petry N M (2005) Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatments. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
7. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010) The Relationship between Problem Gambling and Mental and Physical Health Correlates among a Nationally Representative Sample of Canadian Women. *Canadian Journal of Public Health* 101, 171–5.
8. Lorains, F.K., Cowlishaw, S., Thomas, S.A., (2011) Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106, 490–498
9. Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 66, 564–574

10. [Kessler R.C.](#), [Hwang I.](#), [LaBrie R.](#), [Petukhova M.](#), [Sampson N.A.](#), [Winters K.C.](#), [Shaffer H.J.](#) (2008) DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-60
11. Kim S.W., Grant J.E., Eckert E.D., Faris P.L., Hartman B.K. (2006) [Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications](#). *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 109-16.
12. [Scherrer J.F.](#), [Slutske W.S.](#), [Xian H.](#), [Waterman B.](#), [Shah K.R.](#), [Volberg R.](#), [Eisen S.A.](#) (2007) Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. *Addiction*, 102(6), 970-8.
13. [Rush B.R.](#), [Bassani D.G.](#), [Urbanoski K.A.](#), [Castel S.](#) (2008) Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. [Addiction](#), 103(11),1847-56.
14. [Ibáñez A.](#), [Blanco C.](#), [Donahue E.](#), [Lesieur HR.](#), [Pérez de Castro I.](#), [Fernández-Piqueras J.](#), [Sáiz-Ruiz J.](#) (2001) Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*,158(10),1733-5
15. [Desai R.A.](#), [Potenza M.N.](#) (2009) A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. [Journal of Clinical Psychiatry](#), 70(9):1250-7.
16. Haydock, M., Cowlshaw, S., Harvey, C., Castle, D., 2015. Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry* 58, 122–129
17. Borrás L., Huguelet P. (2007) Schizophrenia and pathological gambling. *American Journal of Addiction*, 16, 269-71
18. Blaszczynski A., Nower L. (2002) A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-99
19. [Levens S.](#), [Dyer A.M.](#), [Zubritsky C.](#), [Knott K.](#), [Oslin D.W.](#) (2005) Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. [The American Journal of Geriatric Psychiatry](#), 13(1), 69-76.
20. Ledgerwood D.M., Petry N.M. (2006) Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 411-416
21. Najavits L.M., Meyer T., Johnson K.M., Korn D.(2011) Pathological gambling and posttraumatic stress disorder: a study of the co- morbidity versus each alone. *Journal of Gambling Studies*, 27, 663-683

22. Sellman JD, Adamson S, Robertson P, Sullivan S, Coverdale J (2002) Gambling in mild-moderate alcohol-dependent outpatients. *Substance Use & Misuse* 37, 199–213
23. Stewart SH, Kushner MG (2003) Recent Research on the Comorbidity of Alcoholism and Pathological Gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, 285–291.
24. Grant, J. E., Kushner, M. G., Kim, S. W. (2002) Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 143-150.
25. Blankenship J, Starling R, Woodall WG, May PA (2007) Gambling and Alcohol Use: Trends in the State of New Mexico from 1996–1998. *J Gambl Stud* 23, 157–174
26. Markham F, Young M, Doran B (2012) The relationship between alcohol consumption, gambling behaviour and problem gambling during a single visit to a gambling venue. *Drug And Alcohol Review* 31, 770–777
27. Abdollahnejad R, Delfabbro P, Denson L (2014) Psychiatric co-morbidity in problem and pathological gamblers: investigating the confounding influence of alcohol use disorder. *Addictive Behaviors* 39, 566–572
28. Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I. (2013) Illicit drug use and problem gambling. *Addiction*, 25, 342-92
29. [Weinstock J.](#), [Blanco C.](#), [Petry N.M.](#) Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic. [Experimental and Clinical Psychopharmacology](#), 14(1), 87-93.
30. [Angst J.](#), [Sellaro R.](#), [Ries Merikangas K.](#) (2002) Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. [European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience](#), 252(4), 147-54.
31. [Finney J.W.](#), [Hahn A.C.](#), [Moos R.H.](#) (1996) The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. [Addiction](#), 91(12), 1773-96
32. [Cowlshaw S.](#), [Merkouris S.](#), [Dowling N.](#), [Anderson C.](#), [Jackson A.](#), [Thomas S.](#) (2012) Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14;11:CD008937. doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2

33. [Séquin M.](#), [Boyer R.](#), [Lesage A.](#), [McGirr A.](#), [Suissa A.](#), [Tousignant M.](#), [Turecki G.](#) (2010) Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. [Psychology of Addictive Behaviors](#), 24(3), 541-7
34. Steinberg M. A., Kosten T. A., Rounsaville B. J. (1992) Cocaine abuse and pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 1, 121–132
35. [Spunt B.](#), [Dupont I.](#), [Lesieur H.](#), [Liberty H.J.](#), [Hunt D.](#) (1998) Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. [Substance Use and Misuse](#), 33(13), 2535-60.
36. Spunt B. (2002) Pathological gambling and substance misuse. *Substance Use and Misuse*, 37(8-10), 1299-1304
37. Langenbucher, J., Bavly, L., Labouvie, E., Sanjuan, P. M., & Martin, C. S. (2001). Clinical features of pathological gambling in an addictions treatment cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(1), 77.
38. Griffiths M. , Parke J. , Wood R. (2002) [Excessive gambling and substance abuse: is there a relationship?](#) *Journal of Substance Use*, 7(4), 187-190
39. [Petry N.M.](#) (2006) Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? [Addiction](#).;101 Suppl 1:152-60.
40. [Shaffer H.J.](#), [LaPlante D.A.](#), [LaBrie R.A.](#), [Kidman R.C.](#), [Donato A.N.](#), [Stanton M.V.](#) (2004) Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. [Harvard Review Psychiatry](#), 12(6), 367-74.
41. [Slutske W.S.](#), [Eisen S.](#), [True W.R.](#), [Lyons M.J.](#), [Goldberg J.](#), [Tsuang M.](#) (2000) Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. [Archives of General Psychiatry](#), 57(7), 666-73.
42. Spunt B., Lesieur H., Liberty H. J., Hunt, D. (1996) Pathological gamblers in methadone treatment: A comparison between men and women. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 431-449.
43. Shaffer HJ, Hall MN (2002) The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *The Journal Of Social Psychology* 142, 405–424
44. Achab S, Chatton A, Khan R, Thorens G, Penzenstadler L, Zullino D, Khazaal Y (2014) Early detection of pathological gambling: betting on GPs' beliefs and attitudes. *Biomed Research International*
45. Winters KC, Kushner MG (2003) Treatment Issues Pertaining to Pathological Gamblers with a Comorbid Disorder. *Journal of Gambling Studies* 19, 261–77

46. Ladouceur R, Sylvain C, Sevigny S, Poirier L, Brisson L, Dias C, Dufour C, Pilote P (2006) Pathological Gamblers: Inpatients' versus Outpatients' Characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 22, 443–50
47. Milton S, Crino R, Hunt C, Prosser E (2002) The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal Of Gambling Studies*, 18, 207–229