



**Zaburzenia Hazardowe Współwystępujące z Zaburzeniami  
Związanymi z Używaniem Substancji Psychoaktywnych oraz  
we Współchorobowości z Innymi Zaburzeniami Psychicznymi.  
Rozpowszechnienie i Standardy Leczenia. Akronim: ZHWW  
2021-22**

**dr hab. Łukasz Wieczorek**

**dr hab. Katarzyna Dąbrowska**

## Spis treści:

1. Wprowadzenie.....	4
1.1.Rekomendacje i standardy leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych – przegląd literatury .....	4
1.2.Podejścia terapeutyczne skierowane do osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi – przegląd literatury.....	12
2. Metodologia badania .....	28
2.1.Metodologia przeglądu literatury na temat leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych .....	28
2.2.Metodologia przeglądu literatury na temat leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi.....	28
2.3.Metodologia badań jakościowych.....	30
3. Wyniki.....	33
3.1.Analiza oferty leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami .....	33
3.1.1. Oferta leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i psychicznymi .....	33
3.1.1.1. Dostępność leczenia .....	33
3.1.1.2. Forma prowadzonej terapii .....	36
3.1.1.3. Oferta terapeutyczna.....	38
3.1.1.4. Personel .....	40
3.1.1.5. Farmakoterapia .....	41
3.1.1.6. Wsparcie socjalne.....	42
3.1.2. Wytyczne do leczenia wykorzystywane w placówkach .....	42
3.1.3. Ograniczenia obowiązującej oferty leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami.....	44
3.1.3.1. Jakość leczenia.....	44
3.1.3.2. Podejścia do terapii .....	45
3.1.3.3. Personel .....	47
3.1.3.4. Wsparcie socjalne.....	48
3.1.4. Bariery w dostępie do leczenia.....	49
3.1.4.1. Bariery indywidualne .....	49
3.1.4.2. Związane z diagnozą .....	49
3.1.4.3. Dostępność leczenia .....	50

3.1.4.4.	Bariery finansowe .....	52
3.1.4.5.	Jakość leczenia.....	53
3.1.4.6.	Związane z personelem .....	53
3.2.	Trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami .....	54
3.3.	Potrzeby terapeutyczne osób ze współwystępującymi zaburzeniami .....	59
3.4.	Proces diagnostyczny osób ze współwystępującymi zaburzeniami.....	61
3.4.1.	Zidentyfikowane sposoby diagnozy .....	61
3.4.2.	Ograniczenia procesu diagnostycznego .....	68
3.5.	Rekomendacje strukturalne dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami.....	72
3.5.1.	Dostępność leczenia .....	72
3.5.2.	Organizacja leczenia .....	73
3.5.3.	Jakość leczenia.....	76
3.6.	Rekomendacje terapeutyczne dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz ze współchorobowością.....	77
3.6.1.	Rekomendacje dla przeprowadzenia diagnozy .....	78
3.6.2.	Rekomendacje dot. założeń terapii, metod pracy, częstotliwości sesji..	78
3.6.3.	Kontynuacja leczenia .....	85
3.6.4.	Leczenie środowiskowe .....	86
3.6.5.	Farmakoterapia/opieka psychiatryczna .....	86
3.6.6.	Zespół terapeutyczny .....	87
3.6.7.	Zaangażowanie rodziny w leczenie.....	89
4.	Rekomendacje dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi .....	91
4.1.	Ostateczna wersja wytycznych.....	93
	Literatura: .....	98

## 1. Wprowadzenie

### 1.1. Rekomendacje i standardy leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych – przegląd literatury

Z literatury przedmiotu wynika, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest powszechnym zjawiskiem. W wielu badaniach populacyjnych odnotowano wysokie odsetki współwystępowania tego rodzaju zaburzeń (Petry, 2006; Potenza i inni, 2006). Na podstawie przeglądu badań populacyjnych dotyczących współwystępowania problemowego i patologicznego hazardu z innymi zaburzeniami psychicznymi Lorains i wsp. (2011) 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 zaburzeń związanych z używaniem alkoholu miało również współwystępujące zaburzenia hazardowe. Porównując te wartości do rozpowszechnienia hazardu w populacji na poziomie 1–6% stanowi to znaczny wzrost ryzyka występowania patologicznego hazardu wśród pacjentów leczenia odwykowego. Równie wysokie odsetki zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (między 19 a 35%) odnotowano wśród pacjentów podejmujących leczenie zaburzeń hazardowych. Ryzyko występowania zaburzeń używania alkoholu jest od dwóch do czterech razy większe wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń hazardowych w porównaniu z osobami z populacji generalnej nieprzejawiającymi objawów patologicznego hazardu (Raylu & Oei, 2002).

Jak pokazują powyższe badania rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu znacznie przekracza oszacowania dla rozpowszechnienia nadużywania alkoholu i zaburzeń hazardowych w populacji generalnej jako istniejących samodzielnie. Związek między nadużywaniem alkoholu, a problemowym hazardem nie jest dość dobrze poznany zarówno w grupie osób, które podejmują leczenie odwykowe, jak i w populacji generalnej.

Tematyka relacji pomiędzy używaniem narkotyków, a zaburzeniami hazardowymi również nie jest dostatecznie rozpoznana w badaniach, a dotychczasowe doniesienia pochodzą z prób obejmujących pacjentów leczenia uzależnień (Ferentzy i inni, 2013). Badania pokazują, że problem patologicznego i problemowego hazardu wśród pacjentów

placówek uzależnień jest znaczący, w niektórych przypadkach współwystępowanie dotyczy 50% pacjentów (Weinstock i inni, 2006). Współwystępowanie zaburzeń obserwuje się w przypadkach bardziej nasilonego pierwotnego problemu (Angst i inni, 2002) i częściej w grupie osób leczonych stacjonarnie niż osób leczonych ambulatoryjnie, które nie doświadczają jeszcze tak poważnych konsekwencji (Finney i inni, 1996).

Cowlshaw i wsp. (2012) 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 patologicznego hazardu) 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, gdyż pacjenci nie demonstrują objawów zaburzeń hazardowych pozostając w placówkach nastawionych na leczenie uzależnień (Séguin i inni, 2010)

Na podstawie przeglądu literatury Griffiths i wsp. (2002) sformułowali następujące podsumowanie:

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, wiek i czynniki kulturowe 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 współwystępowaniem powinni uwzględniać ewolucję problemu w czasie,

o ile badacze zajmujący się hazardem są świadomi problemu współwystępowania, o tyle badacze używania substancji psychoaktywnych rzadko poświęcają zagadnieniu współwystępowania wystarczającą uwagę.

## Ogólne wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń hazardowych współwystępujących z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych

Zdecydowanie rekomendowane jest, by pacjenci zgłaszający się na leczenie zaburzeń hazardowych byli diagnozowani pod kątem innych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń używania substancji (Lorains i inni, 2011). Rutynowe wykonywanie testów przesiewowych w populacji osób objętych leczeniem w związku z zaburzeniami hazardowymi pomogłoby szybciej objąć ich właściwą opieką i sprawić, że leczenie współwystępujących zaburzeń oferowane byłoby w tym samym czasie, w zintegrowany sposób (Rash i inni, 2016).

Również osoby podejmujące leczenie z powodu zaburzeń używania substancji powinny być poddawane rutynowym badaniom przesiewowym pod kątem zaburzeń hazardowych (Cowlshaw i inni, 2014; Leavens i inni, 2014). Cowlshaw i inni (2014) proponują, by wszyscy pacjenci w ramach diagnozy stawianej podczas przyjęcia do placówki poddawani byli krótkiemu testowi przesiewowemu. Proponowany jest test NODS-CLiP (Toce – Gerstein i inni, 2009), który zawiera jedynie trzy pytania i wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi w próbach klinicznych (Volberg i inni, 2011).

Programy lecznicze, które włączają do swoich oddziaływań komponenty uwzględniające problem hazardu mogą nie tylko osiągnąć korzystne rezultaty jeśli chodzi o zaburzenia hazardowe, ale mieć również pozytywny wpływ w odniesieniu do zaburzeń używania substancji (Barnes i inni, 2015) poprzez dążenie do poprawy stanu emocjonalnego pacjentów, ich samopoczucia psychicznego, a także uwzględnienie czynników etiologicznych leżących u podstaw obydwu zaburzeń w trakcie leczenia (Cowlshaw i inni, 2014).

Leczenie współwystępowania powinno uwzględniać problemy emocjonalne i psychologiczne pacjentów, czyli etiologię zaburzeń. W zasadzie brakuje przykładów terapii, które uwzględniałyby współwystępowanie zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych, jednak można skorzystać z doświadczeń terapii oferowanych w przypadku współwystępowania używania substancji i zaburzeń osobowości, np. terapii dialektyczno-behawioralnej. Innym podejściem wykorzystywanym przy współwystępowaniu zaburzeń używania substancji i zaburzeń osobowości jest Dual Focus Schema Therapy (terapia schematów), która pomaga w odkrywaniu ukrytych

schematów i sposobów radzenia sobie, które mogą przyczyniać się do występowania zaburzeń. Te istniejące modele mogą pomóc w wypracowaniu terapii kierowanych do osób, u których współwystępują zaburzenia hazardowe i inne (Cowlshaw, 2014).

Standardowym elementem leczenia zaburzeń używania substancji mogłyby się stać sesje ukierunkowane specyficznie na ograniczenie uprawiania hazardu (np. krótka interwencja), tym bardziej, że tylko niewielki odsetek osób z zaburzeniami hazardowymi poszukuje pomocy. Byłaby to okazja, by zająć się również problemem, z którym pacjenci prawdopodobnie nie zgłoszą się do leczenia wyspecjalizowanego w pomocy osobom z zaburzeniami hazardowymi (Cowlshaw, 2014).

Manning i inni (2020) proponują, by w programach kształcenia lekarzy zatrudnionych w opiece psychiatrycznej poruszać problem współwystępowania zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych, oferować im wytyczne dotyczące diagnozowania i leczenia.

### Wytyczne dotyczące leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami używania alkoholu

#### Metody

Josephson i inni (2016) stwierdzili, że osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami hazardowymi pijące alkohol w sposób ryzykowny odnoszą więcej korzyści z udziału w terapii opartej na dialogu motywacyjnym aniżeli z uczestniczenia w terapii behawioralno-poznawczej. W badaniu wzięły udział 53 osoby, którym przed rozpoczęciem leczenia psycholog kliniczny postawił diagnozę na podstawie indywidualnej rozmowy. W kolejnym etapie 25 osób brało udział w terapii behawioralno-poznawczej (3 godzinne sesje raz w tygodniu przez okres 8 tygodni), a 28 uczestniczyło w terapii opartej na dialogu motywacyjnym (4 sesje po 50 minut każda; dwie sesje w pierwszym tygodniu, a kolejne 2 w odstępach trzy -tygodniowych).

Badani po 6 miesiącach od ukończenia terapii zostali poddani diagnozie, która pokazała, że w grupie osób ze współwystępowaniem, która brała udział w terapii opartej na dialogu motywacyjnym, 81,8% pacjentów nie spełniało dłużej kryteriów zaburzeń hazardowych, a w grupie, która uczestniczyła w terapii behawioralno-poznawczej – jedynie 30%.

Wyniki te pokazują, że w zależności od diagnozy pacjenci powinni być kierowani do leczenia, które w ich przypadku może przynieść korzystniejsze rezultaty. Lepszą odpowiedź osób ze współwystępowaniem zaburzeń hazardowych na dialog motywacyjny można uzasadniać ich charakterystyką, czyli oporem wobec terapii, w której motywacja pochodzi z zewnątrz. Poza tym według autorów terapia wykorzystująca dialog motywacyjny pozwala lepiej spersonalizować leczenie.

Jimenez-Murcia i inni (2016) postanowili przyjrzeć się bliżej pacjentom, którzy podejmują leczenie z powodu zaburzeń hazardowych pod kątem ich konsumpcji alkoholu (n=111). Pacjenci uczestniczyli w grupowych sesjach terapii poznawczo behawioralnej (grupa od 10 do 14 pacjentów uczestniczyła ambulatoryjnie w 16 cotygodniowych sesjach, z których każda trwała 90 minut). Osoby, które oprócz zaburzeń hazardowych reprezentowały ryzykowny poziom konsumpcji alkoholu lub były uzależnione charakteryzowały się jednocześnie wyższymi wynikami na wszystkich skalach testu SCL-90-R diagnozującego problemy psychologiczne i objawy psychopatologiczne w porównaniu do osób tylko z zaburzeniami hazardowymi. Pacjenci z pierwszej grupy, z większym prawdopodobieństwem niż pacjenci z samodzielnie występującymi zaburzeniami hazardowymi, słabiej reagowali na leczenie. Jednym z problemów było przedwczesne kończenie leczenia. W omawianym badaniu nie ustalono dlaczego pacjenci porzucali leczenie, ale wyniki innych badań pokazują, że młody wiek pacjentów, niski poziom wykształcenia i status społeczny (Aragay i inni, 2015), a także wysoki poziom neurotyczności, impulsywności i zapotrzebowania na nowe bodźce (Aragay i inni, 2015, Ramos-Grille i inni, 2015) sprzyjają braku kontynuacji leczenia. Jeśli chodzi o nawroty, to tu decydujące znaczenie mają optymizm, co do możliwości wygranej, trudność w tolerowaniu nudy, brak planu na spędzanie czasu wolnego (Ladgerwood and Petry, 2016). W związku z powyższym szczególnie istotne jest zaprojektowanie takiego leczenia, które uwzględniałoby obydwa uzależnienia (Barnes i inni, 2015).

### Charakterystyka i przebieg leczenia

Lister i inni (2015) na podstawie swojego badania, przeprowadzonego na próbie 150 osób, u których zdiagnozowane występujące na przestrzeni życia i/lub w okresie ostatnich 12 miesięcy zaburzenia hazardowe, stwierdzili, że osoby, u których współwystępują zaburzenia hazardowe i używania alkoholu charakteryzują wyższe



odsetki współwystępowania zaburzeń psychicznych, większe natężenie zaburzeń hazardowych, obniżona zdolność do opóźniania nagrody i upośledzone mechanizmy kontroli. Osoby ze współwystępowaniem zaburzeń hazardowych i picia alkoholu doświadczają głównie negatywnych emocji (pesymizm, brak nadziei itp.).

Autorzy rekomendują, by profesjonaliści zwracali większą uwagę na współwystępowanie zaburzeń i mieli świadomość takich zjawisk jak: podtrzymywanie /wzmacnianie jednego zaburzenia przez drugie (picie podczas uprawiania hazardu, uprawianie hazardu po wypiciu alkoholu) oraz zastępowanie jednego uzależnienia drugim. Istotne jest, by w trakcie terapii pracować nad zdolnością do utrzymania kontroli nad piciem alkoholu, zwłaszcza w sytuacjach wygranej (Zack i inni, 2005), a także wspierać klientów w odkrywaniu wewnętrznej motywacji do wzmacniania samokontroli (Baumeister i inni, 2007).

Metody, które wymagają od pacjenta przejęcia kontroli (programy picia i grania kontrolowanego) nie są odpowiednie dla tej grupy, również nie sprawdza się podejście autorytarne, gdzie abstynencja jest naczelnym celem. W przypadku tej grupy proponowane jest położenie nacisku na stworzenie silnej relacji terapeutycznej, by zapobiegać oporowi wobec leczenia i ograniczyć ryzyko przedwczesnego zakończenia terapii (Meier i inni, 2005)

Polecany jest podejście oparte na dialogu motywacyjnym, w którą to metodę wpisane są brak oceniania, praca z oporem wobec zmiany, empatia i praca z klientem na zasadach współdecydowania. Poleca się również, by terapeuci pracowali w przypadku tej populacji nad wzmocnieniem pozytywnego postrzegania rzeczywistości (Fredricson i inni, 2000) i zachęcali pacjentów do poszukiwania przyjemnych aktywności niezależnych od grania i picia alkoholu (Delay & Marlatt, 2006).

Kovacs i inni (2020a) porównali grupę pacjentów ze współwystępowaniem zaburzeń hazardowych i używania alkoholu (n=30) z grupą osób, które reprezentowały jedynie zaburzenia używania alkoholu (n=68) pod kątem różnic w profilach osobowości. W tym celu wykorzystano kwestionariusz temperamentu i charakteru Cloningera. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami miały niższe wyniki na skali wytrwałości i współpracy, a oprócz tego w obydwu grupach zaobserwowano, w porównaniu do populacji generalnej, obniżony poziom samo-dyrektywności. Cechy te sprawiają, że osoby

ze współwystępowaniem wymagają leczenia nakierowanego również na rozwój osobowości, co pozwoli im osiągać lepsze rezultaty w leczeniu. Kovacs i inni (2020b) dokonując porównania osób ze współwystępowaniem zaburzeń hazardowych i używania alkoholu z grupą osób, które reprezentowały jedynie zaburzenia używania alkoholu zaobserwowali również, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami reprezentowały dłuższą historię picia alkoholu, bardziej szkodliwy wzór picia alkoholu, większe nasilenie objawów psychopatologicznych. Według autorów populacja osób ze współwystępowaniem powinna być objęta szczególną opieką ze względu na to, że prognozy leczenia dla tej grup mogą być inne niż w przypadku osób, u których występuje zaburzenie używania alkoholu samodzielnie.

### Wytyczne dotyczące leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami używania narkotyków

#### Metody

Cardullo i inni (2019) zbadali wykorzystanie powtarzalnej przeczaszkowej stymulacji magnetycznej w leczeniu siedmiu osób, u których zdiagnozowano zaburzenia hazardowe współwystępujące z zaburzeniami używania kokainy. Z wyjątkiem jednego gracza, który grał w pokera on-line, pozostali grali na automatach do gry. Pacjenci z historią innych zaburzeń psychicznych, zaburzeniami używania alkoholu czy innych substancji (oprócz tytoniu, kofeiny i kokainy), niestabilną sytuacją zdrowotną oraz zaburzeniami osobowości zostali wykluczeni z badania. Leczenie polegało na wykonywaniu powtarzalnej przeczaszkowej stymulacji magnetycznej przez kolejnych pięć dni dwa razy dziennie, a potem dwa razy dziennie w wybranym dniu tygodnia przez osiem tygodni. W trakcie leczenia pacjenci mieli wykonywane testy na obecność morfiny, metadonu, THC, amfetaminy, metaamfetaminy oraz fencyklidyny w moczu. U wszystkich siedmiu pacjentów zaobserwowano pozytywne zmiany. Pacjenci osiągnęli poprawę na skali szacującej nasilenie objawów hazardowych (Gambling Symptoms Assessment Scale), która dotyczy także zmiany podczas leczenia. Byli oni również diagnozowani pod kątem nasilenia symptomów odstawienia kokainy, na pięciostopniowej skali (Cocaine Craving Questionnaire) i tutaj również zaobserwowano korzystną zmianę. Co więcej poprawa ta była stabilna i utrzymywała się również podczas pomiaru wykonanego 60

dnia leczenia. Badanie było przeprowadzone na małej próbie i nie spełniało kryteriów eksperymentu medycznego, stąd potrzeba dalszych badań.

### Charakterystyka i przebieg leczenia

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi zwiększa ryzyko nieukończenia terapii. Maniaci i inni (2017) porównali 70 osób, które nie ukończyły leczenia, ze 124, które leczenie ukończyły i ustalili, że do zaburzeń, które zmniejszają szanse na ukończenie terapii, należą negatywistyczne zaburzenia osobowości, antyspołeczne zaburzenia osobowości, uzależnienie od narkotyków oraz pourazowe zaburzenia stresowe. Kontrolowano takie zmienne jak natężenie objawów zaburzeń hazardowych, czas ich trwania, płeć, wiek, poziom wykształcenia. Już inne doniesienia potwierdzały, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych i używania substancji psychoaktywnych przyczyniają się do porzucania terapii (Aragay i inni, 2015). Według autorów można przypuszczać, że nałożenie się zaburzeń używania substancji i zaburzeń hazardowych prowadzi do zwiększenia impulsywności oraz uszkadza zdolność kontroli, co w konsekwencji prowadzi do nasilenia nawrotów i niepowodzeń w terapii. Stąd też osoby ze współwystępowaniem wymagają zindywidualizowanej ścieżki leczniczej.

### Podsumowanie

Pomimo, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych i używania substancji jest zjawiskiem nierzadkim i wymagającym specjalnego podejścia terapeutycznego niezbyt dużo na ten temat napisano. Zwykle w artykułach padają dość lakoniczne sformułowania dotyczące konieczności zastosowania specyficznych procedur, czy indywidualnego podejścia, ale rzadko są one opisane, czy jakoś skonkretyzowane.

Nie pozostawia wątpliwości konieczność rutynowego zastosowanie testów przesiewowych zarówno w lecznictwie ukierunkowanym na problemy hazardowe jak i w lecznictwie zaburzeń używania substancji psychoaktywnych. Leczenie współwystępowania powinno uwzględniać problemy emocjonalne i psychologiczne pacjentów, czyli etiologię zaburzeń. Cowlshaw (2014) proponuje, by w tym celu wykorzystać podejścia terapeutyczne, które sprawdzają się w przypadku współwystępowania używania substancji i zaburzeń osobowości, np. terapia

dialektyczno-behawioralna lub Dual Focus Schema Therapy (terapia schematów). Proponowane jest również wykorzystywanie metody dialogu motywującego, który dobrze się sprawdza w przypadku osób niezbyt zmotywowanych do leczenia i pomaga w odzyskaniu przez nie poczucia sprawczości. Jeśli chodzi o metody nie-psychologiczne, to badanie Cardullo i innych (2019) przyniosło pozytywne rezultaty zastosowania powtarzalnej przezczaszkowej stymulacji magnetycznej w leczeniu osób, u których zdiagnozowano zaburzenia hazardowe współwystępujące z zaburzeniami używania kokainy. Jednak badaniem objęto jedynie 7 osób więc z rekomendacjami dotyczącymi tej metody należałoby się wstrzymać do czasu kiedy inne badania potwierdzą korzyści wynikające z jej zastosowania.

Ze względu na takie zjawiska jak podtrzymywanie /wzmacnianie jednego zaburzenia przez drugie (picie podczas uprawiania hazardu, uprawianie hazardu po wypiciu alkoholu) oraz zastępowanie jednego uzależnienia drugim rekomendowane jest zajmowanie się wszystkim problemami pacjenta w tym samym czasie.

### **1.2. Podejścia terapeutyczne skierowane do osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi – przegląd literatury**

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi jest powszechne (Black *et al.*, 2021; Grant i Chamberlain, 2020). Wśród osób nadużywających różnych substancji psychoaktywnych oraz osób doświadczających różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (np. lęków, zaburzeń nastroju) można odnotować wyższe odsetki problemów wynikających z grania w gry hazardowe (20%). Także osoby z zaburzeniami hazardowymi częściej doświadczają współwystępujących zaburzeń, takich jak zaburzenia osobowości (47,9%), zaburzenia nastroju (23,1%), w tym wielka depresja (29,9%), zaburzenia lękowe (17,6%), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (9,3%), zaburzenie afektywne dwubiegunowe (8,8%) i zaburzenie dystymiczne (6,7%). Zaburzenia wynikające z używania alkoholu odnotowuje się u co piątej (21,2%) osoby z zaburzeniami hazardowymi (Dowling *et al.*, 2015).

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi mają gorsze wyniki leczenia. W tej grupie pacjentów odnotowuje się wyższe odsetki hospitalizacji, niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych i leczniczych,

słabszą reakcję na leczenie farmakologiczne, w porównaniu z osobami z jednym zaburzeniem (Green *et al.*, 2007). Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami naraża na dodatkowe trudności, ponieważ zaburzenia współwystępujące często nie są wykrywane, co może komplikować ich leczenie. Dodatkowo nasilenie dwóch różnych zaburzeń psychicznych jest trudniejsze do opanowania, często brakuje zasobów indywidualnych, na których specjalista może się oprzeć. Osobom, u których współwystępują zaburzenia hazardowe, trudniej jest utrzymywać abstynencję. Leczenie komplikuje dodatkowo heterogeniczność grupy osób z zaburzeniami hazardowymi, co oznacza, że określone typy hazardzistów mogą preferencyjnie reagować na określone leczenie (Błaszczynski i Nower, 2002; Dannon *et al.*, 2006; Rodda *et al.*, 2015; Wieczorek i Dąbrowska, 2020).

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi przynosi szczególne wyzwania diagnostyczne i lecznicze. Osobiste, rodzinne i społeczne problemy pacjentów ograniczają korzyści wynikające z leczenia (Echeburúa *et al.*, 2017). Dlatego też istnieje konieczność wypracowania praktyki diagnostycznej współwystępujących zaburzeń oraz zintegrowanej oferty leczniczej, zajmującej się kompleksowo doświadczanymi problemami. Jednak w literaturze naukowej poświęconej tematyce leczenia zaburzeń hazardowych w dużej mierze pomija się kwestie jego współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi. Z prób badawczych wyklucza się osoby ze współwystępującymi zaburzeniami bądź do opisu zjawiska wykorzystuje się małe próby, co uniemożliwia identyfikację różnic pomiędzy grupą pacjentów, u których współwystępują zaburzenia, i grupą pacjentów z pojedynczym zaburzeniem.

W przypadku osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi indywidualizacja leczenia może przyczynić się do zwiększenia odsetka podejmujących leczenie, wzrostu satysfakcji z terapii, obniżenia odsetka rezygnujących z leczenia oraz ograniczenia kosztów terapii (Grant *et al.*, 2006; Winters i Kushner, 2003).

Celem tego artykułu przeglądowego jest identyfikacja i opis podejść terapeutycznych oraz analiza ich wykorzystania w terapii osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi. Wyniki przeglądu zostały podzielone na trzy części. W pierwszej opisujemy podejścia terapeutyczne w leczeniu

zaburzeń hazardowych, które są podstawą wykorzystywaną w leczeniu współwystępujących zaburzeń. Dalej zebraliśmy wytyczne dla leczenia współwystępujących zaburzeń. Natomiast w trzeciej części opisaliśmy zaburzenia oraz opisane w literaturze podejścia terapeutyczne wykorzystane w ich leczeniu. Alternatywnym sposobem prezentacji wyników mogłaby być prezentacja jedynie zidentyfikowanych w literaturze podejść terapeutycznych. Uznaliśmy jednak, że przyjęty przez nas sposób prezentacji wyników jest korzystniejszy dla czytelnika, gdyż kompleksowo prezentuje zarówno podejścia terapeutyczne, jak i ich wykorzystanie.

### Podejścia terapeutyczne wykorzystywane w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi

Tylko niewielka część pacjentów cierpiących na zaburzenia hazardowe (około 6%) podejmuje leczenie. Zjawisko samowyleczenia występuje u co trzeciej (35%) osoby z zaburzeniami hazardowymi, jednak większość tych osób deklaruje występowanie różnych objawów charakterystycznych dla zaburzenia, które pojawiają się z różnym nasileniem co jakiś czas (Grant i Odlaug, 2012). Osoby z zaburzeniami niechętnie uczestniczą w terapii, ponieważ nie czują one potrzeby zaprzestania grania i zmiany sposobów radzenia sobie z problemami, których się nauczyły. Dlatego ważna jest ocena oferty terapeutycznej dla tej grupy osób, aby zidentyfikować elementy, które odpowiadają bądź nie osobom z zaburzeniami hazardowymi. Taka sama oferta terapeutyczna oferowana jest również osobom z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi, co również może stanowić jej ograniczenie, ponieważ osoby te mają inne potrzeby terapeutyczne.

Jak wynika z analizy literatury przedmiotu, leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi wykorzystuje podobne metody leczenia jak te wykorzystywane w przypadku innych uzależnień. Celem terapii jest na ogół utrzymywanie abstynencji, lecz można znaleźć również podejścia, dla których celem jest ograniczenie uprawiania hazardu. Oba te cele są równoważne (Echeburúa, 2015).

Podejście psychologiczne w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, które najczęściej jest wykorzystywane, obejmuje terapię behawioralną lub poznawczo-behawioralną. Przy leczeniu zaburzeń hazardowych wykorzystuje się także farmakoterapię.

## Podjęcie behawioralne

Podjęcie behawioralne bierze pod uwagę trzy determinanty zachowania hazardowego: 1) czynniki poprzedzające wystąpienie zachowania (np. sytuacja finansowa, wyzwalacze, pozytywne lub negatywne emocje, czynniki interpersonalne, przymus grania); 2) zachowanie (np. strategie radzenia sobie z negatywnymi uczuciami, myślenie o hazardzie); 3) konsekwencje (np. nawiązywanie kontaktów społecznych, ucieczka od problemów osobistych, zysk, aby poradzić sobie z problemami finansowymi) (Hodgins i Holub, 2007).

Terapia behawioralna zakłada, że zaburzenia hazardowe są wyuczonymi zachowaniami. Opiera się zatem na technikach uczących kontroli nad impulsami, kontroli w sytuacji ekspozycji na gry oraz rozwoju umiejętności pozwalających na opanowanie wyuczonego zachowania. W efekcie osoby z zaburzeniami hazardowymi powinny ograniczyć granie i wykorzystywać alternatywne, wyuczone sposoby radzenia sobie z chęcią uprawiania hazardu (Echeburúa, 2015).

Kontrola nad impulsami polega między innymi na ograniczaniu dostępu do pieniędzy, unikaniu miejsc oferujących gry hazardowe i innych graczy. W ramach postępu terapii osoby z zaburzeniami hazardowymi zachęcane są do kontaktu z doradcą finansowym bądź doradcą w banku, którego celem jest zablokowanie dostępu do kart kredytowych oraz konta, do którego można upoważnić najbliższych. Dodatkową czynnością, ograniczającą ryzyko powrotu do grania jest samowykluczenie z lokali, gdzie oferowane są gry hazardowe (Nelson *et al.*, 2010).

Ekspozycja na gry hazardowe oraz uczenie reakcji na nią polega na dostarczaniu osobie z zaburzeniami hazardowymi doświadczeń oraz okazji do gry, jednocześnie ucząc je reakcji pozwalających na unikanie grania. Celem uczenia się tego typu technik jest osiągnięcie efektu, kiedy sytuacje hazardowe nie będą wywoływały chęci grania. Ponadto pacjenci są uczeni alternatywnych strategii radzenia sobie ze zwiększonym poczuciem lęku, co pozwala panować nad impulsami poprzez wzrost poczucia własnej skuteczności i samokontroli (Echeburúa *et al.*, 1996). Zmiana zachowania mająca miejsce w trakcie terapii behawioralnej jest również związana ze zmianami poznawczymi.

### Podejście poznawcze

Celem terapii poznawczej jest zapanowanie nad irracjonalnymi myślami, które inicjują i utrzymują niepożądane zachowanie. Pacjenci uczeni są, że istnieje związek między myślami, zachowaniem i emocjami. Oprócz tego podkreśla się, że nie mogą mieć kontroli nad wygraną lub przegraną, ponieważ gry hazardowe opierają się na losowości i prawdopodobieństwie, co wielu pacjentom jest trudno zrozumieć. Leczenie zazwyczaj polega na uczeniu strategii korygowania fałszywego myślenia poprzez dostarczanie prawdziwych danych. Odbywa się to poprzez edukację, dyskusję bądź eksperymenty behawioralne. W podejściu poznawczym zakłada się, że w momencie, kiedy gracz zrozumie, że nie ma wpływu na wynik gry, oraz kiedy fałszywe postrzeganie sytuacji hazardowej zostanie skorygowane, motywacja do hazardu powinna dramatycznie zmaleć. Terapia poznawcza pomaga również graczom w radzeniu sobie z impulsami skłaniającymi do grania, negatywnymi emocjami oraz nauce różnych technik ułatwiających rozwiązywanie problemów (Ladouceur *et al.*, 2001).

### Terapia wzmacniająca motywację (*motivational enhancement therapy*)

Innym podejściem, które wykorzystywane jest w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, są krótkoterminowe oddziaływania, których celem jest wzmocnienie motywacji do zmiany zachowania. Często w tym duchu prowadzone są krótkie interwencje, które nie wymagają profesjonalnej kadry oraz dużej ilości czasu. Zwykle obejmują nie więcej niż cztery sesje. Krótkie interwencje mogą być metodą terapeutyczną skierowaną do osób, które nie odnalazły się w tradycyjnym leczeniu bądź w ogóle nie chcą podejmować terapii w tradycyjnej formie. Jednocześnie ta forma terapii zwiększa poczucie kontroli nad własnym zdrowieniem (Yakovenko *et al.*, 2015).

Inną formą terapii wzmacniającej motywację jest dialog motywujący. Dialog motywujący koncentruje się na wewnętrznej motywacji pacjenta do zmiany oraz na jego mocnych stronach. Badania pokazały, że technika ta okazała się skuteczna, szczególnie w krótkim czasie od jego przeprowadzenia, u osób które miały mniej poważne problemy z graniem (Hodgins *et al.*, 2009).

Połączenie dialogu motywacyjnego i oddziaływań poznawczo-behawioralnych w terapii indywidualnej lub grupowej, a nawet prowadzonej online, przyczynia się do ograniczenia



zachowań hazardowych, zapobiega przedwczesnemu kończeniu leczenia oraz poprawia jego skuteczność (Wulfert *et al.*, 2006). Należy jednak podkreślić, że brakuje dowodów naukowych dla skuteczności wykorzystania interwencji wzmacniających motywację do zmiany wśród osób z zaburzeniami hazardowymi będącymi na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju uzależnienia oraz wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami (Yakovenko *et al.*, 2015).

### Grupy samopomocowe

Anonimowi hazardziści (AH) to najpopularniejsza grupa samopomocowa skoncentrowana na programie leczenia opartego na abstynencji. W myśl filozofii anonimowych hazardzistów zaburzenia hazardowe są chorobą, której rozwój można zatrzymać, ale nigdy nie zostanie wyleczona. Tym samym osoby dotknięte tym problemem mają stałą predyspozycję do utraty kontroli nad uprawianiem hazardu. Forma grupowa spotkań pozwala na zapewnienie poczucia wspólnego celu i zrozumienia, wsparcia emocjonalnego i duchowego oraz nadziei. Anonimowość pozwala członkom czuć się bezpiecznie w otwartym dzieleniu się swoimi problemami z innymi członkami grupy (Hodgins i Holub, 2007).

Skuteczność uczestnictwa w spotkaniach anonimowych hazardzistów nie została potwierdzona w badaniach naukowych. Są badania pokazujące wysokie wskaźniki nawrotów oraz rotacji wśród anonimowych hazardzistów. Są także badania, w których odnotowano lepsze wyniki leczenia wśród anonimowych hazardzistów w porównaniu z osobami, które nie uczestniczą w tych grupach, a są objęte profesjonalną pomocą (Petry i Roll, 2006).

### Wytyczne do leczenia współwystępujących zaburzeń

Jest niewiele badań próbujących wyjaśnić, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie, czy sekwencyjnie. Jeśli zaburzenia mają być leczone sekwencyjnie, nie jest jasne, czy kolejność leczenia powinna być ustalana w zależności od nasilenia zaburzeń, czy też funkcjonalnego związku między zachowaniem hazardowym a współwystępującymi objawami (Winters i Kushner, 2003). Winters i Kushner (2003) przygotowali szereg rekomendacji dla leczenia współistniejących zaburzeń:

1. Przeprowadzanie testów przesiewowych występowania różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia zaburzeń hazardowych.
2. Obserwowanie, czy u pacjenta nie występują symptomy innych zaburzeń psychicznych.
3. Ponowna ocena występowania zaburzeń psychicznych przeprowadzona już w okresie bezobjawowym dla zaburzeń hazardowych.
4. Zastosowanie specyficznego leczenia dla współwystępującego zaburzenia psychicznego, jeśli utrzymuje się ono przy braku zachowań związanych z hazardem.

Badania naukowe pokazują, że programy terapeutyczne, które łączą farmakoterapię i terapie psychospołeczne w jeden kompleksowy pakiet, przynoszą dobre wyniki leczenia, zapobiegając przedwczesnemu kończeniu terapii (Echeburúa *et al.*, 2011).

Zintegrowane programy leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą powinny:

- obejmować etapowe interwencje dostosowane do motywacji pacjenta do zmiany (np. dialogu motywującego w celu zwiększenia motywacji do pracy nad zaburzeniem hazardowym);
- oferować kompleksowe wsparcie, np. w zakresie przypominania o regularnym przyjmowaniu leków, działań z obszaru rehabilitacji oraz wsparcia społecznego;
- obejmować pacjentów opieką długoterminową, ponieważ nawrót, szczególnie w leczeniu zaburzeń współwystępujących, jest częstym zjawiskiem (Green *et al.*, 2007).

Wykorzystanie różnych strategii terapeutycznych w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi i współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi

Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych

Brakuje jednoznacznych danych, które pokazywałyby związek między występowaniem zaburzeń afektywnych i zaburzeń hazardowych, co może utrudniać ocenę skuteczności leczenia tego typu współwystępujących zaburzeń. W przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Dowling i wsp. (2016) odnotowano, że terapie skuteczne w leczeniu współwystępujących zaburzeń hazardowych i depresji to podejście poznawczo-behawioralne (*cognitive-behavioural therapy*, CBT), dialog motywujący

i desensytyzacja polegająca na redukowaniu intensywności reakcji na np. traumatyczne przeżycia, grę hazardową, poprzez uczestnictwo w sytuacji, w których osoba doświadczająca problemów może skonfrontować się z ich złagodzoną wersją (Dowling *et al.*, 2016; Linnet *et al.*, 2017; Młynarczyk, 2018).

### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń osobowości

W badaniach retrospektywnych osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami osobowości zgłaszały dłuższy czas trwania zaburzeń hazardowych, ich większe nasilenie, bardziej dotkliwe konsekwencje wynikające z grania, impulsywność, objawy innych zaburzeń psychicznych, problemy związane z używaniem substancji i problemy somatyczne. Jednocześnie osoby z tymi współwystępującymi zaburzeniami są bardziej wrażliwe i łatwiej doświadczają bólu psychicznego niż osoby z tylko jednym zaburzeniem (Dowling *et al.*, 2016). Są to obszary, które powinny być wzięte pod uwagę podczas terapii. Jiménez-Murcia i wsp. (2007) wykazali, że dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami osobowości (schizotypowa, paranoiczna i borderline) skuteczną formą pomocy jest CBT. Niestety brakuje badań, które potwierdzałyby te doniesienia.

### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i schizofrenii

Echeburúa i wsp. (2017) analizowali skuteczność zmodyfikowanego leczenia psychologicznego opartego na CBT wśród pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i schizofrenią. Analizy obejmowały obserwacje po zakończonym leczeniu oraz po 3, 6 i 12 miesiącach od zakończenia leczenia. Modyfikacja podejścia CBT polegała na aktywnej roli psychoterapeutów w wypełnianiu raportów z samooceną, włączeniu koterapeuty (członka rodziny bądź personelu) w celu zwiększenia motywacji do leczenia, nauczaniu pacjentów wykonywania zadań związanych z ekspozycją na sytuacje hazardowe (*in vivo*) i uczeniu panowania nad popędami. Celem ekspozycji *in vivo* jest nauczanie regulacji emocji podczas systematycznej i kontrolowanej ekspozycji na bodźce.

Program był wdrażany w fazie stabilizacji schizofrenii. Pacjenci, oprócz wsparcia psychologicznego, byli leczeni farmakologicznie. Ta zmodyfikowana interwencja oparta na CBT i farmakoterapii okazała się skuteczną formą leczenia dla pacjentów z tymi współwystępującymi zaburzeniami. Około trzech czwartych (73,9%) pacjentów, którzy

ukończyli leczenie, ograniczyło granie w gry hazardowe w czasie trzech miesięcy od zakończenia leczenia, w porównaniu z 19% pacjentów z grupy kontrolnej. Niepowodzenie leczenia było związane z wiekiem, w którym wystąpił pierwszy epizod schizofrenii, liczbą epizodów oraz wiekiem inicjacji grania w gry hazardowe.

### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń lękowych

Ledgerwood i Petry (2006) zauważyli, że osoby z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępuje zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), zgłaszały większe nasilenie problemów z hazardem, objawów innych zaburzeń psychicznych, impulsywności i zaburzeń dysocjacyjnych, w porównaniu z osobami z małym nasileniem PTSD.

Skuteczność w leczeniu współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń lękowych wykazuje CBT, terapia behawioralna oraz dialog motywujący i desensytyzacja (Dowling *et al.*, 2016).

Najavits i wsp. (2013) opisali wykorzystanie programu *Seeking Safety* (SS) w terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i PTSD. Program ten jest jedynym uznanym dotychczas za skuteczny modelem terapii współwystępującego PTSD i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Został opracowany specjalnie z myślą o tych współwystępujących zaburzeniach, biorąc pod uwagę dużą liczbę pacjentów oraz ich potrzeby związane z leczeniem. Jednak może być także wykorzystywany w leczeniu osób, u których występuje tylko jedno zaburzenie – PTSD lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych. *Seeking Safety* jest skoncentrowany na terażniejszej sytuacji pacjenta, wykorzystuje podejście CBT. Został stworzony z myślą o elastycznym wykorzystaniu w terapii grupowej lub indywidualnej, dla mężczyzn i kobiet, w różnych warunkach (np. ambulatorium, szpital, placówka stacjonarna). Program można realizować wśród osób z różnymi rodzajami przeżywanymi traum oraz mających doświadczenie z różnymi substancjami. *Seeking Safety* zawiera 25 zagadnień związanych ze sferą poznawczą, behawioralną, interpersonalną oraz zarządzania przypadkiem (*case management*). Mogą one być realizowane w dowolnej kolejności i przez wielu różnych profesjonalistów, ponieważ nie ma wymogów odnoszących się do określonego stopnia zawodowego. Przykładowe tematy odnoszą się do zapewnienia bezpieczeństwa, uczciwości, proszenia o pomoc, wyznaczania granic w związkach, zachęcania innych do wspierania powrotu do

zdrowia, budowania zdrowych relacji, uczenia współczucia, nadawania sensu różnym stanom emocjonalnym, myślenia o regeneracji, dbania o siebie, radzenia sobie z wyzwalaczami, oderwania się od emocjonalnego bólu, dokonywania życiowych wyborów.

Program *Seeking Safety* zawiera pięć kluczowych zasad:

1. Bezpieczeństwo jako nadrzędny cel (pomaganie klientom w osiągnięciu bezpieczeństwa w ich relacjach, myśleniu, zachowaniu i emocjach).
2. Zintegrowane leczenie (praca nad traumą i nadużywaniem substancji w tym samym czasie).
3. Skupienie się na ideałach, aby przeciwdziałać ich utracie zarówno w przypadku traumy, jak i nadużywania substancji.
4. Dbłość o procesy kliniczne (reakcje emocjonalne klinicystów, dbanie o siebie itp.).
5. Obejmuje cztery obszary: poznawczy, behawioralny, interpersonalny, zarządzanie przypadkiem.

Program wykorzystuje prosty, emocjonalnie sugestywny język i cytaty, aby zaangażować uczestników; oferuje konkretne strategie, które są uważane za niezbędne dla populacji osób ze współwystępującym PTSD i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Najavits *et al.*, 2013).

Wszystkie dotychczasowe badania, które analizowały skuteczność programu *Seeking Safety*, przyniosły pozytywne rezultaty (Najavits, 2009). Podobne wyniki otrzymano w badaniach prowadzonych w grupie osób ze współwystępującym PTSD i zaburzeniami hazardowymi. Wyniki pokazały, że model był wysoce akceptowalny przez pacjentów (Najavits *et al.*, 2013).

#### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i ADHD

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i ADHD doświadczają bardziej dotkliwych problemów wynikających z grania, częściej chorują na inne zaburzenia psychiczne i podejmują próby samobójcze, mają wyższy poziom impulsywności oraz częściej zaburzenia osobowości niż osoby, u których nie odnotowano ADHD w wywiadzie (Waluk *et al.*, 2016). Występowanie ADHD poprzedza oraz pozwala

przewidzieć rozwój zaburzeń hazardowych. Tym samym należałoby zwracać uwagę osobom z tymi zaburzeniami na większe ryzyko rozwoju tych zaburzeń. Może przyczynić się to do ograniczenia grania przez osoby chorujące na ADHD oraz zwiększyć ich uważność w tym obszarze. Niestety w przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Dowling i wsp. (2016) odnotowano, że brakuje badań, które opisywały sposoby leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i ADHD.

#### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń kontroli impulsów

Zaburzenia kontroli impulsów przyczyniają się do zwiększonej intensywności impulsów popychających do grania, a przez to pojawiania się myśli związanych z hazardem i niepokojem związanym z graniem, w porównaniu z osobami, które nie doświadczają tego typu współwystępujących zaburzeń (Grant i Kim, 2003). Współwystępujące zaburzenia kontroli impulsów zaczynają się we wcześniejszym wieku niż zaburzenia hazardowe i pozwalają przewidzieć ich występowanie w późniejszym czasie (Kessler *et al.*, 2008). Oznacza to, że są one predyktorem występowania zaburzeń hazardowych, co pozwala uświadomić osoby z zaburzeniami kontroli impulsów o ich rozwoju.

Opublikowano niewiele prac analizujących możliwości leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń kontroli impulsów. Badanie Granta i wsp. (2011) pokazało, że zaburzenia kontroli impulsów nie wpływają na skuteczność leczenia z wykorzystaniem desensytyzacji z ekspozycją na bodźce oraz dialogu motywującego. Oznacza to, że tego typu leczenie może być skuteczną formą dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami kontroli impulsów (Moskowitz, 1980). Dobre rezultaty, pozwalające na ograniczenie symptomów zaburzeń hazardowych, przynosi również zastosowanie CBT (Grant *et al.*, 2015).

#### Leczenie współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń odżywiania

Badania Granta i wsp. (2011) pokazały, że skuteczną metodą leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń odżywiania, takich jak napadowe objadanie się i *bulimia nervosa*, są interwencje behawioralne i dialog motywujący. Jednak nie znaleziono innych badań potwierdzających te doniesienia.

## Leczenie farmakologiczne współwystępujących zaburzeń

Wykorzystanie farmakoterapii w leczeniu współwystępujących zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi wspiera oddziaływania psychologiczne (Grant *et al.*, 2008). W badaniach naukowych potwierdzono skuteczność leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych z wykorzystaniem antagonistów opioidowych, memantyny (antagonisty receptorów NMDA), citalopramu oraz litu o przedłużonym uwalnianiu. Leczenie z wykorzystaniem tych środków przyczyniało się do ograniczenia zachowań hazardowych oraz poprawiało elastyczność poznawczą (Chaim *et al.*, 2014; Grant *et al.*, 2010, 2008; Hollander *et al.*, 2005; Zimmerman *et al.*, 2002). Przegląd literatury Dowling i wsp. (2016) zidentyfikował badania pokazujące skuteczność leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń afektywnych *N*-acetylocysteiną, naltreksonem lub nalmefenem.

Podobnie w przypadku leczenia farmakologicznego współwystępujących zaburzeń lękowych i zaburzeń hazardowych to *N*-acetylocysteina, naltrekson lub nalmefen i memantyna okazały się skuteczne. W przypadku leczenia tych współwystępujących zaburzeń skuteczny okazał się również escitalopram (Dowling *et al.*, 2016).

Di Nicola i wsp. (2014) przeanalizowali skuteczność leczenia farmakologicznego w zaburzeniach hazardowych i afektywnych dwubiegunowych (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD). Wynika z niego, że skutecznym środkiem jest lit, który ma dobrze udokumentowane właściwości stabilizujące nastrój i w leczeniu impulsów, a także uznaną skuteczność w leczeniu ChAD. Tym samym może on być realną opcją w leczeniu pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i ChAD.

Leki przeciwdrgawkowe są grupą środków szeroko stosowaną w leczeniu ChAD, szczególnie w jej zaostrzonej fazie. Mają również udowodnioną skuteczność w stabilizowaniu nastroju (Geddes i Miklowitz, 2013). Leki przeciwdrgawkowe zostały również sprawdzone w leczeniu pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami afektywnymi i z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, okazując się skuteczne w ograniczaniu występowania głodu i zapobieganiu nawrotom (Vornik i Brown, 2006). Wstępne wyniki badań pokazują, że leki przeciwdrgawkowe mogą być przydatne w leczeniu zaburzeń hazardowych oraz współwystępujących ChAD i zaburzeń hazardowych (Di Nicola *et al.*, 2014).

Substancją z grupy leków przeciwdrgawkowych, która wykazuje skuteczność w leczeniu ChAD, jest karbamazepina. Jej skuteczność odnotowano również w leczeniu zaburzeń hazardowych, podając 600 mg leku dziennie. Osoby z zaburzeniami hazardowymi przyjmującymi karbamazepinę utrzymywały dłużej abstynencję od grania niż badani z grupy kontrolnej, którym podawano placebo (Haller i Hinterhuber, 1994). Brakuje danych pozwalających wnioskować o skuteczności leczenia z wykorzystaniem karbamazepiny osób ze współwystępującymi ChAD i zaburzeniami hazardowymi (Di Nicola *et al.*, 2014).

W przeglądzie literatury Di Nicoli i wsp. (2014) przytoczono tylko jedno badanie, w którym wykorzystano związek topiramatu w leczeniu ChAD ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi. Przytoczone studium przypadku wykazało, że dołączenie tej substancji do standardowego leczenia litem przyczyniło się do całkowitej remisji pragnienia grania oraz zachowań hazardowych. Inny związek z grupy leków przeciwdrgawkowych – lamotrygina w połączeniu z litem i kwasem walproinowym okazał się skuteczny w leczeniu ChAD i współwystępujących zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród osób, które nie reagowały na leczenie samym litem i kwasem walproinowym. Wykorzystanie lamotryginy wśród pacjentów z ChAD i nadużywających kokainy przyniosło pozytywne efekty. Nie badano skuteczności wykorzystania leczenia lamotryginą osób z zaburzeniami hazardowymi.

Kilku autorów analizowało zastosowanie gabapentyny w zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Badania pokazały, że przyczynia się ona do zmniejszenia spożycia alkoholu i odczuwania głodów, ułatwiając w ten sposób utrzymywanie abstynencji. Brakuje badań nad jej wykorzystaniem w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, ale dobre wyniki jej stosowania jako dodatkowej substancji w leczeniu ChAD i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu pozwalają wnioskować o jej potencjale (Di Nicola *et al.*, 2014). Podobnie pregabalina, która również jest strukturalnym analogiem GABA, wykazuje dobre wyniki w leczeniu ChAD, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz uzależnienia od alkoholu i benzodiazepin (Schaffer *et al.*, 2013). Ze względu na właściwości stabilizujące nastrój oraz jej wpływ na zachowania impulsywne i kompulsywne pregabalina może być przydatna w leczeniu pacjentów z ChAD i współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi (Di Nicola *et al.*, 2014).



Zastosowanie substancji z grupy leków glutaminergicznych, w szczególności *N*-acetylocysteiny i memantyny, przynosi obiecujące rezultaty w leczeniu zaburzeń hazardowych, przyczyniając się do ograniczania grania (Black *et al.*, 2011; Di Nicola *et al.*, 2014; Grant *et al.*, 2010). Ich pozytywne efekty dostrzegane są również w leczeniu depresji dwubiegunowej (Grant *et al.*, 2014; Magalhães *et al.*, 2011). Memantyna, jako środek wspomagający leczenie, wykazywała działania przeciwmaniakalne i stabilizujące nastrój u pacjentów z ChAD opornych na leczenie (Sani *et al.*, 2012). W świetle tych wyników zastosowanie leków glutaminergicznych w leczeniu ChAD i współwystępujących zaburzeń hazardowych wydaje się obiecujące (Di Nicola *et al.*, 2014).

### Omówienie

Celem tego artykułu przeglądowego jest identyfikacja i opis podejść terapeutycznych oraz analiza ich wykorzystania w terapii osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z innymi zaburzeniami psychicznymi. Jak pokazują nasze badania, brakuje wytycznych do leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Profesjonaliści, którzy zajmują się leczeniem tego typu zaburzeń, trafiają na wiele trudności terapeutycznych związanych z różnymi zaburzeniami psychicznymi (Wieczorek i Dąbrowska, 2020). Dotychczasowe badania pokazały, że CBT w terapii indywidualnej i grupowej wydaje się skuteczna w leczeniu zaburzeń hazardowych i współwystępujących z nimi innych zaburzeń psychicznych. Terapia grupowa jest nie tylko opłacalna pod względem ekonomicznym, ale pozwala również pacjentom uczyć się od siebie i wspierać nawzajem. Terapia indywidualna może być bardziej odpowiednia dla tych, którzy preferują omawianie wydarzeń życiowych w warunkach twarzą w twarz (Oei *et al.*, 2010). Alternatywą dla tradycyjnej formuły leczenia może być terapia z wykorzystaniem Internetu (online). Ta forma może być atrakcyjna szczególnie dla osób, które niechętnie decydowałyby się na terapię. Badania pokazują, że mimo swoich ograniczeń terapia online pozwala zachować anonimowość. Obawa przed utratą anonimowości stanowi jedną z barier w podejmowaniu leczenia dla niektórych grup pacjentów, np. uzależnionych do alkoholu (Wieczorek, 2017). Rekomendacje te są jedynie wytycznymi do postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi, nie zobowiązując specjalistów do prowadzenia procesu psychoterapeutycznego w określony sposób. To specjalista wraz z pacjentem powinien ustalić najlepszą formę oddziaływań.

Echeburúa i wsp. (2017) zaproponowali zmodyfikowane leczenie psychologiczne oparte na terapii CBT, w którym w większym stopniu zaangażowano pacjenta, rodzinę oraz profesjonalistów. Badania pokazały, że takie zindywidualizowane podejście przynosi pozytywne rezultaty. Potwierdzają to rekomendacje Wintersa i Kushnera (2003), którzy postulują, aby indywidualizować podejście do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami.

Skuteczne w leczeniu zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych okazały się również dialog motywujący i desensytyzacja z ekspozycją na bodźce. Istnieje coraz więcej dowodów naukowych na skuteczność interwencji takich jak dialog motywujący (krótkie, łatwe do przeprowadzenia i opłacalne) w zaspokajaniu potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Istnieją jednak duże bariery organizacyjne, szkoleniowe oraz związane z zaangażowaniem w leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, które utrudniają wdrażanie tego typu oferty (Yakovenko *et al.*, 2015). Badania prowadzone w Polsce pokazują, że brakuje oferty leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi, program skupiony jest przede wszystkim na alkoholu i narkotykach, a terapeutom brakuje kompetencji do prowadzenia terapii w tej grupie. Lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrom brakuje wiedzy o leczeniu zaburzeń hazardowych. Dostępność krótkiej interwencji i programów, których celem jest ograniczanie używania substancji, jest marginalna (Dąbrowska *et al.*, 2017).

Farmakoterapia jest nieodzownym elementem leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Z przeglądu literatury wynika, że do leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych wykorzystywane są leki z grupy substancji przeciwdrgawkowych (np. karbamazepina, topiramata, lamotrygina, gabapentyna, pregabalina), leki z grupy antagonistów receptorów opioidowych (np. naltrekson lub nalmeften), substancje z grupy leków glutaminergicznych (np. *N*-acetylocysteina, memantyna) oraz z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (np. citalopram). Programy terapeutyczne, które łączą farmakoterapię i terapię psychospołeczne w jeden kompleksowy pakiet, przynoszą dobre wyniki leczenia, zapobiegając przedwczesnemu kończeniu terapii (Echeburúa *et al.*, 2011).

W literaturze można znaleźć nieliczne wytyczne dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Rekomenduje się przeprowadzanie testów przesiewowych na występowanie różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia z powodu zaburzeń hazardowych. I odwrotnie, testy przesiewowe na obecność zaburzeń hazardowych powinny być przeprowadzane wśród nowo przyjmowanych pacjentów podejmujących leczenie z powodu zaburzeń psychicznych. Terapeuci i inni profesjonalści zajmujący się leczeniem zaburzeń hazardowych powinni być wyczuleni na niespecyficzne zachowania pacjentów, które mogą być symptomami zaburzeń psychicznych. W dalszym przebiegu leczenia, kiedy dotkliwe objawy zaburzeń hazardowych ustąpią, profesjonalści powinni przeprowadzić kolejną ocenę występowania zaburzeń psychicznych (Echeburúa *et al.*, 2011; Green *et al.*, 2007; Linnet *et al.*, 2017; Winters i Kushner, 2003). Niestety jest niewiele badań, które pozwalałyby rozwiązać wątpliwość, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie, czy sekwencyjnie. Nie jest jasne, jaka powinna być kolejność tego leczenia. Jest to obszar, który wymaga dalszych pogłębionych analiz (Winters i Kushner, 2003).

### Wnioski

Przegląd literatury pokazał, że brakuje wytycznych do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi. W literaturze przedmiotu można znaleźć jedynie autorskie modyfikacje podejść terapeutycznych wykorzystywanych w leczeniu pojedynczych zaburzeń. Najpopularniejszym podejściem w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest CBT. Coraz częściej stosuje się podejścia oparte na motywacji do zmiany. Należałoby wypracować wytyczne do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi, które wspierałyby profesjonalistów w świadczeniu pomocy. Nieodzownym elementem leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest farmakoterapia. Dostępność różnych leków zwiększa się, pozwalając profesjonalistom na coraz trafniejszy dobór środków. Rekomenduje się również prowadzenie badań nad skutecznością i adekwatnością prowadzonych oddziaływań, które pomogłyby rozwiązać dylemat kolejności leczenia współwystępujących zaburzeń.

## 2. Metodologia badania

### 2.1. Metodologia przeglądu literatury na temat leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych

Celem przeglądu jest analiza polskich i międzynarodowych artykułów mogących dostarczyć wytycznych do leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Przeprowadzono przegląd literatury z wykorzystaniem bazy artykułów naukowych EBSCO host. Schemat poszukiwań obejmował następujące słowa kluczowe, które musiały się pojawić w streszczeniu artykułu. Podstawą do zakwalifikowania artykułu do przeglądu było jego dopasowanie do tematyki badania:

- “gambling disorder” and „treatment” and “alcohol” (znaleziono 59, z czego zakwalifikowano 5)
- “gambling disorder” and „treatment” and “drugs” (znaleziono 58, z czego zakwalifikowano 1)
- “gambling disorder” and „treatment” and “comorbidity” (znaleziono 58, z czego zakwalifikowano 1).

Dodatkowo według powyższego schematu przeprowadzono wyszukiwanie w wyszukiwarce internetowej Google i dzięki temu pozyskano kolejnych 7 artykułów. Podsumowując, w drodze wyszukiwania w bazach internetowych pozyskano 14 artykułów.

### 2.2. Metodologia przeglądu literatury na temat leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi

Wyszukiwanie artykułów przeprowadzono we wrześniu 2021 roku z wykorzystaniem bazy EBSCO host. Do wyszukiwania użyto kombinacji kluczowych wyrażen, które zaprezentowano w tab. 1. Odnosiły się one do zaburzeń hazardowych i różnych, najczęściej identyfikowanych w literaturze zaburzeń psychicznych, które z nimi współwystępują. Pominęliśmy określenie *pathological gambling*, pojęcie stosowane powszechnie przed wprowadzeniem klasyfikacji DSM-5. Jednak słowa kluczowe miały pojawiać się w całym tekście, co mamy nadzieję pozwoliło na szerokie wyszukiwanie publikacji. Nie ograniczono zakresu dat włączanych do analizy publikacji. Z wyszukiwania

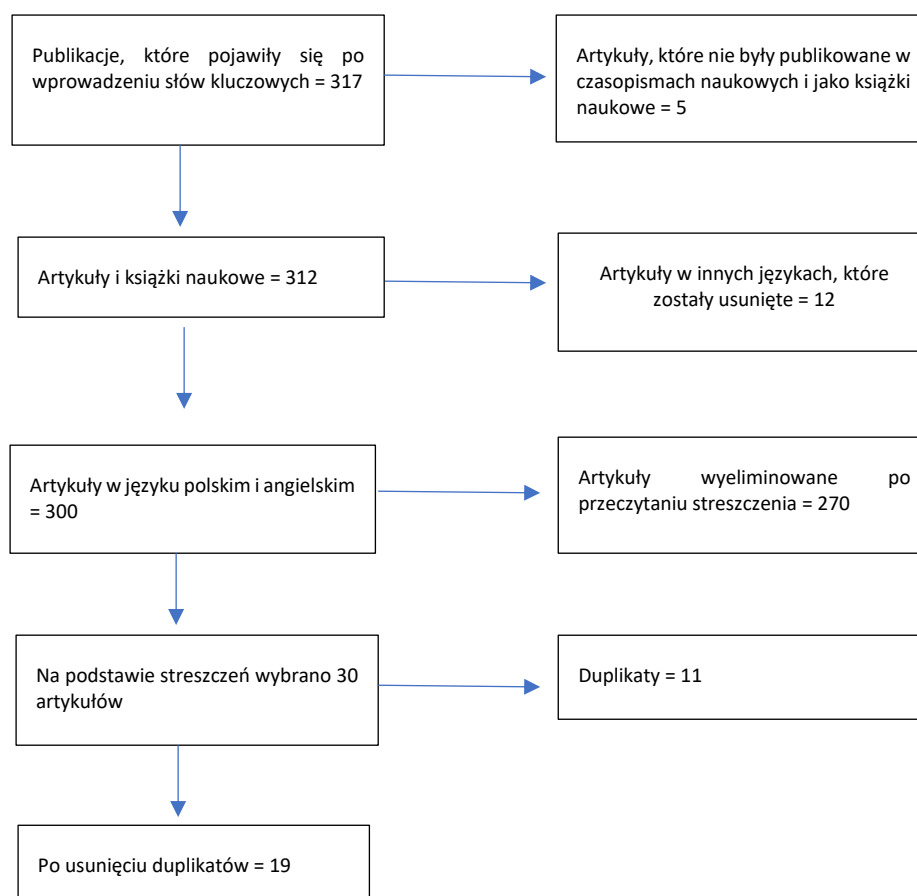
wyłączono wszystkie nierecenzowane formaty prac, wybierając do przeglądu tylko artykuły opublikowane w czasopismach naukowych i książki naukowe.

**Tab. 1. Wyniki wyszukiwania**

Wyszukiwane frazy	Wynik	Ograniczenie dla czasopism i książek naukowych	Język angielski lub polski	Zostało na podstawie abstraktów	Usunięte duplikaty
<i>gambling disorder and treatment and schizophrenia</i>	21	19	17	4	N/A
<i>gambling disorder and treatment and mood disorders</i>	32	31	30	5	1
<i>gambling disorder and treatment and anxiety</i>	144	142	139	3	5
<i>gambling disorder and treatment and PTSD</i>	22	22	21	3	2
<i>gambling disorder and treatment and personality disorder</i>	60	60	55	2	0
<i>gambling disorder and comorbidity and treatment</i>	38	38	38	2	3

W przypadku kombinacji słów *gambling disorder and comorbidity and treatment* otrzymano 329 publikacji, stąd by ograniczyć ich liczbę, wyrażeniu *treatment* nadano wwyszukiwaniu znaczenie priorytetowe.

**Ryc. 1. Proces wyszukiwania w bazie EBSCO Publishing**



### 2.3. Metodologia badań jakościowych

#### Próba badawcza

W projekcie badawczym wykorzystano metody jakościowe. W ramach badań zostały przeprowadzone wywiady indywidualne w grupie profesjonalistów (N=22) i pacjentów (N=40). Grupę profesjonalistów stanowili:

- decydenci odpowiedzialni za leczenie hazardowe (N=2)
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w leczeniu ambulatoryjnym (N=5)
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w leczeniu stacjonarnym (N=5)
- specjaliści psychoterapii uzależnień z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5)

- lekarze psychiatry z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5).

Grupę pacjentów stanowili:

- Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i z innymi zaburzeniami psychicznymi (N=20):
  - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
  - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).
- Pacjenci z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (N=20):
  - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
  - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).

### Dobór respondentów

Dobór respondentów miał charakter celowy. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami (N=40) były rekrutowane w placówkach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, z wykorzystaniem metody kuli śniegowej.

Dobór grupy profesjonalistów (N=22) miał na względzie uzyskanie rzetelnych i możliwie pełnych informacji dotyczących zagadnień badania. Realizatorzy wywiadów kontaktowali się bezpośrednio z pracownikami. Po uzyskaniu zgody na realizację badania, umawiali termin wywiadu.

Kryteria włączenia dla pacjentów były potwierdzone diagnozy:

- zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych, kategorie diagnostyczne F10-19 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (z wyłączeniem F17, czyli zaburzeń psychicznych spowodowanych paleniem tytoniu) (N=20),
- zaburzeń psychotycznych (F20-F29 wg ICD-10) (N=4),
- zaburzeń nastroju (afektywnych) (F30-F39 wg ICD-10) (N=6),
- zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48 wg ICD-10) (N=4),
- zaburzeń osobowości (F60-F69 wg ICD-10) (N=6).

Pacjenci musieli być w stanie umożliwiającym im świadomy udział w badaniu oraz być pełnoletni.

Kryteriami włączenia do badania dla profesjonalistów było zatrudnienie w stosownej placówce, stosowne wykształcenie, stosowny certyfikat oraz doświadczenie zawodowe.

### Narzędzia badawcze

Dyspozycje do wywiadów z profesjonalistami poruszały takie kwestie jak:

- charakterystyka psychospołeczna pacjentów doświadczających współchorobowości i ze współwystępującymi zaburzeniami – podobieństw i różnic tych grup jak również podobieństw i różnic w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem,
- rozpowszechnienie oraz praktyka diagnostyczna współchorobowości i współwystępujących zaburzeń,
- oferta terapeutyczna:
  - istniejąca oraz faktycznie realizowana,
  - potrzeba specjalistycznej oferty,
  - ograniczenia oferty,
  - mocne strony,
- aspekty związane z terapią tych grup pacjentów:
  - wytyczne dla leczenia współchorobowości i współwystępujących zaburzeń jakie otrzymują profesjonaliści,
  - co z tych wytycznych udaje się zrealizować, a czego nie można?
  - podobieństwa i różnice w leczeniu pacjentów z tymi zaburzeniami oraz w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem,
  - trudności w terapii,
- rekomendacje dla dobrych praktyk do leczenia osób ze współchorobowością i współwystępującymi zaburzeniami:
  - jakie kwestie należałoby zmienić?
  - czego brakuje?
  - co należałoby wprowadzić, aby poprawić jakość i adekwatność leczenia?

Z kolei dyspozycje do wywiadów z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami poruszały kwestie odnoszące się do:



- praktyki diagnostycznej współchorobowości i współwystępowania,
- ofert terapeutyczną – jej jakość, adekwatność, satysfakcję z leczenia,
- zaspokojenia potrzeb terapeutycznych:
  - jakie potrzeby zostały zaspokojone?
  - jakich potrzeb nie udało się zaspokoić?
- rekomendacji dla dobrych praktyk do leczenia osób ze współchorobowością i współwystępującymi zaburzeniami:
  - jakie kwestie należałoby zmienić?
  - czego brakuje?
  - co należałoby wprowadzić, aby poprawić jakość i adekwatność leczenia?

### Kwestie etyczne

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Udział w badaniu był dobrowolny. Uczestnikom badania była przedstawiana informacja na jego temat (wprowadzenie do badania, cele i metody badania, szacunkowy czas trwania badania oraz zapewnienie o poufności zbieranych danych). Profesjonaliści podpisywali formularz świadomej zgody na udział w badaniu. Z kolei nie wszyscy pacjenci chcieli to zrobić. Osoby, które obawiały się o utratę anonimowości w związku z podpisaniem takiego formularza wyrażali zgodę ustną na udział w badaniu a ankieter wypełniał oświadczenie o zapoznaniu respondenta z informacją o badaniu i wyrażonej akceptacji dla przeprowadzenia badania.

Respondenci nie uzyskiwali gratyfikacji za udział w badaniu.

## **3. Wyniki**

### **3.1. Analiza oferty leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

#### **3.1.1. Oferta leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i psychicznymi**

##### **3.1.1.1. Dostępność leczenia**

Niska dostępność leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi

W ocenie respondentów, oferta leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi jest słaba. Chorzy u których współwystępują zaburzenia hazardowe i używania substancji mogą podjąć leczenie w placówkach skierowanych do osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Z kolei osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi mogą podjąć leczenie w placówkach skierowanych do osób z podwójną diagnozą. Przy czym na ogół placówki te skierowane są do uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, u których współwystępują zaburzenia psychiczne. Bardzo rzadko trafiają tam osoby, u których współwystępują zaburzenia hazardowe.

Profesjoniści: *Bardzo kiepsko, nie ma takich miejsc w Polsce. To znaczy są, ale jest ich mało i są one w dalekiej odległości od siebie. To nie jest tak, jak z poradniami leczenia uzależnień, że na przykład mamy większe miasto i właściwie na każdym osiedlu taka poradnia jest, czy taki oddział. Tylko tak naprawdę na palcach dwóch rąk można by wymienić te ośrodki z podwójną diagnozą w całej Polsce. Większość z tych, które znam są długoterminowe. Oddziałów krótkoterminowych, czyli 10 tygodniowych, 6 tygodniowych, 8 tygodniowych, które są również dla osób z podwójną diagnozą jest bardzo mało.*  
(LW150320222)

Pacjent: *Taka jest terapia w małych miasteczkach, z jakich ja pochodzę, jakich jest mnóstwo. I w małych miasteczkach nie ma ofert. Mam kuzyna, który ma problemy, mam kolegów na Facebooku, z którymi też rozmawiam. Jestem na grupie depresja i choroby współistniejące na Facebooku i ludzie z małych miasteczek mają te same problemy, co ja. Nie ma ofert żadnych. Gdybym był z Warszawy, Wrocławia, Łodzi, Krakowa, Poznania, na pewno byłaby. Tam ludzie są zadowoleni. A ja jestem sfrustrowany, zirytowany, rozgniewany, że nikt mi kurde nie pomaga w problemie hazardu i ja cały czas jestem wpięprzony w ten hazard. Ciągle nachrzaniem, przerąbowuję wypłaty i nikt mi w tym kurde nie pomaga. A nie stać mnie na to, żeby chodzić prywatnie po terapeutach. Ludzie z dużych miast mają za darmo. U mnie nie ma takiej oferty. Jest mi przykro, że w mieście 15- to tysięcznym jest Poradnia Leczenia Uzależnień i Zachowań Behawioralnych, a kurczę nikt nie leczy behawioralnego uzależnienia jakim jest hazard więc to jest pic na*

*wodę, oni pieniądze jeszcze pewnie dostają, że oni leczą hazardzistów, a nie leczą.*  
(AŁ310720223\_HP\_Stac)

### Zapewnienie kilku miejsc w placówce dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami

Niektóre placówki, które swoją ofertę kierują do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wydzielają miejsca dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji i innymi zaburzeniami psychicznymi. Z doświadczeń specjalistów wynika, że osoby te mają szansę na większą integrację i uzyskanie wsparcia od społeczności terapeutycznej.

*Profesjoniści: Jest jeszcze parę osób, które mówią, że w swoich placówkach mają kilka miejsc dla osób z podwójną diagnozą. Generalnie placówki są dla osób uzależnionych, ale mają zakontraktowane 2 - 4 miejsca dla osób z podwójną diagnozą. To jest chyba niezłe podejście, takie kontraktowanie kilku miejsc dla osób z podwójną diagnozą dlatego, że społeczność terapeutyczna ma szansę ciągnąć te osoby w górę. Pacjenci, którzy lepiej funkcjonują, opiekują się po prostu tymi, którzy funkcjonują gorzej i mają jakieś dodatkowe problemy. (LW260320227)*

### Kontynuacja terapii ambulatoryjnej po zakończeniu leczenia stacjonarnego

Są placówki, które mają w swojej ofercie zarówno leczenie stacjonarne jak i ambulatoryjnej. Dzięki temu pacjenci po zakończeniu terapii w formie stacjonarnej mogą ją kontynuować w ambulatorium.

*Profesjoniści: Teraz w Czarnym Borze, gdzie pracuje, to mamy poradnię, gdzie pacjenci mogą kontynuować terapię pogłębioną. Więc to zależy od pacjenta czy z nami jest w kontakcie telefonicznym, czy kontynuuje tą terapię pogłębioną. (MK2906202214)*

### Konsultacje psychiatryczne

Większość placówek współpracuje z lekarzem psychiatrą, który stawia diagnozę oraz pomaga w doborze farmakoterapii do leczenia zaburzeń psychicznych.

*Profesjoniści: Współpraca dotyczy konsultacji psychiatrycznych dla danego ośrodka. Jest to ośrodek, który przyjmuje pacjentów z podwójną diagnozą więc tym pierwszym*

*zadaniem psychiatry jest kwalifikacja pacjenta do ośrodka. Czyli taka rozmowa przedprzyjęciowa, która ma za zadanie skierować pacjenta w odpowiednie miejsce lub do ośrodka lub odrzucić ten jego pobyt w ośrodku. Później pierwsza diagnoza i konsultacja przyjęciowa, no a później już jakby prowadzenie pacjentów. Zawsze uczestniczę w zebraniach kadry, czyli też wymieniamy się postępami lub spadkami formy naszych pacjentów i też wskazaniem do leczenia. (MK2007202221)*

### Hostel

W placówkach, w których działają hostele, pacjenci mogą skorzystać z ich oferty po zakończeniu terapii. Mieszkanie w hostelu ma na celu readaptację społeczną i wspomoczenie chorych w powrocie do funkcjonowania społecznego.

*Profesjonaliści: No mamy hostel w ośrodku więc staramy się zapewnić przynajmniej to wejście w role społeczne czy pomoc w tym wejściu. I w razie czego przekierować kogoś do jakiegoś innego miejsca, w którym mógłby kontynuować proces tej readaptacji. (MK1407202220)*

### Spotkania z rodziną przez internet

Chorzy pozostający w placówkach stacjonarnych mają możliwość spotkania się z rodziną z wykorzystaniem internetu i komunikatorów.

*Profesjonaliści: Prowadzimy w tej chwili dość regularnie, co miesiąc, spotkania dla rodzin, ale one się odbywają w formie elektronicznej, na Zoomie się z nimi spotykamy. I to są takie spotkania, na których wyjaśniamy zasady funkcjonowania ośrodka, przypominamy co należy, co nie należy, w jaki sposób można wspomagać dzieciaki w terapii, w jaki sposób rodziny mogą im przeszkadzać w terapii. Wyjaśniamy ewentualne wątpliwości rodziców, dlaczego coś się robi, a coś się nie robi. (LW260320227)*

## **3.1.1.2. Forma prowadzonej terapii**

### Spotkania grupowe i indywidualne

W ocenie profesjonalistów oferta leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych i zaburzeń używania substancji psychoaktywnych i innych uzależnień zależy od ośrodka. Są placówki, które opierają się na terapii grupowej. Osoby ze współwystępującymi

zaburzeniami tylko sporadycznie mają spotkania indywidualne. Wynikają one z gorszego samopoczucia. Są również placówki łączące obie formy oddziaływań. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mają nawet zwiększoną częstotliwość sesji indywidualnych.

Profesjoniści: *Nie możemy zaoferować terapii indywidualnej, bo jedno to jest taka idea, którą mamy, że terapia grupowa jest okej i jest pomocna. Ale też nas jest tyłu, że trudno byłoby tą terapię prowadzić. Mamy program tak skonstruowany, że gdyby nas było więcej, to może byłoby łatwiej. Może to jest jakiś kłopot, że ta terapia powinna być.* (LW170320223)

Profesjoniści: *W ogóle nie mamy psychoterapii indywidualnej. Pracujemy tylko grupami, warsztatami, społecznością terapeutyczną. Więc grupa, grupa, jeszcze raz grupa. Pacjenci mają dostęp do indywidualnych konsultacji, jeżeli potrzebują. Czasami my zapraszamy pacjenta na konsultację indywidualną z różnych powodów. Ale to nie jest psychoterapia indywidualna.* (LW170320223)

#### Rozdzielenie procesów terapeutycznych (spotkania indywidualne lub grupowe)

Są również placówki, w których osoby ze współwystępującymi zaburzeniami już na pogłębionym etapie leczenia, są przypisywani albo do procesu terapii indywidualnej lub grupowej. Objęcie terapią indywidualną lub grupową związane jest ze specyfiką zaburzenia.

Profesjoniści: *Na etapie pogłębionym cotygodniowy kontakt albo grupowy albo z terapeutą indywidualnym. Na etapie pogłębionym rozdzielamy procesy, w sensie już nie ma dublowania, jest albo terapia indywidualna albo grupowa. Chyba, że są jakieś sytuacje, gdzie dochodzimy wspólnie do wniosku, że u tej osoby może to być pomocne. W większości przypadków jednak to nie jest pomocne. Jeżeli są osoby z podwójną diagnozą, często będą pewne rzeczy, nieświadomie, ale jednak rozgrywać pomiędzy kontaktem indywidualnym, a grupą. No i to czasem bardziej wzmacnia zaburzenia, niżeli pomaga. Wiele lat u nas tak było, że było to równoległe na całym etapie leczenia. Natomiast chyba ze 2 lata temu zaczęliśmy o tym rozmawiać na superwizjach i podjęliśmy taką decyzję, że spróbujemy rozdzielać te procesy. I faktycznie to jest słuszny kierunek z większości przypadków.* (LW180320224)

## Oddziaływania psychoterapeutyczne i farmakoterapia

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mają możliwość uczestnictwa w oddziaływaniach psychoterapeutycznych i leczenia zaburzeń psychicznych.

Profesjoniści: *Ja jestem fanką psychoterapii i uważam, że może poza jakimiś ciężkimi psychozami, znacznym ośpieniem czy upośledzeniem umysłowym, to praktycznie nie ma innych zaburzeń psychicznych, które nie poddawały by się oddziaływaniu co najmniej dwutorowemu. To znaczy farmakoterapia i psychoterapia jednocześnie. No i wtedy są zdecydowanie najlepsze wyniki, najlepsze efekty leczenia, największa ulga po prostu.*  
(LW2204202211)

### **3.1.1.3. Oferta terapeutyczna**

Oprócz tradycyjnej oferty terapeutycznej prowadzonej w formie indywidualnej i grupowej z wykorzystaniem psychoedukacji bądź społeczności terapeutycznej. Chorzy mają możliwość uczestnictwa w różnego rodzaju oddziaływaniach grupowych.

#### Grupy dla pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji i innymi zaburzeniami psychicznymi

W niektórych placówkach działają grupy skierowane do pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji i innymi zaburzeniami psychicznymi.

Profesjoniści: *W Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Uzależnień takich pacjentów mamy zakontraktowanych, więc prowadzimy z nimi sesje indywidualne. Jest też grupa dla osób z podwójną diagnozą, gdzie mogą wejść zarówno osoby z zaburzeniami psychicznymi i uzależnione od substancji, ale też z zaburzeniami psychicznymi i z rozpoznaniem patologicznych zachowań hazardowych. A osoby uzależnione od substancji i od hazardu przechodzą program z innymi osobami uzależnionymi.* (MK0507202217)

Z kolei doświadczenia innych ośrodków pokazują, że specjalnie dedykowane grupy pacjentów mogą źle wpływać na relacje między pacjentami w społeczności terapeutycznej.

Profesjoniści: *Mieliśmy bardzo długo i się okazało, że ta grupa nie do końca dobrze robi pacjentom, ta grupa Double Trouble. Spotykali się wyłącznie ludzie z podwójną diagnozą, z dwójką terapeutów i okazało się, że to mocno buduje przeciwwagę wobec społeczności terapeutycznej. Wycofaliśmy się z tego po kilku latach, bo okazało się, że ten przepływ informacji był niepełny. Oni bardzo mocno czuli się inni niż pozostali, wymagający większej uwagi, większej pracy. Tak oczywiście jest, ale niedobrze, kiedy pacjent tak myśli bo rosło to do granic absurdu. I wycofaliśmy się i nie prowadzimy tej specyficznej grupy. Natomiast na etapie hostelu ta grupa jest. (LW0607202218)*

### Grupy tematyczne

W niektórych placówkach chorzy mają możliwość uczestnictwa w różnych grupach tematycznych. Są one dostępne dla wszystkich pacjentów placówki, a nie tylko dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami.

Profesjoniści: *Mają oprócz społeczności terapeutycznej takie grupy terapeutyczne. Tam są cztery grupy: są więzi rodzinne, asertywność, nawroty i trening konstruktywnych zachowań. Więc to też jest jakby dodatkowa taka forma terapeutyczna. (MK1407202220)*

### Grupy dla specyficznych zaburzeń psychicznych

Osoby z zaburzeniami poznawczymi mogą uczestniczyć w specjalnie dedykowanych im grupach.

Profesjoniści: *Nasz oddział ma różne rodzaje grup terapeutycznych. Jedną grupę terapeutyczną poświęcamy osobom, które funkcjonują poza normą, jeżeli chodzi o funkcjonowanie poznawcze. Czyli na przykład jeżeli ktoś cierpi na schizofrenię i poznawczo inaczej funkcjonuje, albo jeżeli ktoś ma organiczne uszkodzenia z powodu nadużywania substancji chemicznych na przykład, albo jest po udarze, albo po wypadku, w którym uszkodził głowę i te funkcje poznawcze nie są w normie, albo są w jakiejś dolnej granicy normy, albo ma upośledzenie lekkiego stopnia, to wtedy trafia do takiej grupy terapeutycznej, która pracuje bardziej w oparciu o strukturę. I ta struktura jest ściśle określona, są tam elementy procesu terapeutycznego, że ludzie nawzajem do siebie się odnoszą. Ale są tam też elementy struktury, polegającej na psychoedukacji. Takiej bardzo*

*podstawowej, w bardzo podstawowych obszarach, z którymi ci ludzie mają problem. Na przykład jak załatwiać sprawy w urzędzie, jak radzić sobie ze swoimi zadłużeniami. Tak prosto, krok po kroku, o tym, że leki trzeba brać, o tym że do psychiatry trzeba regularnie chodzić. Ta grupa bardzo duży kładzie nacisk na to. (LW150320222)*

Z kolei osoby z zaburzeniami borderline, psychopatycznymi i narcystycznymi są wykluczane z oddziaływań grupowych.

**Profesjonaliści: *A kogo by pani zdyskwalifikowała z takich spotkań grupowych?***

***Jakie zaburzenia?***

*Powiedzmy osoby z pogranicza, borderline. Nie powiem, że wszystkie, ale mam gdzieś w głowie kilka takich przypadków osób, które bardzo mocno wpływały negatywnie na grupę i to nie było chyba ani dobre dla tych osób ani dla samej grupy. Osobowość psychopatyczna raczej też nie na grupę. Jeżeli myśleć o takiej narcystycznej osobowości, ale też takiej o sporym natężeniu, to też bywa to trudne, że absorbuje swoją osobą za bardzo. Ale też miałam takich pacjentów, którzy fajnie funkcjonowali z tym zaburzeniem, więc to chyba samo wystąpienie innego zaburzenia dla mnie nie jest zero jedynkowe. (LW180320224)*

#### **3.1.1.4. Personel**

##### **Zróznicowane wykształcenie specjalistów**

W niektórych placówkach działa zróżnicowany zespół, który łączy różne kompetencje i podejścia do terapii zaburzeń psychicznych. Specjaliści psychoterapii uzależnień poszerzają swoje kompetencje i podejmują szkolenia psychoterapeutyczne, kończą różne kursy, które poszerzają ich umiejętności pracy z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami.

**Profesjonaliści: *Wydaje mi się, że jest coraz więcej świadomych i doświadczonych terapeutów, coraz większa jest potrzeba doszkalania się i w mojej opinii w związku z tym rośnie oferta dla tych osób bo poszerza się trochę perspektywa widzenia tych ludzi. Nie pod kątem samego uzależnienia, ale pod kątem złożoności ich problemów. Ja przynajmniej wokół siebie mam gdzieś mnóstwo ludzi, którzy chętnie zaczynają psychoterapię uzależnień a w trakcie tej pracy czuli potrzebę, żeby robić dodatkowe***



*kursy, dodatkowe szkolenia, szkoły psychoterapii. I wydaje mi się, że to poszerza ofertę dla pacjentów. (LW180320224)*

*Profesjoniści: Jesteśmy różnorodni jako zespół. Zarówno osobowościowo jak i właśnie w jakichś nurtach, w których pracujemy. Koleżanka jest terapeutą systemowym, ja humanistycznym, trzecia poznawczo-behawioralnym. Wszyscy jesteśmy chyba specjalistami w psychoterapii uzależnień, część psychologami, część pedagogami, także te nasze wykształcenia są trochę podobne, a trochę różne. I wydaje mi się, że to generalnie służy, no bo tak samo jak my jesteśmy różni, to różni są pacjenci, różne mają potrzeby. (MK1407202220)*

### Dostępność personelu medycznego

Z wypowiedzi profesjonalistów wynika, że w niektórych placówkach stacjonarnych, zlokalizowanych przy szpitalach, pacjenci mogą liczyć na dostęp do personelu medycznego przez całą dobę.

*Profesjoniści: Lekarz jest całodobowo, bo znajdujemy się w szpitalu, całodobowo jest też personel pielęgniarski, więc właściwie osoby, które mają podwójne rozpoznanie, czy współwystępowanie w każdej chwili mogą skorzystać, nieważne, czy to dzień, czy noc, z pomocy medycznej. (LW150320222)*

### **3.1.1.5. Farmakoterapia**

#### Dostępność farmakoterapii w placówce stacjonarnej

W placówce stacjonarnej pacjenci mają dostęp do bezpłatnego leczenia farmakologicznego.

*Profesjoniści: Mogą liczyć na pomoc farmakologiczną. Czy mają depoty, czy nie mają depotów, czy mają takie srakie leki, wszystko mają na oddziale. (LW170320223)*

*Profesjoniści: W przypadku osób ze schizofrenią paranoidalną, a takich mamy dużo, czy z innymi chorobami psychicznymi, my musimy kupować leki w 100% odpłatności. Optymalnie byłoby, żebyśmy tych pacjentów przenosili na iniekcyjne podawanie leków, na przykład raz na dwa tygodnie. Natomiast one kosztują dla nas takie pieniądze, że to rzeczywiście pożera nasz budżet pacjent mógłby kupować na ubezpieczenie i wtedy to są groszowe wydatki a my płacimy po kilkaset złotych. (LW0607202218)*

### 3.1.1.6. Wsparcie socjalne

#### Pomoc w zapewnieniu pracy

Niektóre placówki pomagają pacjentom znaleźć pracę.

Profesjoniści: *Ośrodek robi różne rzeczy więc pacjenci w ramach ośrodka chodzą do pracy albo pomagają w imprezach albo, no w czymkolwiek, co jest potrzebne. (MK2007202221)*

#### Wsparcie pracownika socjalnego

Placówki, które działają przy szpitalach mają w swoim zespole pracownika socjalnego.

Profesjoniści: *Mogą liczyć na pomoc pracownika socjalnego, bo mamy w szpitalu pracownika więc zabezpieczamy jakieś takie sprawy socjalne, bytowe na przykład. Do nas trafia pacjent bezdomny, a wychodzi już do jakiegoś miejsca. Dom, praca, jakieś zasiłki różnego rodzaju, opłacanie leków - to na przykład mają zaopiekowane. (LW170320223.)*

### 3.1.2. Wytyczne do leczenia wykorzystywane w placówkach

Część respondentów stwierdziła, że nie korzystała z żadnych wytycznych do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi, w tym uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

Profesjoniści: *Ja, pomimo że nie lubię czytać, ale chętnie bym dostał do ręki jakieś takie kompendium pracy z różnymi pacjentami. Niekoniecznie mówię, że tym kompendium ma być wszystko, ale kompendium pracy na przykład z uzależnionymi behawioralnie, później z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. No i w każdym z tych kompendium jest jeszcze ewentualnie kilka podrozdziałów w obszarze tego współuzależnienia, czyli behawioralnego plus powiedzmy ta podwójna diagnoza czy choroba współistniejąca psychiczna. Brakuje mi takiego szkieletu leczenia, wokół którego ja mogę sobie coś tam sam dobudować. (LW140320221)*

#### Przygotowany na podstawie innego programu

Respondenci deklarowali, że inspiracją do przygotowania programu terapeutycznego wykorzystywanego w placówce był program z innej placówki.

Profesjonaliści: *Przyglądaliśmy się programowi Family w Gliwicach, no bo to był pierwszy z ośrodków, który się zajął w taki sposób leczeniem osób z więcej niż jednym uzależnieniem. Natomiast żadnej kalki nie robiliśmy w tej kwestii. To bardzo mocno się buduje w oparciu o doświadczenia i oto, co nam wynika z praktyki. (LW0607202218)*

#### Opracowany na podstawie doświadczeń

Najczęściej wytyczne do leczenia współwystępujących zaburzeń przygotowywano na podstawie własnych doświadczeń.

Profesjonaliści: *Nie przypominam sobie, żebym kiedykolwiek czytała o jakichś takich oficjalnych rekomendacjach. Bardziej te rekomendacje, które mam w głowie opierają się na doświadczeniu i na tym z jakimi spotykamy się problemami, wyzwaniem u tych pacjentów. I taka lista rekomendacji mi się tworzy, która gdzieś się pokrywa z jakimś jednym z wykładów, na którym dawno temu byłam jeszcze w ramach szkoły psychoterapii. Więc w ogóle to jest problem, że nie ma czegoś takiego, nie ma dużej ilości wiedzy na szkoleniach z psychoterapii uzależnień chociażby, na temat podwójnego rozpoznania. Więc nie słyszałam nigdy żadnych rekomendacji szczerze mówiąc, ale te które mam w głowie to wynikają z doświadczenia. (LW150320222)*

Profesjonaliści: *Wszystko co my tutaj robimy to jest takie trochę po naszymu, takie trochę na wyczucie. Jakby co chwilę coś zmieniamy, bo coś tam nie zdaje egzaminu, jednak nie dają rady i tak dalej. (LW170320223)*

Profesjonaliści: *W głównej mierze poprzez doświadczenia. Zajęliśmy się tym problemem w 2009 roku i wtedy od 2009 roku uczyliśmy się tak naprawdę pracy z osobami z podwójną diagnozą. I głównie te ogniwa dodawane do programu wynikały z naszego doświadczenia i z wniosków, które nam się nasuwały na podstawie praktyki. (LW0607202218)*

#### Z publikacji

Niektórzy respondenci twierdzili, że w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami opierają się na podstawie publikacji z czasopism naukowych i skierowanych do praktyków.

Profesjoniści: *W jakichś publikacjach takie małe rozdziały się pojawiały, ale to bardziej dotyczące osób z podwójną diagnozą, czyli zaburzenia psychiczne, uzależnienia od substancji. Czasami tam jedno zdanie było na temat osób z hazardem. Ale hazard to jest taki dość nowy kierunek pracy terapeutycznej i tutaj na naszym gruncie jest niewiele publikacji typowo poświęconych temu problemowi. (MK0507202217)*

### **3.1.3. Ograniczenia obowiązującej oferty leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

#### **3.1.3.1. Jakość leczenia**

##### Brak kompleksowej oferty

Ograniczeniem oferty skierowanej do osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest jej brak kompleksowości. Osoby podejmujące leczenie muszą skorzystać z oferty kilku instytucji, aby zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne, socjalne, prawne, finansowe. Brakuje oferty, która pozwoliłaby załatwić te sprawy w jednym miejscu.

Profesjoniści: *System nie oferuje im takich działań ustrukturyzowanych, gdzie w jednym miejscu można załatwić wiele problemów, które ma klient. Socjalnych, zdrowotnych i medycznych, różnych innych, prawnych. (KD1406202212)*

##### Brak opieki postterapeutycznej

Ograniczeniem oferty terapeutycznej, w niektórych placówkach, jest brak wsparcia po zakończeniu terapii. Pacjenci nie mają możliwości skorzystania z hostelu oraz sesji psychologicznych, które podtrzymywałyby efekty terapii. Tego typu wsparcia muszą szukać poza placówką.

Profesjoniści: *Nie możemy im zaoferować hostelu, a to by mi się bardzo przydało. Nie możemy im zaoferować regularnego wsparcia po ukończeniu terapii w ośrodku. Z różnych powodów. Po pierwsze to jest odległość, a po drugie zwyczajnie to już nie są nasi pacjenci i nie możemy ich oficjalnie wspierać. A niektórym przydałyby się choćby raz na jakiś czas spotkania podtrzymujące efekt terapii. Oczywiście my to robimy w formie nieoficjalnej, pacjenci nas po prostu odwiedzają. Ale jakby jest to bardziej ich inicjatywa, to nie jest oficjalna część działalności ośrodka. (LW260320227)*

Profesjonaliści: *W tym leczeniu odwykowym brakuje jakby pomysłu jak wspierać osoby już po leczeniu. Mamy hostel, ale hostel trwa pół roku, a część z naszych podopiecznych, zwłaszcza mówię o podwójnej diagnozie, wymaga jakiegoś bardziej stałego leczenia. No więc zostają w zasadzie hostele NZOZ i ZOLe. No być może to jest niewystarczające. (MK1407202220)*

W niektórych placówkach nie ma możliwości kontynuowania terapii w formie ambulatoryjnej.

Profesjonaliści: *Nie mamy takiej terapii ambulatoryjnej nawrotowej, która fajnie gdyby była. Mamy hostel i po tym hostelu koniec. Czyli nie mamy możliwości świadczenia usług ambulatoryjnie. A gdyby była poradnia, to by było super dla tych pacjentów, którzy skończyli leczenie. (MK2007202221)*

Profesjonaliści: *Nie wiem jaka jest w miastach innych, niż Lublin, bo z Lublina pochodzę. Generalnie jest lipa. W Lublinie ostatnio był prowadzony jakiś taki pilotażowy program dla osób z podwójną diagnozą. Była poradnia, był oddział dzienny. Ale wydaje mi się, że ten pilotaż się już skończył, znowu się oferta skurczyła. (LW260320227)*

#### Brak lekarza psychiatry w poradni

Są placówki w których brakuje dostępu do lekarza psychiatry, który mógłby postawić diagnozę.

Profesjonaliści: *Mamy kłopot z lekarzem psychiatrą w poradni, bo w szpitalu to nie. Zaczynają się kłopoty z możliwością takiego diagnozowania psychiatrycznego w samej poradni. Ten lekarz który jest, jest teraz na zwolnieniu, czy wróci, nie wiadomo. A jest po prostu niedobór lekarzy psychiatrów w całej Polsce, więc oni do poradni tak jakoś najmniej się garną. (MK0507202217)*

### **3.1.3.2. Podejścia do terapii**

#### Nacisk na terapię uzależnienia od substancji

W niektórych placówkach nacisk kładziony jest na terapię uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Takie skoncentrowanie na konkretnym zaburzeniu jest wynikiem specjalizacji placówki.

Profesjonaliści: *W Ośrodku Terapii Uzależnień, w oddziale dziennym na pewno uzyskają pomoc.*

***A to będzie leczenie raczej skoncentrowane właśnie na tej substancji?***

*Głównie na substancji. Przede wszystkim są nastawieni na substancje. Jest większy nacisk na to położony. To jest błędne koło. (LW140420229)*

Pacjent: *Jak przyszedłem do ośrodka, to byłem troszkę rozczarowany, że ośrodek jest nastawiony typowo pod alkoholików. Jedyne moje zajęcia indywidualne są z moją osobistą terapeutką i są ukierunkowane na mój problem, czyli na narkotyki i hazard. A wszystkie zajęcia muszą przekładać sobie w pewien sposób po prostu na mój problem. A niektórych nie jestem w stanie.*

***Czyli zajęcia grupowe odbywają się w jakim schemacie? Może pan coś więcej o tym opowiedzieć?***

*W schemacie typowo dla alkoholików. (BS250420221\_HN\_Amb)*

#### Brak specjalnej ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi są leczone tak samo jak inne osoby z uzależnieniem. Nie ma specjalnie dedykowanej oferty terapeutycznej dla tej grupy pacjentów. Program jest standardowy, zwracana jest uwaga na straty wynikające z grania oraz emocje związane z graniem.

Profesjonaliści: *My tutaj nie stosujemy jakichś specjalnych [oddziaływań – autorzy]. Pracuje się też nad tym, ale w takim programie jak gdyby standardowym. Zwracamy wtedy uwagę bardziej na to, jakie są straty związane z hazardem, jakie emocje towarzyszą temu, że idą i grają, ale jakiegoś specjalnego programu dla nich nie mam. Jeżeli są współwystępujące, to tak jak pan mówi, że wtedy pracujemy jak gdyby na jednym i drugim, nad różnymi zachowaniami, emocjami towarzyszącymi zarówno powiedzmy spożywaniu alkoholu i piciu i też temu, co to się dzieje w tym hazardzie. Często pacjenci, którzy są uzależnieni od alkoholu idą gdzieś i grają. (LW2906202213)*

#### Brak zaangażowania rodziny w proces terapii

Rodziny chorych nie są zaangażowane w leczenie. Z obserwacji terapeutów wynika, że pobyt w ośrodku jest oddechem dla rodzin, dlatego też może być trudno ich zaangażować.

Profesjonaliści: *Nigdy nie mieliśmy w swojej ofercie takiej propozycji dla rodziców, albo dla rodzin osób, które mają to podwójne rozpoznanie. Skupialiśmy się, jak jeszcze robiliśmy oddziaływania, tylko na uzależnieniu, a nie na współwystępowaniu.*  
(LW150320222)

Profesjonaliści: *Są też takie troskliwe rodziny, ale część z nich ma taki pomysł, że chociaż na chwilę mogą odetchnąć jak ten pacjent jest w ośrodku. Czyli wie pan, przez 10 tygodnie nie muszą się zajmować, stresować, zastanawiać i tak dalej Rodziny nie mają wiedzy na temat, jaka to jest choroba jedna, druga, trzecia, a już combo to już w ogóle i że te oczekiwania co do naszego oddziału, do naszej pomocy, są bardzo nierealistyczne.*  
(LW170320223)

### **3.1.3.3. Personel**

#### Brak wiedzy o hazardzie wśród specjalistów

Zdarzają się jeszcze terapeuci, którzy nie mają zbytnej wiedzy o hazardzie i zaburzeniach wynikających z grania. Nie znają również oferty leczenia zaburzeń, przez co mogą oni marginalizować występowanie tych problemów oraz nieadekwatnie podchodzić do terapii osób z zaburzeniami hazardowymi.

Profesjonaliści: *Ja wiem o ofercie hazardowej w Polsce jedno, że kiedyś mój kolega, terapeuta z Kolskiej, znaczy dokładnie on był instruktorem Terapii Uzależnień, to był taki trzeźwiejący alkoholik, który miał średnie wykształcenie, zrobił kurs terapii uzależnień, uzyskał właśnie papiery instruktora Terapii Uzależnień i on kiedyś pojechał na jakieś jedno, czy dwudniowe warsztaty, dotyczące terapii uzależnienia od hazardu i przywiózł stamtąd materiały. I to jest jedyne, co ja wiem na ten temat. Leczenia bym się sama osobiście tutaj nie podjęła, nie czuję się kompetentna w tym zakresie w ogóle. Nie mam narzędzi żadnych w ręku. Natomiast na pewno gdyby się taki pacjent do mnie zgłosił z prośbą o pomoc, to być może wreszcie skłoniłoby mnie to do podjęcia takiego działania, że bym przynajmniej zasięgnęła języka i się dowiedziała, gdzie takiego kogoś w ogóle kierować. Bo nie mam pojęcia, gdzie takiego kogoś kierować.* (LW2204202211)

### Ograniczona dostępność do terapeutów

Specjaliści są zdania, że pacjenci nie zawsze mają dostęp do terapeutów. Związane jest to z dyżurowym trybem pracy. Z doświadczeń profesjonalistów wynika, że nie są oni w stanie poświęcić pełnej uwagi.

Profesjoniści: *Nie zawsze jest możliwość takiej indywidualnej opieki. Bo gdy powiedziałam, że pracujemy indywidualnie z pacjentami, jasne, z tym że też nie jesteśmy codziennie. Bo każdy terapeuta jest powiedzmy 2-3 razy w tygodniu. Więc czasami, jak przyjdzie taki pacjent, który rzeczywiście potrzebuje takiej uwagi 100%, to nie zawsze jesteśmy w stanie ją dać. (LW250320226)*

### **3.1.3.4. Wsparcie socjalne**

#### Brak współpracy z pracownikiem socjalnym

Z doświadczeń specjalistów wynika, że brakuje współpracy z pracownikami socjalnymi.

Profesjoniści: *Z tego co myślę, że takiej opieki nie ma, przynajmniej nie znam, nazwijmy to szeroko pojętego wsparcia socjalnego. Mam na myśli tutaj jakiegoś pracownika socjalnego. Myślę sobie też o takiej formule znalezienia pewnych rozwiązań prawnych. (MK2906202216)*

#### Brak współpracy z doradcą finansowym

Placówki nie nawiązują również współpracy z doradcą finansowym, który miałby pomagać osobom ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi rozwiązywać problemy finansowe.

Profesjoniści: *Takim elementem, który bardzo byłby pomocny, to doradca finansowy. No ale oni nie są zakontraktowani w ramach NFZ, ale chociaż na zasadzie jakiejś współpracy. Bo w przypadku osób uzależnionych od hazardu, długi to jest jeden z takich podstawowych obszarów do pracy. Tutaj bardzo często potrzebują po prostu doradcy finansowego. A to nie jest w tych programach na pewno ujęte. Wszyscy wiedzą, że warto mieć kogoś, znać jakąś instytucję blisko, gdzie można pokierować.*

***Czyli kierujecie państwo po prostu do jakich znanych sobie takich miejsc?***



*Gdzieś tam na zasadzie wizytówek i takich. To są często osoby działające właśnie w sektorze bankowym, ale takie, które się specjalizują w rozwiązywaniu problemów finansowych różnych klientów, więc grupa tutaj uzależnionych od hazardu jest tą grupą, która też wchodzi w ten zakres. Czasami są takie kontakty, że ktoś taką pomoc świadczy nieodpłatnie, inni znów za bardzo niską opłatą. (MK0507202217)*

### **3.1.4. Bariery w dostępie do leczenia**

#### **3.1.4.1. Bariery indywidualne**

##### Wstyd przed podjęciem leczenia

Barierą identyfikowaną przez profesjonalistów był wstyd wśród chorych przed podjęciem leczenia z powodu zaburzeń hazardowych.

*Profesjoniści: Miałam kilku takich pacjentów, którzy jakoś strasznie obawiali się takiego kontaktu z państwową służbą zdrowia. Ten problem hazardu strasznie ich krępował, zawstydział i sięganie po jakąś pomoc było dla nich trudne. Oni rzeczywiście szukali czegoś w takim sektorze prywatnym. To jest też trudne, bo myślę sobie, że właśnie to są też często ludzie, którzy mają potężne problemy finansowe, a jednocześnie bardzo duży opór i wstyd przed takim społecznym naznaczeniem. Więc takie trochę błędne koło się tworzy. (LW220320225)*

#### **3.1.4.2. Związane z diagnozą**

##### Niediagnozowanie zaburzeń hazardowych

Barierą w dostępie do leczenia, szczególnie dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest nierozpoznanie zaburzeń hazardowych. Może się to wiązać z profilem placówki, do której zgłaszają się chorzy. W placówkach skoncentrowanych na zaburzenia chemiczne współwystępujące z zaburzeniami psychicznymi, hazard może umykać podczas diagnozy. Specjaliści nie doszukują się tego typu zaburzeń.

*Profesjoniści: My nie mamy w ogóle czystych hazardzistów. I myślę sobie, że w związku z tym, że mamy profil chemicznych uzależnień, to możliwe też, myślę, że tak jest, że nie dodiagnozujemy hazardu, nie dopytujemy, nie sprawdzamy. Bo ktoś może też mieć na*

*przykład alkohol, chorobę psychiczną plus hazard. I my ten hazard po macoszemu traktujemy. (LW170320223)*

Profesjoniści: *Wywiad lekarski jest wywiadem teoretycznie ustrukturyzowanym, są zasady zbierania badania psychiatrycznego. Natomiast lekarze go stosują na wycucie, to znaczy według doświadczenia. Nie jest to kwestionariusz, który ma strukturę taką, jak na przykład testy psychometryczne, czy socjologiczne. Podobnie jest z badaniem psychologicznym. Natomiast bez wątpienia są narzędzia psychometryczne, które mogą to zdiagnozować, natomiast one są zazwyczaj w zwykłym badaniu psychiatrycznym nieużywane, bo po prostu brakuje na to czasu. Przykładowo ambulatoryjnie na pierwszorazowego pacjenta jest 45 minut, to nie ma na to czasu, żeby wykonywać testy psychometryczne. Nawet te przeznaczone dla lekarzy. W związku z czym zazwyczaj się prosi psychologa o diagnozę jakąś osobowości, zasobów, intelektu i to robią psychologowie. Natomiast rzadko jest wychwytywany w związku z tym hazard, bo jakby nie ma świadomości, nigdy się nie prosi o badanie w kierunku hazardu. (LW140420229)*

### **3.1.4.3. Dostępność leczenia**

#### Brak oferty łączącej leczenie ambulatoryjne i stacjonarne

W ocenie profesjonalistów, jedną z barier w dostępie do leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami używania substancji lub innymi zaburzeniami psychicznymi jest brak możliwości terapii w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej w jednej placówce. Forma uwzględniająca przejście przez te dwa typy placówki pozwala na łagodniejsze wejście osób chorych do funkcjonowania społecznego po ukończeniu terapii. Możliwość leczenia w ramach struktury jednej placówki zapewnia chorym bezpieczeństwo.

Profesjoniści: *Nie mamy ośrodka stacjonarnej Terapii Uzależnień. To jest oddział dzienny, to jest tylko oddział dzienny. Kiedyś było tak, że na czas tych 8 tygodni trwania terapii przewidywanej kontraktem z NFZ, pierwsze 4 tygodnie były stacjonarne, a drugie 4 tygodnie były w ramach oddziału dziennego. Czyli ci pacjenci właśnie powoli byli przeplancowywani do tego swojego naturalnego środowiska. Potem to niestety legło w gruzach i teraz jest tylko forma oddziału dziennego. (LW2204202211)*

### Długi czas oczekiwania na leczenie

Zdaniem badanych barierą w podjęciu leczenia dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi jest długi czas oczekiwania na leczenie stacjonarne w wyspecjalizowanej placówce. Z informacji pochodzących od profesjonalistów wynika, że natłok pacjentów wydłuża czas oczekiwania do pół roku.

Profesjoniści: *No osoby z podwójną diagnozą nie mają dużego wyboru. Brakuje ośrodków. No bo jest nas chyba w tym momencie siedem ośrodków w Polsce, a osób z chorobami psychicznymi coraz więcej. I w tym momencie my mamy kolejki. Bywa, że mamy kolejki na pół roku. Oczywiście jest, że to jest bardzo długi okres dla kogoś uzależnionego z chorobą psychiczną i jeszcze nie daj Boże, uzależnionego od hazardu. (MK1407202220)*

Pacjent: *Wie pani co, ja myślę, że nie był on za długi, ale też nie był jakiś mega krótki. Ja czekałem od marca do maja. No to mamy 2 miesiące, dwa i pół miesiąca około, może do trzech. I uważam, że nie był on ani za krótki ani za długi. Trzeba było tyle poczekać, więc tyle czekałem. Co tydzień byłem w kontakcie telefonicznym z ośrodkiem, dzwoniłem regularnie, pytałem i tyle. (BS020620226\_HN\_Stac)*

### Niska dostępność placówek

Długi czas oczekiwania na leczenie wiąże się z niską dostępnością placówek, szczególnie takich które w swojej ofercie mają terapię osób z zaburzeniami hazardowymi.

Profesjoniści: *Uważam, że jest za mało ośrodków na potrzeby. Więc zarówno jeżeli mówimy o takich ośrodkach, czy jeżeli chodzi o takie ambulatoria, które się tym zajmują. (LW250320226)*

Profesjoniści: *My mamy dużą trudność w tym, żeby sprostać potrzebom, ponieważ u nas nieustająco jest ponad miarę pacjentów. W tej chwili 7 osób więcej niż miejsc, które są finansowane z Narodowego Funduszu, a kolejka jest mniej więcej taka na 4 do 6 miesięcy. Zwłaszcza w przypadku osób zdiagnozowanych wielowątkowo, w tych kilku wątkach uzależnienia. (LW0607202218)*

Zdaniem profesjonalistów na jeszcze mniejszą dostępność mogą liczyć niepełnoletni u których współwystępują zaburzenia behawioralne i zaburzenia psychiczne.

Profesjoniści: *Ja widzę też taki problem z tymi dziećmi i młodzieżą, że tutaj ta oferta jeśli chodzi o uzależnienia behawioralne jest jeszcze gorsza niż dla dorosłych. Z naszych informacji wynika, że te programy po prostu mają full pacjentów, tam nawet więcej jest pacjentów niż możliwości zajęcia się nimi. (LW1504202210)*

#### **3.1.4.4. Bariery finansowe**

##### Finansowanie leczenia

Z informacji pochodzących od profesjonalistów wynika, że barierą w podjęciu leczenia przez osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi jest brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W niektórych placówkach osoby z zaburzeniami hazardowymi i chorobami psychicznymi nie mogą rozpocząć terapii, jeśli nie towarzyszy temu jakieś zaburzenie od substancji psychoaktywnych.

Profesjoniści: *W związku z tym, że mamy taki profil i przede wszystkim my nie mamy takiego kontaktu, jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie możemy przyjąć czystego hazardzisty. Czyli jeżeli ktoś tylko ma hazard i na przykład inną chorobę psychiczną, to nie możemy takiego pacjenta przyjąć. Musi być jakieś chemiczne uzależnienie. (LW170320223)*

Ośrodki stacjonarne, które leczą osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi muszą sfinansować leczenie psychiatryczne, które jest obciążające dla budżetu placówki. Może to powodować niechęć do leczenia pacjentów z tymi zaburzeniami.

Profesjoniści: *Borykamy się z problemem leczenia farmakologiczne, to znaczy z finansowaniem tego leczenia. Na przykład nowatypowe leki podawane w iniekcjach strasznie obciążają budżet ośrodka. Bo są drogie, 800 złotych ampułka, no to 1600 proszę Pana miesięcznie. (MK2007202221)*

### 3.1.4.5. Jakość leczenia

#### Długi czas trwania leczenia

Zdaniem respondentów z grupy profesjonalistów, osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji lub innymi zaburzeniami psychicznymi mają duże opory przed podjęciem długoterminowej terapii. Z doświadczeń badanych wynika, że niektórzy pacjenci słysząc, że muszą spędzić rok w ośrodku rezygnują z leczenia.

*Profesjonaliści: Pacjenci niektórzy, którzy powinni iść na podwójną diagnozę, mają bardzo duże opory, żeby w ogóle iść na leczenie, a co dopiero na długoterminowe, jak słyszą rok albo 2 lata, to w ogóle absolutnie nie. Długoterminowe mam na myśli, że trwa powyżej 10 tygodni czyli na przykład pół roku taka terapia stacjonarna trwa albo rok. (LW150320222)*

### 3.1.4.6. Związane z personelem

#### Związane z personelem

W ocenie profesjonalistów specjaliści terapii uzależnień nie mają wystarczających umiejętności i doświadczenia w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi.

*Profesjonaliści: Z braku doświadczenia, ponieważ mało który terapeuta miał jakkolwiek staż i pracę z osobą chorującą psychicznie. Więc wie Pan, samookaleczenia, próby samobójcze, psychozy to jest coś z czym przeciętnemu lekarzowi jest łatwo sobie radzić, bo to takie normalne. A terapeuci nie, oni w życiu nie byli w szpitalu psychiatrycznym, nie mają bladego pojęcia co to jest. I są przerażeni. Coś, co jest inne, wykracza poza normy. (MK2007202221)*

Terapeuci obawiają się pracy z tego typu pacjentami, szczególnie jeśli współwystępują zaburzenia psychotyczne.

*Profesjonaliści: Ja nie słyszałam o poradni leczenia uzależnień, która miałaby grupę dla pacjentów z podwójną diagnozą. Nie słyszałam o takiej. Może są takie w Warszawie, w dużych miastach, większych niż Poznań. Myślę sobie, że trochę jest tak, że terapeuci boją*

*się tych pacjentów, trochę z nimi indywidualnie pracują, ale też tak nie do końca chętnie. I że trochę oni są traktowani, zwłaszcza ci psychotyczni pacjenci, per noga. (LW170320223)*

Profesjoniści: *Wielu terapeutów boi się pacjentów z więcej niż jednym rozpoznaniem. To już rozpoznanie uzależnienia mieszanego na przykład, alkohol i narkotyki, już jest tym, co wielu po prostu straszy. A jeżeli jeszcze choroba psychiczna? To też kwestia wykształcenia kierunkowego i samokształcenia. Dla wielu terapeutów, którzy nie widzieli osoby chorej psychicznie na oczy, wzbudza to lęk po prostu. (MK0507202217)*

### **3.2. Trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

#### Brak wiedzy lub niewystarczająca wiedza profesjonalistów na temat zaburzeń hazardowych

Trudność w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi i innymi współwystępującymi zaburzeniami może polegać na tym, że terapeuci nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat zaburzeń hazardowych, między innymi dotyczącej form uprawiania hazardu i specyfiki tego zaburzenia.

Profesjoniści: *Ja miałam tylko taką trudność, ponieważ nie miałam wiedzy na temat zachowań takich hazardowych, no bo o narkotykach bardzo dużo wiem, o sposobie spożywania alkoholu bardzo dużo wiem, mogę wspólny język złapać też z pacjentem. A tutaj szczerze mówiąc nie miałam żadnej wiedzy, nigdy nie miałam sama styczności z hazardem, czy z jakimiś grami. Więc tutaj miałam trudności jak miałam młodego pacjenta, który hazard uprawiał tylko przez telefon, to też trochę mi zajęło, żeby ograniczyć ten telefon w ośrodku. Bo jakby nie miałam takiej wiedzy, że tak to się może objawiać, że takie są formy jakby też uzależnienia. To są takie specyficzne trudności, jednak jakieś nowe formy są. To nie tak, jak z heroinistami, u których od lat to podobnie wygląda. Tutaj jest jednak dużo nowych form rozładowywania tego napięcia. Tak jak zresztą w przypadku różnych behawioralnych, od internetu, od telefonu, to jest podobnie. (MK2906202214)*

### Deficyty poznawcze pacjentów

Deficyty poznawcze pacjentów nie zawsze pozwalają im w pełni skorzystać z terapii. Pacjenci z takimi deficytami nie są w stanie przyswoić i przetworzyć przekazywanych informacji, co może im utrudniać pełne skorzystanie z terapii.

Profesjoniści: *Jeżeli ktoś jest niesprawny poznawczo, no to jemu będzie bardzo trudno się nauczyć. Bo każda psychoterapia jakby nie patrzeć, a odwykowa szczególnie polega jednak głównie na uczeniu się. Po prostu mózg musi się nauczyć bardzo wielu różnych nowych dla niego rzeczy. (LW2204202211)*

Profesjoniści: *Zauważamy coś takiego, że osoby z podwójnym rozpoznaniem często na warsztatach psychoedukacyjnych, gdzie jest mikro wykład i psychoedukacja, bardzo często się tak trochę wycofują, wyłączają, są niewidoczni, niesłyszalni. No oni pracują, bo wypełniają różne kwestionariusze, ale trochę mniej wiedzą, trochę trzeba im tłumaczyć dodatkowo, trochę nie odpowiadają w obszarze pytań. Czyli na pewno to zmienione funkcjonowanie poznawcze utrudnia pracę i korzystanie z terapii. (LW150320222)*

### Wycofanie społeczne, brak integracji z grupą

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć problemy w integrowaniu się z grupą, włączaniu się w codzienne czynności.

Profesjoniści: *Jeżeli ktoś ma podwójne rozpoznanie, często spotykamy się z tym, że taka osoba ma utrudnione relacje interpersonalne, czyli na przykład jest bardziej wycofana, głównie mówię o osobach ze schizofrenią, albo z organicznymi zaburzeniami. Myślę, że takie osoby się wycofują, nie uczestniczą w życiu grupy. Często leżą i nie wychodzą z pokoju, nie uczestniczą w zajęciach, albo są trochę wyłączone. Trzeba ich bardzo zachęcać do mówienia, bo spontanicznie nic nie mówią. (LW150320222)*

Profesjoniści: *No i są tak trochę poza grupą (osoby ze współwystępującymi zaburzeniami - Autorzy). Pacjenci próbują ich zapraszać do siebie, do wspólnego grania, oglądania telewizji, siedzenia, picia kawy i rozmawiania, ale to się często nie udaje. Pacjenci tracą cierpliwość i koniec końców te osoby są trochę wykluczone ze społeczności. (LW150320222)*

### Objawy zaburzeń psychicznych utrudniające dopasowanie się do zasad

Bywa, że zaburzenia są na tyle nasilone, że pacjenci nie są w stanie dopasować się do zasad i norm panujących w placówce. Problemem są zachowania nieakceptowane społecznie, czy łamanie abstynencji.

*Profesjoniści: Tacy pacjenci bardzo niszczący rzadko się zdarzają. Oni zazwyczaj nie kończą terapii, ponieważ licznie łamią regulamin i dyscyplinarnie są wypisywani. (LW150320222)*

*Najtrudniej nam się pracuje myślę z pacjentami z zaburzeniami osobowości. Zaburzenia osobowości są związane z tym, że pacjenci są impulsywni, bywają agresywni, bywają roszczeniowi, łamią abstynencję. (LW170320223)*

### Hazard przez pacjentów nie jest traktowany jako problem zdrowotny, medyczny

Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie definiują swojego problemu w kategoriach medycznych, ponieważ w ich doświadczeniu problem ten nie oddziałuje na psychikę i funkcjonowanie organizmu.

*Profesjoniści: Mam wrażenie, że pacjenci z kawałkiem hazardowym mają większy kłopot z takim rozumieniem tego, co się z nimi dzieje w kontekście takich medycznych zaburzeń. Jak się ma chorobę psychiczną, czy nawet bierze narkotyki, czy pije alkohol, to są to zaburzenia, które ewidentnie wpływają na stan psychiczny, bo powodują zaburzenia snu, zaburzenia lękowo-depresyjne, to chyba jakoś w kategoriach medycznych pacjenci uznają. Natomiast z hazardem jest kłopot i myślę, że to jest może kwestia tego, że my mamy jakąś małą wiedzę i mało pacjentom opowiadamy o tym, jak to jest na poziomie takim biologicznym, neurobiologicznym. Natomiast mam wrażenie, że tym hazardzistom może trudniej się jakoś utożsamić z innymi pacjentami. (LW170320223)*

### Zaostrzenia/nawroty zaburzeń psychicznych, problemy z opanowaniem objawów choroby

Osoby, które doświadczają współchorobowości, w momencie nawrotu zaburzeń psychicznych mają problem z utrzymaniem abstynencji i reżimu leczenia. Bywa, że pomimo włączenia leczenia farmakologicznego trudno opanować objawy choroby, takie jak na przykład nadmierna impulsywność.



Profesjoniści: *Dla pacjenta, u którego współwystępują zaburzenia psychiczne i inne, to generalnie są słabsze rokowania. Dla osób, które mają zaburzenia osobowości, czy schizofrenię, czy ChAD. To rzeczywiście jak jest nawrót choroby i rzeczywiście takie rzeczy się włączają, to wtedy wpływa to na funkcjonowanie i od razu gdzieś zmniejsza motywację do trzeźwości. Bo są to zachowania jakiś ryzykowne, impulsywne, w celu ulżenia sobie. (LW250320226)*

Profesjoniści: *W przypadku takich zaburzeń psychicznych, jak choroba afektywna dwubiegunowa bywa trudność, żeby opanować na przykład to zaburzenie, w zależności też, czy pacjent jest depresyjny, czy w manii, hipomanii, to tutaj też czasami być może występują jakieś trudności. (LW060420228)*

### Problem z postawieniem wiążącej diagnozy u młodzieży

Młodzież, która pozostaje w okresie dojrzewania nie może być ostatecznie zdiagnozowana. Z jednej strony objawy choroby nie rozwinęły się w pełni, z drugiej na obraz zaburzenia nakładają się naturalne objawy związane z dojrzewaniem.

Profesjoniści: ***Proszę mi powiedzieć, ta praca z młodzieżą jest trudniejsza niż dorosłymi, którzy mają współwystępujące zaburzenia?***

*Na pewno jest trudna dlatego że są też mocno impulsywni w tych swoich zachowaniach i też sobie myślę, że często przez to, że oni są cały czas w tym wieku rozwojowym, no to często my nie mamy takiej jednoznacznej diagnozy. My się zastanawiamy, być może rozwinie się hazard, a być może to jest w stronę schizofrenii, albo borderline, ale to wszystko są jeszcze jakby w wieku rozwojowym. Więc to są też takie nie pełnoobjawowe zaburzenia, więc może chociaż jest trudne, że to nie jest takie konkretne. (LW250320226)*

### Niechęć pacjentów do leczenia wszystkich uzależnień

Pacjenci mają opór, by pracować nad wszystkimi swoimi problemami, bywa, że jedne uważają za bardziej dla siebie szkodliwe niż inne.

Profesjoniści: *Jeżeli chodzi na przykład o osoby, które mają mieszane uzależnienia, na przykład hazard i uzależnienia, to takie wartościowanie tych uzależnień, że to jest gorsze, a to jest lepsze. To jest taka pewnie trudność po stronie terapeuty, jak to przedstawić, pokazać. No bo pacjenci jednak często boją się wszystkiego pozbyć, więc jakoś sobie to*

wartościują, licytują się z tym i to pewnie, jeżeli chodzi o mieszane uzależnienia, to może być taka trudność. (LW180320224)

### Nieujawnianie przez pacjentów problemów z hazardem

Pacjenci nie zgłaszają problemów z hazardem, gdyż nie zawsze traktują swoją grę w kategorii problemu, którego konsekwencją może być uzależnienie lub ponieważ nie chcieliby rezygnować z tego zachowania.

Profesjoniści: *Ja to przez przypadek potwierdziłem w rozmowie z jego siostrą, bo jego siostra mi powiedziała o tym już po tym, jak on wyjechał. Ona do mnie zadzwoniła, jak dalej z nim postępować, co z nimi robić. Ja, będąc przekonany, że tam przede wszystkim ten alkohol jest problemem zaleciłem oczywiście kontrolę w poradni zdrowia psychicznego, no i ciągłą kontynuację terapii, nawet gdzieś w systemie ambulatoryjnym. No i ona mi zaczęła właśnie jeszcze dokładnie opowiadać, jak to z tym hazardem było, jak on przyjechał do niej do Irlandii, zarobił pierwsze pieniądze, jak zaczął wpadać w hazard, później w uzależnienie. To dopiero właściwie po rozmowie z tą siostrą wszystko mi się poukładało, ale już go nie miałem w szpitalu, więc nie mogłem w tym kierunku z nim popracować. Ale myślę, że w jego przypadku hazard był podłożem tego wszystkiego, co się zadziało z nim później i szkoda, że o tym nie wiedziałem, bo pracował bym może z nim w jakimś innym kierunku, jakiegoś planowania wyjścia z tych długów, jakiś podjęcia kroków zaradczych, prawnych. I to mogłoby na tyle go uspokoić, że być może by to też pomogło w tym uzależnieniu od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Natomiast ponieważ on mi się do tego nie przyznał, no to ja z nim pracowałem nad alkoholizmem, nad narkotykami. (LW140320221)*

### Problemy w dostosowaniu się do reżimu leczenia

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi nie zawsze przyjmują leki w odpowiednim reżimie, bywa, że odmawiają współpracy z lekarzem psychiatrą.

Profesjoniści: *A jeżeli chodzi o osoby właśnie ze schizofrenią, to właśnie ta trudność w przyjmowaniu leków, w regularności, kontakcie, że niektórzy właśnie chcieli chodzić do tego lekarza, przyjmowali leki, a później przestawali przyjmować. To rozwalalo pracę. Całkiem niedawno mieliśmy taką sytuację, że nie wiadomo było, czy pacjent ma nawrót. Okazało się, że najprawdopodobniej przestał brać leki. Pan zrezygnował z usług naszej*

*placówki, bo nie chciał na takich zasadach, nie chciał współpracy z lekarzem. A ciężko byłoby pracować z osobą, która ma objawy. (LW180320224)*

### Zaburzenie ciągłości terapii

W przypadku zaostrzenia zaburzeń psychicznych terapia uzależnień musi być odroczone do czasu poprawy stanu pacjenta, stąd brak ciągłości terapii.

*Profesjonaliści: Jeśli ktoś ma depresję, ChAD czy schizofrenię no to trzeba się zająć tą chorobą. Jeżeli nie dajemy rady na miejscu, to ta osoba musi jechać do szpitala, czasami na miesiąc, czasami na dwa. Więc zanim się ustabilizuje, to ta terapia stricte uzależnieniowa, jest przerywana więc ten proces się wydłuża, taka porwana ta terapia jest. Nie ma ciągłości. (MK130720221019)*

### **3.3. Potrzeby terapeutyczne osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

W badaniu udało się zidentyfikować potrzeby terapeutyczne osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi. Ich rozpoznanie pozwala na wzięcie ich pod uwagę przy konstruowaniu oferty leczenia dla tej specyficznej grupy pacjentów. Z informacji pochodzących od specjalistów wynika, że są one większe niż wśród osób z tylko jednym zaburzeniem.

*Profesjonaliści: Obszar do terapii i obszar do takiego procesu terapeutycznego jest dużo większy, niż gdyby chorowali na jedną z tych diagnoz. Więc myślę, że te grupy są do siebie podobne, ale wymagają innego i takiego większego zaopiekowania terapeutycznego. (LW150320222)*

*Profesjonaliści: Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi innymi niż uzależnienie, wymaga specyficznego podejścia, ponieważ to są osoby, które mają na poziomie leczenia i potem powrotu do społeczeństwa, dużo więcej wyzwań. (MK1407202220)*

### Mniej konfrontacyjne podejście w terapii

Z doświadczeń specjalistów wynika, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami są bardziej wrażliwe na konfrontacje podczas terapii.

Profesjonaliści: *Dużo mniej konfrontuję pacjentów no bo nie chcę ich wpędzać w jakieś sytuacje stresowe. W poradni, jak miałem pacjentów z tym jednym zaburzeniem, to jak widziałem czy czułem, że mnie oszukują to ich mocno konfrontowałem z rzeczywistością, czy z tym, co mówią. Tutaj tego robić nie mogę, bo jak ich zacznę dociskać, to albo mi się zamkną na amen, albo wpadną w jakąś nerwicę. Tutaj muszę być na pewno dużo delikatniejszy, mieć dużo więcej cierpliwości. Nie można tak konfrontacyjnie podchodzić do rzeczy, trzeba tłumaczyć, trzeba pokazać. (LW140320221)*

### Większa akceptacja

Ta grupa pacjentów wymaga więcej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowania.

Profesjonaliści: *Oni zwykle potrzebują o wiele więcej akceptacji, o wiele więcej czasu trzeba im dać na znalezienie się w grupie, o wiele lepiej idą na pozytywnych komunikatach niż na konfrontacji. (LW260320227)*

### Regularny kontakt po zakończeniu leczenia

W ocenie specjalistów, chorzy powinni utrzymywać stały kontakt z pracownikami sektora medycznego. Pozostawanie pod opieką lekarzy psychiatrów, terapeutów pozwala na bieżąco kontrolować stan zdrowia i nasilenie objawów choroby.

Profesjonaliści: *Część tych osób, które do nas trafiają nie powinno raczej funkcjonować poza lecnictwem. To są osoby, które powinny być całe życie pod opieką lekarza. Jeżeli ktoś ma zaburzenia z kręgu schizofrenii, a część tych osób ma takie diagnozy, no to to jest choroba, która raczej rzadko bywa uleczalna. Więc ci ludzie powinni być ustawieni na lekach, powinni być regularnie w kontakcie z lekarzem i dobrze by było, żeby byli w miarę z jakąś regularnością w kontakcie z jakimś pomagaczem. Niektóre z tych osób trafią do miejsc pracy chronionej, niektóre z tych osób będą rencistami, one cały czas będą w jakimś systemie pomocowym. Ja mam poczucie i przekonanie, że cały czas powinni mieć jakieś wsparcie choćby jakiejś wspólnoty 12 Krokowej. (LW260320227)*

### Większe wsparcie ze strony specjalistów

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów.

Profesjonaliści: *Oni potrzebują naszej obecności o wiele więcej, dużo większa jest rola terapeuty i kadry pomocowej, bo tutaj pielęgniarzkę mamy, opiekuna dziecięcego, bo to młodzieżowy ośrodek. (LW260320227)*

#### Wsparcie w rozwiązywaniu problemów

Wymagają również większego wsparcia w rozwiązywaniu problemów, które pojawiają się. Pracownicy placówek podpowiadają chorym jak mogą załatwić swoje sprawy. Jednak jak zastrzegają badani, motywują pacjentów aby to oni byli aktywni w tym procesie rozwiązywania problemów.

Profesjonaliści: *Cudotwórcami nie jesteśmy i wszystkich rzeczy to my nie rozwiążemy, ale na pewno możemy wskazać, gdzie się udać, zwrócić na coś uwagę, co będzie wymagało aktywności po stronie pacjenta, czasami pokierować, czasami dać numer telefonu z internetu. No jak pacjent nam zakomunikuje jakiś problem, to jesteśmy gotowi wesprzeć go w takim zakresie w jakim jest to możliwe z naszej strony. (MK0507202217)*

#### Zdobycie wiedzy w jaki sposób funkcjonować z zaburzeniem psychicznym

W ocenie respondentów, osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, którym towarzyszy jakaś choroba psychiczna powinni zdobyć wiedzę w jaki sposób z nią żyć. Zdobycie wiedzy o specyfice zaburzenia pozwala pacjentom lepiej funkcjonować. Sprzyja to również akceptacji tego zaburzenia.

Profesjonaliści: *Ten powrót do społeczeństwa czy życia wymaga też umiejętności życia ze swoją chorobą czyli dbania o swój stan psychiczny żeby ta choroba utrzymywała się jak najdłużej w remisji. (MK1407202220)*

### **3.4. Proces diagnostyczny osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

#### **3.4.1. Zidentyfikowane sposoby diagnozy**

##### Pacjent przychodzi i zgłasza problem z graniem w gry hazardowe

Z doświadczenia profesjonalistów wynika, że często pacjenci podejmując leczenie przychodzą już ze zidentyfikowanym przez siebie problemem, np. zaburzeń

hazardowych. Również respondenci z grupy pacjentów deklarowali, że sami rozpoznali u siebie problem.

Profesjonaliści: Czasem pacjenci przychodzą z już zdefiniowanym problemem i już mówią na rozmowach wstępnych, na takich diagnostycznych rozmowach, że mają problem z hazardem, no i wtedy wiem, że ten hazard jest dominujący. (LW150320222)

Profesjonaliści: Jeżeli nie ma pytania o hazard ode mnie, no to ci pacjenci, którzy mieli z tym problem, jakby to zgłaszali, to jednak już na początku tej relacji o tym sami mówili. Czy to z powodu tego, że sami uważali, że mają z tym problem, czy mówili o tym, że po prostu środowisko, rodzina im zarzuca to i gdzieś zgłasza i na przykład z tego powodu ich wysłali na terapię. Ale oni na przykład się z tym nie zgadzają. Jednak sami też z tym wychodzą, jeżeli wychodzą. Choć rzadko. (MK2906202214)

Pacjent: Ja po prostu sam to sobie zdiagnozowałem i przyszedłem na leczenie. Bo miałem problem taki, że jak zażywałem amfetaminę, to grałem na maszynach tam. (PT010620224\_HN\_Stac)

### Wywiad diagnostyczny

Podstawowym narzędziem diagnozy jest wywiad przeprowadzany podczas pierwszej sesji.

Niektórzy specjaliści opierają go o zgłaszane przez pacjentów objawy.

Profesjonaliści: No ja bym zaczęła odnosić się do objawów uzależnienia od hazardu i o nie pytała, tak jak się pyta o objawy uzależnienia od substancji. One są w zasadzie dość podobne. Więc ja bym starała się najpierw w ogóle określić problem, dopytać o objawy tego uzależnienia, o konsekwencje ponoszone, o to, jak to granie wyglądało. Czy tam to ta behawioralna czynność. No na pewno bym różnicowała też, na ile jest związana z uzależnieniem, na ile występowała samoistnie, od czego się zaczęło, tak. Czy się pojawiła najpierw jakaś ta czynność behawioralna, potem substancje, czy odwrotnie. W taki sposób. (MK1407202220)

Pacjent: W pewnym momencie po prostu zgłosiłem się do ośrodka. Na pierwszym spotkaniu zostało tak jakby zdiagnozowane, w sensie ustnie, rozmowa ze specjalistą, z terapeutą, że jest coś nie tak, że rzeczywiście mam problem, że to wymaga kontroli. Co wymaga rozmowy, czy nawet terapii. (BS090520222\_HP\_Amb)

Kwestia zaburzeń hazardowych pojawia się, kiedy terapeuci dopytują o styl życia i różne zachowania. Niektórzy wymieniają specyficzne gry hazardowe, które często nie są utożsamiane z problemem jak gry liczbowe (totolotek). Terapeuci pytają również o zdrowie psychiczne i choroby w rodzinie.

Profesjoniści: Czasem się zdarza też tak, że w rozmowach diagnostycznych pacjenci mówią, że dominującym ich problemem jest na przykład uzależnienie od alkoholu, a o tym używaniu hazardu w ogóle nie wspominają spontanicznie. Ale jak dopytuję na przykład o to, czy widzą w swoim życiu jakieś takie nałogowe zachowania, albo rzeczy takie, które robią impulsywnie, kompulsywnie, a przynosi im to ulgę i wymieniam wtedy na przykład zakupy jedzenia, objadanie się, jedzenie słodczy, granie w hazard, zdrapywanie zdrapek i tak dalej, to wtedy czasem potwierdzają, że właśnie czasem obstawiam w kasynie, obstawiam mecze, gram w Totolotka i tak dalej. (LW150320222)

Profesjoniści: Dla mnie podstawowym narzędziem, z którego zawsze korzystam, jest wywiad i rozmowa, w której pytam wprost o różne rzeczy, na przykład o pobytu na oddziałach psychiatrycznych, o problemy ze zdrowiem psychicznym, o to, czy w rodzinie ktoś nie chorował i tak dalej. Proszę, żeby ludzie przynieśli na te rozmowy diagnostyczne, bo mam z nimi wcześniej telefoniczny kontakt, więc proszę ich, żeby przynosili ze sobą wszelkie wypisy ze szpitala i robią taki dokładny wywiad. (LW150320222)

Niektórzy mają standardowy zestaw pytań, które zadają każdemu pacjentowi.

Profesjoniści: Zawsze jakoś ten wywiad robię w taki sposób, że nawet jeżeli pacjent twierdzi, że się nie leczył i nigdy nie miał powodu, żeby chodzić do psychiatry, to i tak sprawdzam różne objawy i pytam. Pytam o leczenie, pytam o myśli samobójcze, pytam o sen, pytam o nastrój, pytam o zaburzenia psychotyczne, sprawdzam to wszystko po prostu. Ja pytam wprost o różne rzeczy. Czy pan miał myśli samobójcze, czy pan jest po próbach samobójczych? Bo wielu naszych pacjentów jest z myślami samobójczymi, albo po próbach samobójczych, po których oni nie trafili do szpitala, nie trafili na toksykologię, w inny sposób byli zaopiekowani. No więc ja wprost pytam, czy był w pana życiu takie momenty, czy panu się wydawało, że pan widzi coś, czego nie widział, albo że pan słyszał, albo że ludzie mówili, że pan jest jakiś? Pytam o takie rzeczy, jakby tutaj posadzić pana mamę, pana tatę, pana przyjaciela, to czy jest coś na co oni zwróciliby uwagę, co ich

*niepokoi? To jest takie pytanie, które czasami otwiera różne rzeczy. Na przykład pacjent słyszy różne rzeczy na swój temat. (LW170320223)*

Na szczególną uwagę zasługuje terapia dzieci i młodzieży. Nawiązanie kontaktu i zbudowanie zaufania są istotnymi elementami, które należy zbudować podczas procesu diagnostycznego.

Profesjoniści: *Natomiast szczególnie w przypadku osób nieletnich, bo ja mam dużo pacjentów nieletnich, informacje takie, które są ważne, istotne, no to w ogóle dopiero zaczynają padać, kiedy pacjent zaczyna odczuwać w ogóle zaufanie do terapeuty. Szczególnie u tych młodych osób ma to duże znaczenie, czy tych najmłodszych, to taka moja obserwacja, może się pan nią posłużyć również, że ten proces takiego budowania zaufania jest dużo bardziej skomplikowany na przykład, niż u osób starszych. Wynika to pewnie z tego, że te dzieciaki, a najmłodsza osoba, z którą pracuję, to jest 2008 rok urodzenia, jakoś mają mocno nadszarpnięte poczucie dobrego kontaktu, relacji ze światem osób dorosłych. Świat osób dorosłych ich trochę zawiódł. (LW2906202215)*

#### Psychiatra stawia diagnozę

W większości placówek częścią procesu diagnostycznego jest konsultacja lekarza psychiatry, który ma za zadanie przeprowadzić wywiad i postawić diagnozę nozologiczną. Specjaliści terapii uzależnień prowadzą obserwację oraz wywiad, które również są źródłem informacji dla lekarza na podstawie których może on postawić diagnozę, zmodyfikować ją lub rozszerzyć o dodatkowe zaburzenia.

Profesjoniści: *Oni już przychodzą z wystawioną diagnozą od psychiatry na zewnątrz, bo muszą mieć postawione dwie diagnozy. Natomiast tutaj oczywiście też mają konsultacje z psychiatrą przy przyjęciu i też jest rozmowa na ten temat. My jako terapeuci już dostajemy z informacją jakie to są diagnozy. (LW250320226)*

Profesjoniści: *U nas w placówce, w której pracuję, pierwszy kontakt z pacjentem ma psychiatra i on diagnozuje na wstępie pacjenta. My możemy pomóc poprzez jakieś badania i obserwację, wywiad. Pomagamy w tym, możemy mieć wpływ na to. Natomiast jeżeli chodzi o pierwszy kontakt pacjenta, jest zawsze z lekarzem psychiatrą i to lekarz psychiatra diagnozuje pacjenta. (LW060420228)*



W niektórych placówkach to terapeuta stawia rozpoznanie, ale w sytuacji pojawiających się wątpliwości kieruje do psychiatry na konsultacje.

Profesjoniści: *Może przyjść osoba bez jasno postawionej diagnozy psychiatrycznej, ale to ja decyduję, czy warto jednak skonsultować i włączyć jakieś leczenie. Wtedy to już lekarz podejmie decyzję.*

***A kiedy pani ich kieruje na tą konsultację? Co panią niepokoi?***

*No na pewno jeżeli zgłaszają jakieś myśli samobójcze, autoagresywne. Kiedy rzeczywiście są w stanie takiego niepokoju panicznego, że to utrudnia im funkcjonowanie codzienne. Kiedy są bardzo silne objawy abstynencyjne, z którymi te osoby sobie nie radzą. Takie objawy są zagrażające życiu i zdrowiu, ale też mocno utrudniające funkcjonowanie. Przede wszystkim są napady lęku, paniki, czy takie stany depresyjne, że osoby nie są w stanie wyjść z domu i jest to dla nich trudne. (LW250320226)*

Profesjoniści: *Mamy lekarzy w zespole, no i myślę sobie, że oni pełnią też taką funkcję, że jeżeli ja mam jakieś podejrzenia czy wątpliwości odnośnie tego, czy ta osoba nie ma na przykład schizofrenii, albo z jakąś chorobą afektywną dwubiegunową, no to odsyłamy do lekarza z taką adnotacją, że mam takie podejrzenia. Lekarz go bada pod tym kątem. (LW180320224)*

### Przeprowadzanie testów psychologicznych

Niektórzy specjaliści wykonują testy przesiewowe zaburzeń poznawczych.

Profesjoniści: *Czasami się zdarza, jak mam podejrzenie jakichś organicznych zmian na przykład, że idzie coś w kierunku otępienia, albo w kierunku choroby Alzheimera. Jak czuję, że pacjent może iść w taką stronę, to zdarza mi się robić jakiegoś mini-mentalę, jakąś próbę zegara, czy takie próby, które byłyby przesiewowe. I jak coś mi tam nie pasuje, to kieruję dalej pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, albo do neurologa po prostu. No to tak, a raczej takich standaryzowany, czyli jakieś audyt, raczej nie robię tego. (LW170320223)*

Oceny lęku, depresji.

Profesjoniści: *Generalnie rzadko korzystam z testów, ale czasami się zdarza, bo jestem też psychologiem, więc korzystam z tego STAI do oceny lęku, czy Becka do depresji. Do*

*młodzięży też są skale dotyczące depresji, to z nich czasami korzystam. Jeżeli chodzi o uzależnienia, to bardziej na zasadzie objawów i rozpoznania tych objawów ICD. (LW250320226)*

W niektórych placówkach przeprowadzany jest test osobowości - Minnesocki Wielowymiarowy Test Osobowości (MMPI-2). W placówkach stacjonarnych jest on przeprowadzany już w trakcie pobytu, po około czterech miesiącach od przyjęcia.

Profesjonaliści: *Po czterech miesiącach ja robię, MMPI-a, ale to dopiero po czwartym miesiącu, bo więcej abstynencji jest wymagane. W czwartym, no tak w szóstym mniej więcej, w zależności, jak to tam czasowo wychodzi. To to też jest pomocne, bo my potem te badania razem z wywiadem omawiamy na zebraniach kadry. Czasami są pacjenci, którzy bardzo dobrze też maskują, na przykład jakieś doświadczenia swoje urojeniowe, psychotyczne i tak dalej. No to też się parę razy udało zweryfikować między innymi dzięki temu MMPI-owi. (MK1407202220)*

#### Obserwacja w oddziale stacjonarnym

W niektórych placówkach, aby dobrze postawić diagnozę pacjent poddawany jest obserwacji podczas pierwszych dwóch tygodni pobytu. Okres ten pozwala dobrze przyjrzeć się pacjentowi i zweryfikować trafność postawionej na wstępie diagnozy.

Profesjonaliści: *W przypadku osób z pojedynczą diagnozą i bez tych konsultacji wstępnych, przyjmujemy na okres, który się nazywa okresem obserwatora. I ten obserwator działa w dwie strony. Osoba, która wchodzi też odpowiada sobie na pytanie, czy w tym programie, w tej ofercie terapeutycznej, ona jest w stanie się odnaleźć. Po dwóch tygodniach podejmuje decyzję o tym, czy ona chce. I my udzielamy jej informacji, podejmujemy wspólnie decyzję, czy jest gotowa na terapię, czy nie. I albo ją podejmuje, albo nie. To jest taki sposób na to, żeby rzeczywiście dobrze zdiagnozować nie w jednej rozmowie, ale poprzez również obserwację osoby, które się zgłaszają do nas do terapii. My widzimy ją w całodobowym funkcjonowaniu i ona też widzi program od wewnątrz także to jest dla obu stron bardzo korzystne. No to jest tak, jakby podwójna weryfikacja do programu - konsultacja wstępna i potem obserwacja przez te pierwsze 2 tygodnie funkcjonowania w programie. (LW0607202218)*

### Problem hazardu pojawia się już w trakcie leczenia

Z doświadczeń profesjonalistów wynika, że problem zaburzeń hazardowych, jeśli nie jest wcześniej uchwycony w procesie diagnostycznym pojawi się w trakcie leczenia.

Profesjoniści: Często właśnie ten hazard, który się tam pojawia, nie jest traktowany przez tych pacjentów jako jakiś główny powód zgłaszania się po pomoc, tylko raczej takie coś, co należy zmienić. Jest to często niezrozumiałe przez otoczenie i często to wychodzi przy okazji na przykład jakiegoś innego problemu, który ktoś zgłasza. Mało jest takiego traktowania tego, jako choroba, tylko jest właśnie jakieś niezrozumienie, wrogość, zwłaszcza u członków rodzin. I że to często dopiero w czasie terapii wynika, że jest jakieś takie zaburzenie hazardowe. Mi się zdarzyło mieć kilka takich pacjentów, którzy rzeczywiście zgłosili się, ale nie z problemem hazardu, tylko z problemem uzależnienia w ogóle od substancji. Natomiast właśnie w trakcie pracy okazało się, że i są zaburzenia psychiczne, które właśnie nie do końca zdiagnozowane, bo tych diagnoz było wiele i każda była inna. No i okazało się, że później właśnie problem hazardu też wyszedł jakoś w trakcie pracy. Więc zdarza się najczęściej, że takie osoby tam trafiają. (LW220320225)

Profesjoniści: Mam wrażenie, że osoby uzależnione od hazardu i chore psychicznie częściej są do spotkania w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, gdzie są leczone pod kątem tych chorób psychicznych, a hazard dopiero się gdzieś pod koniec leczenia ujawnia, jako zachowanie problemowe. Pamiętam, że wielokrotnie z innych szpitali, z oddziałów ogólnopsychiatrycznych, lekarze dzwonili i prosili o przyjęcie takiej osoby, która u nich na przykład wylądowała z próbą samobójczą, czy z jakimiś zaburzeniami nastroju. Dopiero pod koniec tego leczenia okazywało się, że przyczyną tych zachowań to hazard. (MK0507202217)

Pacjent: U mnie to najpierw stwierdzono odnośnie alkoholu, odnośnie narkotyków a później po rozmowach wyszło odnośnie hazardu. Hazard też że tak powiem miał duży udział w życiu. (MOK250720222\_HN\_Stac)

Może to wynikać z tego, że symptomy niektórych zaburzeń nakładają się na siebie i mogą tworzyć mylne złudzenie utrudniające trafne rozpoznanie.

Profesjoniści: Bardzo często zachowania, zwłaszcza wśród młodzieży, które brane są za objawy jakiegoś współwystępującego zaburzenia, to są po prostu objawy związane

*z uzależnieniem. Jeżeli ktoś cierpi na dużą chorobę psychiczną, czy to afektywną, czy z kręgu schizo, to trudno jest to przeoczyć. Bardzo często, jeżeli chodzi o afektywne zaburzenia, na wyrost są traktowane objawy depresyjne. Bardzo często uzależnieni pacjenci przychodzą z leczeniem depresyjnym i oni cały czas są w czynnym nałogu. Bardzo często lekarze próbują leczyć lekami przeciwdepresyjnymi pacjentów, którzy są w czynnym nałogu. Nic dziwnego, że to nie działa. (LW260320227)*

### **3.4.2. Ograniczenia procesu diagnostycznego**

#### Pomijanie kwestii hazardu

Z informacji pochodzących od specjalistów wynika, że podczas sesji diagnostycznych kwestie hazardu rzadko są poruszane. Często są one pomijane, a omawia się je w sytuacji, gdy chory o nim wspomni. Specjaliści twierdzą, że mnogość zaburzeń sprawia że nie mają już przestrzeni na dodatkową diagnozę.

*Profesjonaliści: Ze swojej perspektywy jakby patrząc, bo tak, o ten hazard czasami pytamy, czasami nie pytamy. Pytamy o uzależnienia, zwykle, tak. O uzależnienie od alkoholu pytamy bardzo dokładnie. O narkotyki pytamy, ale pewnie to już jakby trochę rzadziej jest ten tak dokładny. (MK2007202221)*

*Profesjonaliści: Bo jak jest jeszcze dodatkowe zaburzenie psychiczne, to już w ogóle my, ja przynajmniej się skupiam na tej chorobie, czy na zaburzeniu nastroju i dodatkowo jeszcze na uzależnieniu od substancji i tutaj już jest sporo tego. Ja po sobie wiem, że zapominam o tym hazardzie. Myślę, że pomijam, że zapominam o tym, że to zaburzenie psychiczne, czy choroba i te substancje mamy na pierwszym planie. Na tyle są dla mnie ważne, że jakby na tym się skupiam. (MK2906202214)*

#### Niepogłębianie diagnozy

Oprócz pomijania kwestii hazardu w diagnozie, specjaliści poruszyli również problem niepogłębiania diagnozy różnych zaburzeń. Z ich obserwacji i doświadczeń wynika, że terapia obejmuje problemy zgłaszane przez chorego, które czasami mogą być objawem używania substancji, uprawiania hazardu bądź występowania innych zaburzeń psychicznych. Tym samym leczeniem obejmuje się tylko jedno zaburzenie.

Profesjonaliści: Często zapomina się o tym, że pacjent może być uzależniony od alkoholu, czy od innego środka psychoaktywnego i leczy się tylko objawy. Pacjent przychodzi, bo jest niepokój, ma zaburzenia snu, oczywiście ma jakieś trudności w pracy, w domu i tak dalej. No i leczy się objawy, a często nie zbiera się szczegółowego wywiadu dotyczącego uzależnienia. Nawet od alkoholu. I leczy się pacjenta jakiś czas, zalecający leki, a pacjent dalej pije. (LW2906202213)

Profesjonaliści: Taki obowiązek diagnozy, że to jest pewien nawyk i codzienna praktyka to bardziej wynika z klasyfikacji DSM, tej amerykańskiej, czyli w tamtym rejonie jest częściej praktykowany. Natomiast u nas po prostu leczy się objaw, leczy się zaburzenia psychiczne które zwykle nakładają się na zaburzenia osobowości. No bo każdy jakąś tam osobowość ma. Potem na problem osobowościowy nakłada się poważny problem psychiczny typu schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa i my diagnozujemy i leczymy ten problem, nie odnosimy się aż tak bardzo do osobowości. (LW2207202222)

Chorzy mieli doświadczenia, że lekarz psychiatra przez niepogłębienie diagnozy nie rozpoznał u nich zaburzeń współwystępujących.

Pacjent: Ja tam jeszcze miałam psychozę i w ogóle mówiłam o tym, co mi się dzieje i każdy to olał. Nikt. Nawet nikt tego nawet nie brał na poważnie. A tak, no teraz uświadomiłam sobie dzięki rozmowom właśnie, że taka psychoza najczęściej występuje po odstawieniu narkotyków. I nikt mi nie pomógł. Nikt ze mną nie porozmawiał. Rozmawiałam sama z psychiatrą. I ona po prostu nawet widziała moje zeszyty i co ja tam wypisuję i nic nie zrobiła. Po prostu było wszystko okej. (MK110720228\_HP\_Stac)

Brak kompleksowej diagnozy powoduje, że oddziaływania nie są zintegrowane przez co trudniej jest leczyć pacjenta.

Profesjonaliści: Jak pacjent idzie do psychiatry czy psychoterapeuty każdy poszukuje swojego, i jedni i drudzy zazwyczaj nie pytają aż tak bardzo dokładnie o uzależnienia a już szczególnie o uzależnienia behawioralne. Więc bardzo często jest to problem który umyka, koncentrujemy się, jeśli w ogóle, bardziej na substancjach niż na tych problemach behawioralnych i tym samym nie mamy szans jakoś tego problemu dotknąć. A problem hazardu może przecież wtórnie powodować inne problemy psychiczne, np. depresję czy zaburzenia lękowe, z którymi już pacjent trafi do psychiatry i on będzie go leczył na

*zaburzenia lękowe a nie będzie go zachęcał np. do leczenia uzależnień, bo nie będzie miał świadomości, że taki problem występuje i rozwiązania są po prostu zintegrowane.*  
(LW2207202222)

#### Diagnoza zależy od typu placówki

Z wypowiedzi respondentów wynika, że szybkość rozpoznania współwystępujących zaburzeń hazardowych związana jest z typem placówki do jakiej trafia chory. Z doświadczeń respondentów wynika, że najszybciej można je rozpoznać w placówkach stacjonarnych, w porównaniu do leczenia ambulatoryjnego. Z kolei na oddziałach detoksykacyjnych uwaga specjalistów skupiona jest na opanowaniu objawów abstynencyjnych, które najczęściej towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych.

Profesjoniści: *Jeśli mówimy o detoksie, detoksie na który klient trafia na jakiś takich masywnych, ostrych, nasilonych objawach zespołu abstynencyjnego no to zdecydowanie na pierwszy plan się wysuwa ten zespół abstynencyjny i właściwie pobyt tutaj u nas w oddziale jest bardzo krótki. My potem tracimy tego kogoś z oczu kompletnie. Oczywiście się zdarza, że stwierdzamy, że ktoś ma objawy depresji i włączamy mu leczenie przeciwdepresyjne. Jeżeli to jest stacjonarny oddział leczenia uzależnień to na pewno wtedy one szybciej wypływają niż ambulatoryjnie.* (LW2204202211)

Często wiodąca diagnoza zależy od typu placówki i zakontraktowania usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Profesjoniści: *Oczywiście, tyle tylko, że najczęściej w Polsce to tak wygląda, że tam stawiają diagnozy lekarze, które jakby są potrzebne do przyjęcia pacjenta przez nas. Także lekarz wie, że musi być takie i takie rozpoznanie, żeby pacjent został do nas przyjęty, bo my mamy też taki kontrakt z NFZ. Także jakby najczęściej ograniczają się do tego. Ja myślę, że też nie doszukują się, nie diagnozują dodatkowych uzależnień. Jest alkohol, a pacjent chce iść tam do ośrodka krótkoterminowego, gdzie leczą alkoholików, to dają lekarze takie rozpoznanie. Bo nawet często jest tak, że mamy tutaj pacjentów uzależnionych od narkotyków, ale ustalili z lekarzem, że idą do nas, to dają uzależnienie od alkoholu. Czy nawet sami pacjenci kłamią, że piją nałogowo, żeby do nas przyjść. Nigdy nie widziałam chyba jeszcze skierowania z rozpoznaniem, czy z informacją, notatką jakąś odnośnie hazardu. Jak już, to taka F19.2, albo F-ka alkoholowa i ewentualnie F-ka*

*dotycząca schizofrenii, no bo to jest ważne, żebyśmy o tym wiedzieli. I to jest taki bardziej kanon (MK2906202214)*

### Krótki proces diagnostyczny

Proces diagnostyczny opiera się tylko na jednym spotkaniu, trwającym niecałą godzinę. Jeśli kwestie hazardowe nie pojawią się podczas konsultacji to są pomijane w terapii. Dopiero z czasem pojawiają się one w trakcie leczenia.

*Profesjoniści: Opieramy się tylko na jednej rozmowie, na jednym wywiadzie, który różnie trwa. I albo przeprowadzamy około 50 minut i na tej podstawie 50 minutowej rozmowy to wiadomo, że wszystkiego nie jestem w stanie sprawdzić, mogę mieć jakieś wskazówki diagnostyczne tylko. No to na podstawie takiej rozmowy wszystkiego nie wyłapię i dopiero później różne rzeczy widać na oddziale, jak pacjent przyjdzie. (LW150320222)*

### Niestosowanie testów diagnostycznych i przesiewowych

Z informacji pochodzących od profesjonalistów wynika, że podczas procesu diagnostycznego nie wykorzystują oni testów diagnostycznych zaburzeń psychicznych. W ich ocenie korzystne by było przeprowadzić: kwestionariusz zaburzeń osobowości, testy funkcjonowania poznawczego. Nie wykorzystują również testów przesiewowych zaburzeń hazardowych.

*Profesjoniści: Na inne narzędzia diagnostyczne akurat w mojej pracy za bardzo nie ma czasu. Ale jeżeli miałabym ten czas nieograniczony, na przykład miałabym do dyspozycji trzy takie rozmowy wstępne, no to pewnie bym się zastanawiała, czy na przykład kwestionariusza zaburzeń osobowości nie zrobić. Czyli na przykład myślę, że te kwestionariusze dotyczące hazardu też by były dobre, albo innych kompulsywnych zachowań. Nie wiem, czy takie kwestionariusze są. A propos seksuolizmu chyba wiem, że takie kwestionariusze są, więc takie jak najbardziej też. Myślę, że też bym robiła, gdybym miała ten czas nieokreślony, testy funkcji poznawczych. Że to by było też bardzo ważne. Akurat w naszej pracy jest to ważne, bo na podstawie funkcjonowania poznawczego przypisujemy pacjentów do różnych grup. Więc to na pewno, nawet to priorytetowo bardziej bym robiła. (LW150320222)*

Profesjoniści: *Nie korzystaliśmy do tej pory [z testów przesiewowych - autorzy], ponieważ najczęściej to jest tak, że ten wątek hazardowy wychodzi w pierwszym, drugim miesiącu pobytu, kiedy najpierw koncentrujemy się na uzależnieniu. Nie stosowaliśmy do tej pory, ale to jest dobry pomysł, że może by to rzeczywiście zadziało.* (LW0607202218)

### Brak diagnozy rodziny

Z doświadczeń specjalistów wynika, że brakuje diagnozy funkcjonowania rodziny, która mogłaby uzupełnić diagnozę chorego.

Profesjoniści: *No na przykład diagnozy rodzinnej nie mamy. Takiego systemowego oddziaływania w tym kierunku. Nie mamy na przykład terapii rodziny, czy jakby pomocy w terapii pary czy związku. Czy nawet takiej diagnozy.* (MK2007202221)

## **3.5. Rekomendacje strukturalne dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami**

### **3.5.1. Dostępność leczenia**

#### Dostęp do oddziałów dziennych

W ocenie specjalistów brakuje oddziałów dziennych dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami.

Profesjoniści: *Nie znam takich oddziałów dziennych dla podwójnych rozwiązań. Chociaż akurat w naszym mieście jest takie miejsce, tylko ono nie nazywa się oddziałem dziennym, chociaż bardzo podobnie funkcjonuje. Ono jest dla osób, które cierpią na schizofrenię. I do tego miejsca mogą przychodzić na zasadach oddziału dziennego, czyli na przykład od 9:00 do 14:30. Natomiast tam jest wymaganie, że muszą być w abstinencji i muszą być trzeźwi. My niestety swoich pacjentów nie możemy tam odsyłać, bo oni tą abstinencję często po wyjściu łamią.*

***Czyli brakuje po prostu takich oddziałów dziennych, które też akceptowałyby osoby, którym zdarza się złamać tą abstinencję?***

*Tak, myślę, że tak.* (LW150320222)



### Dostęp do oddziałów rehabilitacyjnych

Rekomendacją badanych było zwiększenie dostępności do oddziałów rehabilitacyjnych po zakończonej terapii w ośrodku stacjonarnym. Dostęp do tego typu placówek jest ograniczony, a zdaniem specjalistów ta forma pomocy jest pożądana, szczególnie po długoterminowym leczeniu. Pozwala na powolne wdrożenie do rzeczywistych warunków funkcjonowania. Oddziały rehabilitacyjne powinny działać w ramach tej samej struktury organizacyjnej co oddziały stacjonarne.

*Profesjonaliści: My w naszym szpitalu myśleliśmy też o oddziale rehabilitacyjnym bo u nas pacjent przebywa 10 tygodni, natomiast na tym oddziale rehabilitacyjnym pół roku, rok, czasami nawet do dwóch lat. Także jeżeli chodzi o tą rehabilitację po terapii podstawowej, to później mogłby przejść na taką pogłębioną terapię na zasadzie takiej rehabilitacji. Na pewno tego wymaga taki pacjent z podwójną diagnozą. Żeby czas tej terapii był dłuższy. Ja nie mówię, że wszyscy pacjenci, tylko powiedzmy, że większość. (LW060420228)*

### **3.5.2. Organizacja leczenia**

#### Zintegrowany system pomocy psychiatrycznej i uzależnień

Zdaniem badanych system pomocy psychiatrycznej i leczenia uzależnień powinien być zintegrowany, tak aby osoby uzależnione mogły znaleźć pomoc w poradniach zdrowia psychicznego, a poradnia leczenia uzależnień mieściła się w ramach jednej struktury organizacyjnej, w której oferowana jest pomoc psychiatryczna.

*Profesjonaliści: Centrum Zdrowia Psychicznego to jest podstawowa opieka psychiatryczna więc staramy się tak jak w przypadku schizofrenii, tak jak w przypadku zaburzeń depresyjnych nawracających zaopatrzyć tego pacjenta w miejscu zamieszkania, bo po co on ma gdzieś tam jeździć jak można go blisko domu zabezpieczyć zarówno w leczenie schizofrenii jak i w leczenie hazardu. Natomiast jeśli by się okazało że to jest bardzo trudne bo to środowisko w którym on mieszka bardzo sprzyja tym aktywnościom hazardowym no to dobrze być może byłoby odesłać go do jakiegoś wyspecjalizowanego ośrodka. (LW2207202222)*

Pojawiły się rekomendacje, aby zintegrowany system leczenia współwystępujących zaburzeń opierał się na idei psychiatrii środowiskowej w myśl której chory w pierwszej kolejności powinien być leczony w ambulatorium zlokalizowanym jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Profesjoniści: *Idea jest taka, żeby najpierw wykorzystać opiekę ambulatoryjną a dopiero w ostateczności kierować na łóżko szpitalne. Jeśli chodzi o łagodniejsze zaburzenia psychiczne to się je leczy w poradni, jeśli chodzi o cięższe zaburzenia psychiczne to się je leczy w zespole leczenia środowiskowego, bo tam jest opieka domowa, jest oddział dzienny psychiatryczny, czyli nadal jesteście gdzieś w miejscu zamieszkania. Natomiast właściwie można powiedzieć, że oddział psychiatryczny całodobowy też powinien funkcjonować środowiskowo, w znaczeniu takim że powinien być zlokalizowany w najbliższym szpitalu wielospecjalistycznym. (LW2207202222)*

#### Finansowanie leczenia

W ocenie specjalistów należałoby zmienić finansowanie leczenia w placówkach leczenia uzależnień biorąc pod uwagę, że trafiają tam pacjenci, u których współwystępują zaburzenia psychiczne. Finansowanie leczenia pacjentów z tymi zaburzeniami jest na tym samym poziomie co osób z tylko jednym zaburzeniem. Większe finansowanie mają oddziały podwójnej diagnozy.

Profesjoniści: *Do tej pory ośrodki podwójnej diagnozy mają rzeczywiście nieco inne finansowanie, nieco wyższe. Natomiast właściwie nie ma ośrodka leczenia uzależnień, żeby nie było pacjentów z podwójną diagnozą, rozumianą jako zaburzenie osobowości. Bo 70 - 80% pacjentów uzależnionych ma zaburzoną osobowość. I teraz jeżeli to jest tylko zaburzona osobowość i nic więcej i ten oddział nie jest zakontraktowany, jako oddział z podwójną diagnozą, tylko oddział leczenia uzależnień, to pomimo to, że tam bardzo wielu pacjentów ma tą zaburzona osobowość, to oni nie są lepiej finansowani. Nie mają innego kontraktu. (LW1504202210)*

Profesjoniści: *Nie ma takiego produktu w NFZ-ecie pod tytułem leczenia np. podwójnej diagnozy w ramach poradni zdrowia psychicznego czy zespołu leczenia środowiskowego czy oddziału dziennego, jest tylko oddział stacjonarny leczenia podwójnej diagnozy. (LW2207202222)*

### Nietraktowanie oddziałów stacjonarnych jak placówek szpitalnych

Jedną z rekomendacji specjalistów było, aby ośrodki stacjonarne nie były objęte tymi samymi przepisami prawnymi jak placówki szpitalne. Szczególnie chodziło o zobowiązanie do zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej i pełnej odpłatności za leki dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W ocenie badanych, ośrodki ponoszą duże koszty z tego tytułu.

***Profesjoniści:** Dla nas, dla całego środowiska, bardzo istotne byłoby wyjęcie nas ze szpitalnictwa. To jest tak, że my podlegamy zasadom takim, jak szpitale, duże jednostki lecznicze i to jest totalnie nieadekwatne. Te regulacje prawne dotyczące leczenia szpitalnego przekładane na ośrodki, które tak naprawdę powinny zająć się psychoterapią i przygotowaniem do życia na zewnątrz, nas bardzo obciążają. Na pewno zmiany legislacyjne w tym zakresie, na przykład chociażby wątek dotyczący zakupu leków i gwarancji leczenia farmakologicznego. Mocno nieadekwatne i niepokojące było to, że w pewnym momencie wprowadzono wymóg zatrudnienia pielęgniarek w ilościach takich, że ja musiałabym z całego zespołu terapeutycznego zrezygnować na rzecz pielęgniarek, które w takim ośrodku jak nasz nie mają nic do roboty poza rozłożeniem raz w tygodniu leków. Natomiast w pewnym momencie te normy zatrudnienia pielęgniarek wskazano nam na poziom taki, że musiałabym zatrudnić 12 pielęgniarek, żeby obstawić całodobowo ośrodek. Nie ma cienia takiej potrzeby po prostu. Także warto byłoby takie rozwiązania zapisać ustawowo, żeby one dotyczyły rehabilitacji, psychoterapii i rehabilitacji osób uzależnionych w placówkach stacjonarnych innych, niż szpitalne. (LW0607202218)*

### Zespół zajmujący się terapią zaburzeń behawioralnych

Rekomendacją specjalistów pozwalającą na zwiększenie dostępu do leczenia zaburzeń hazardowych, które współwystępują z zaburzeniami psychicznymi było utworzenie w szpitalach psychiatrycznych zespołu 1-2 terapeutów, którzy specjalizują się w terapii zaburzeń behawioralnych. W razie zidentyfikowania pacjentów z tymi zaburzeniami można byłoby powiadomić zespół i od początku prowadzić zintegrowane oddziaływania.

***Profesjoniści:** Na przykład powinien być jakiś zespół, 1 lub dwie osoby, który by chodził po klinikach w razie uzależnienia od hazardu i by się tym zajmował. Wtedy można by wezwać takiego terapeutę, żeby prowadził terapię równoległą. (LW140420229)*

## Współpraca międzyinstytucjonalna

Rekomendacją specjalistów była większa współpraca z instytucjami pomocy społecznej. Pracownicy socjalni mogliby uzupełniać ofertę leczenia w placówkach, współpracując z nimi regularnie.

Profesjoniści: *Taka współpraca [z Ośrodkiem Pomocy Społecznej - autorzy] też by była owocna. Kiedy pacjenci są na naszym oddziale to ta współpraca jakoś jest i pacjenci są z niej czasem mniej lub bardziej zadowoleni, ale ona ogólnie jest i mogą na pomoc liczyć. Ale po oddziale często zostają nie zaopiekowani pod tym względem. Z pracownikami socjalnymi, z kuratorami, którzy się znają na różnych rzeczach takich socjalnych, ta współpraca byłaby dla pacjentów owocna. Szczególnie dla tych ze współwystępowaniem.*  
(LW150320222)

### **3.5.3. Jakość leczenia**

#### Wzmocnienie roli psychiatrów

Zdaniem profesjonalistów należałoby wzmocnić rolę lekarzy psychiatrów w leczeniu ambulatoryjnym. Ich rola nie powinna się ograniczać jedynie do konsultacji podczas kwalifikacji do leczenia. Powinni być oni co jakiś czas angażowani w proces terapii w celu aktualizacji diagnozy.

Profesjoniści: *Ja jak najbardziej popieram to, żeby psychiatrzy ponownie stali się ważni w poradniach leczenia uzależnień, żeby ta rola diagnostyki wzrastała, żeby u tych pacjentów tą diagnozę aktualizowano. To jest niesłychanie ważne. I poradnie są w ogóle takim dobrym miejscem do wprowadzenia zmian i do rozszerzania oferty.*  
(KD1406202212)

#### Szkolenia profesjonalistów

Respondenci rekomendowali konieczność uczestnictwa w szkoleniach skoncentrowanych na terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Specjaliści mają świadomość specyfiki terapii tej grupy pacjentów, dlatego też rekomendowali zorganizowanie szkoleń podczas których mieliby szansę dowiedzieć się na co zwracać uwagę pracując z pacjentami, z jakimi specjalistami współpracować, jakich narzędzi do pracy używać.

Profesjoniści: *Potrzebowałabym dodatkowych szkoleń, które skupiają się tylko i wyłącznie na pracy z podwójnym rozpoznaniem. Jak to robić, na co zwracać uwagę, jak ofertę dostosowywać, z kim współpracować, jakich narzędzi używać. Od takich najprostszych rzeczy właśnie typu, jakie narzędzia stosować i co najlepiej się sprawdza w pracy z takimi osobami, po nawet teorię, czyli różne badania, jak to wygląda w ogóle z podwójną diagnozą. No bo tego ja na szkoleniu miałam bardzo mało, to był jeden wykład, jeden kawałek wykładu dwugodzinny, trzygodzinny i tyle. I tej wiedzy właściwie tak od początku miałam bardzo mało. Więc to jest takie moje życzenie, żeby więcej kształcenia było o tym. (LW150320222)*

Oprócz szkoleń na temat pracy z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami, respondenci rekomendowali zorganizowanie szkoleń ze specyfiki terapii zaburzeń behawioralnych.

Profesjoniści: *Dobrze by było, żeby pojawiły się cykliczne szkolenia dotyczące uzależnień behawioralnych, z których mogliby kolejni terapeuci korzystać. Ale też ci, którzy byli, żeby mogli sobie tą wiedzę uwspółcześnić. Dobrze by było, żeby się pojawiały rzetelne badania na ten temat, z rekomendacjami, z wnioskami, wskazówkami jak pracować. No i publikacje, które by pogłębiały tą wiedzę na temat tych uzależnień. Bo to jest coś, co się bardzo dynamicznie rozwija i nadążenie za tym jest trudne bez wsparcia literatury i systemu szkoleń. (MK0507202217)*

### **3.6. Rekomendacje terapeutyczne dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz ze współchorobowością**

Profesjoniści widzą potrzebę powstania programów terapeutycznych, wskazówek diagnostycznych dot. osób z zaburzeniami hazardowymi. Nie wszyscy czują się wystarczająco kompetentni w tej dziedzinie.

Profesjoniści: *Ja bym chciał mieć jasny, rzetelny, czytelny program postępowania właśnie na przykład z hazardzistami, że należy to i to z nim przepracować, w 10, 15, 20 punktach. Każdy punkt ja bym sobie po swojemu na potrzeby bieżące dopracował. Ale brakuje mi takich konkretnych wytycznych, jak takiego pacjenta poprowadzić, też zdiagnozować. Hazard jest trudno, wydaje mi się, zdiagnozować, bo tak jak mówię, oszukiwał mnie pacjent przez 10 tygodni. I ciężko to wyłapać. (LW140320221)*

### 3.6.1. Rekomendacje dla przeprowadzenia diagnozy

Pacjenci spontanicznie nie wspominają o swoich problemach z hazardem, koncentrując się na używaniu substancji psychoaktywnych, stąd potrzeba dopytania o zachowania związane z hazardem.

Profesjoniści: *Osoby uzależnione od hazardu i od substancji, są bardziej skłonne do mówienia o substancjach. I tutaj jest potrzeba takiej wnikliwej diagnozy na samym początku, żeby zawsze pytać o te problemowe zachowania hazardowe, bo one często są ukryte, dopiero wychodzą gdzieś w trakcie. (MK0507202217)*

### 3.6.2. Rekomendacje dot. założeń terapii, metod pracy, częstotliwości sesji

#### Zintegrowane podejście do terapii

Sama organizacja systemu leczenia nie promuje zintegrowanego podejścia do problemów pacjenta, choć w opinii terapeutów integracja jest korzystna dla pacjentów.

Profesjoniści: *Wydaje mi się, że ten system jest jednak skomplikowany i pacjenci na przykład ukrywają przed terapeutą, przed lekarzem, że na przykład mają problemy z alkoholem, jak mają dostać pomoc związaną z problemem psychicznym. Albo ukrywają, że mają problem z jakąś inną używką, bo tutaj leczymy tylko alkohol, albo leczymy hazard, a nie leczymy tego. No i to po prostu uważam, że to powoduje właśnie te trudności, przedłuża proces leczenia niepotrzebnie, demotywuje tych pacjentów. Wydaje mi się, że takie właśnie kompleksowe spojrzenie i taka pomoc i chęć zajęcia się sytuacją pacjenta kompleksowo, to jest bardzo potrzebne, żeby się po prostu tego nie było. Ja nie myślę, że to jest tylko nastawienie ludzi, ale czasami właśnie system temu jakoś sprzyja, jakiś NFZ, jakieś rozliczenia. Pacjenci jak mi opowiadają, to kombinują, co powiedzieć, a czego nie powiedzieć, żeby zostać przyjętym. (LW220320225)*

Część terapeutów pracuje z pacjentami nad wszystkimi problemami jednocześnie, pokazując na związki pomiędzy nimi i ich znaczenie. Proponują, by nie rozdzielać leczenia nad zaburzeniami psychicznymi od problemu uzależnień.

Profesjoniści: *Wydaje mi się, że w ogóle pomoc taka psychologiczno-psychiatryczna powinna iść stroną integracji, że jeżeli ktoś się dostaje gdzieś, to żeby to było tak*

*kompleksowo oceniane, żeby nie rozdzielać tych uzależnień od pomocy psychiatrycznej, bo często niby jest to część psychiatrii, ale jednak bardzo często jest taką trochę wydzieloną działką. I myślę, że to jest zawsze ze szkodą. To często powoduje, że ludzie nie czują się kompetentni, nie chcą w to wnikać, a przecież teraz bardzo rzadko jest tak, że to uzależnienia nie są wynikiem, albo nie powodują w przebiegu różnego rodzaju zaburzeń, które są niezdiagnozowane wcześniej. Czyli już nawet nie mówię o jakiś zaburzeniach osobowości, które są powszechne w tej grupie, ale również różne choroby psychiczne. Albo również swego rodzaju nie neurotypowość, czyli wszelkie spektrum autyzmu, czy właśnie ADHD. (LW220320225)*

W przypadku współwystępowania uzależnień padła propozycja, by w pierwszej mierze skupić się na uzależnieniu od alkoholu i dopiero w dalszej kolejności zaadresować inne uzależnienia, np. od hazardu.

Profesjoniści: *Jeżeli analizujemy model alkoholowy i weźmiemy sobie podręcznik, nawet go dzisiaj mamy, bo przyniosłam, taki klasyczny Mellibrudy dla terapeutów uzależnień, to jest taka podstawa i baza, to on mówi coś takiego, że w trakcie pierwszych trzech miesięcy leczenia należy się wyłącznie skupić na leczeniu uzależnienia, wszystko inne jest nieważne. Mało tego nawet relacja terapeutyczna nie jest ważna w pierwszych trzech miesiącach, nie jest ważna terapia indywidualna w pierwszych trzech miesiącach, tylko i wyłącznie określony program, który ma formułę uniwersalną dla wszystkich pacjentów, zwykle formułę terapii grupowej i zadania. Zadania, zadania, zadania. Dopiero po tym etapie jest terapia pogłębiona. No i na tej terapii pogłębionej to głównie to, czym oni się tam zajmowali, do czego są przygotowywani, to właściwie DDA, no i rodzina współuzależnionych. (LW1504202210)*

### Położenie nacisku na motywację

Profesjoniści podkreślali, że u osoby ze współchorobowością trudniej jest uzyskać motywację do leczenia, więc praca nad tym aspektem terapii musi być wzmożona.

Profesjoniści: *Ta praca na motywacji jest bardziej intensywna. Myślę sobie, że dużym kłopotem jest, zwłaszcza z tymi pacjentami chorymi, kłopot w obszarze funkcji poznawczych. To są pacjenci, którzy mają duży kłopot z pamięcią, z koncentracją uwagi, z myśleniem abstrakcyjnym. (LW170320223)*

### Elastyczne podejście do celu leczenia

Niektórzy pacjenci mają problem z utrzymaniem abstynencji więc w przypadku pacjentów ze współwystępowaniem lub współchorobowością być może trzeba rozważyć zmianę celu leczenia.

Profesjonaliści: *Ja myślę że wielu z nich nie jest w stanie utrzymać abstynencji i tam jest jednak nadal praca na redukcji szkód.*

***A może te programy ograniczania picia byłyby dla nich lepsze?***

*Może też dla części z nich w, możliwe że tak, myślę, że tak. (LW170320223)*

### Uwzględnienie w programie specyfiki zaburzeń hazardowych

W przypadku pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, program terapeutyczny, według niektórych profesjonalistów, powinien być dopasowany do ich potrzeb i specyfiki zaburzeń hazardowych. Pozwala to pacjentom z zaburzeniami hazardowymi lepiej odnaleźć się w terapii.

Profesjonaliści: *Gdyby na przykład nazbierała nam się taka grupa (z zaburzeniami hazardowymi - Autorzy), albo gdyby NFZ pozwalał nam przyjmować też hazardzistów, to myślę, że oni powinni mieć taki rodzaj osobnej pracy. Jednak inne narzędzia pomagania, czy radzenia sobie z hazardem są potrzebne właśnie w hazardzie, niż uzależnieniu od substancji chemicznych. Nie wiem, lista długów, jak te długi spłacać. To są takie rzeczy, które różnią i które mogłyby sprawić, że tych pacjentów trochę by trzeba było jakoś inaczej potraktować. (LW170320223)*

Poza tym pacjenci, żeby móc się skupić na leczeniu, często potrzebują by ich najbardziej palące problemy zostały rozwiązane. Chodzi zazwyczaj o problemy finansowe, które powodują stres i nie pozwalają zaangażować się w pełni.

Profesjonaliści: *Żeby oni zaczęli się zmieniać, to muszą mieć taką stabilną sytuację osobistą i doświadczenia wskazują, że oni idą w terapii, jak już mają różne rzeczy poukładane, takie jak na przykład finanse. Już wiedzą, jaka rata, jak to zostało skonsolidowane, czy idą w kierunku jakiejś upadłości konsumenckiej. Jak te problemy zaczynają się rozwiązywać to mają taki jasny umysł i większą gotowość do tego, żeby pracować nad sobą. (MK0507202217)*



### Zaadresowanie w programie tematu emocji i uczuć

Pacjenci dostrzegają potrzebę pracowania w trakcie terapii nad emocjami, nad wyrażaniem uczuć:

Pacjenci: *To jest terapia siedmioletnia, to nie wiem, czy mogę od tej terapii tego wymagać, ale mam dosyć mocny problem z wyrażaniem uczuć. Może na te wykłady jakoś, wydaje mi się, że nie są jakoś rozwinięte tutaj w tym ośrodku. (BS250420221\_HN\_Amb)*

Pacjenci dostrzegają również korzyści z uczestniczenia w grupach wsparcia, a bywa że są zniechęceni do uczestniczenia w tego typu grupach:

Pacjenci: *Żeby (terapeuci) bardziej współpracowali z grupami wsparcia. Nawet zachęcali do grup wsparcia. Nie krytykowali. Bo ucieka dużo, dużo hazardzistów ucieka, jeżeli terapia nie współpracuje, a wręcz krytykuje. Na przykład Nasz dyrektor on nie akceptuje grup wsparcia.*

**Z jakiego powodu?**

*No po prostu uważa, że tam nie ma trzeźwości. (BS2707202210\_HP\_Stac)*

### Częstotliwość sesji

W opinii profesjonalistów warto również zwiększyć ilość godzin sesji indywidualnych do 2 godzin tygodniowo jeśli wymaga tego sytuacja i stan pacjenta.

Profesjoniści: *Tutaj mam to pytanie o czas na pewno, bo przydałoby się konkretne stanowisko Narodowego Funduszu co do długości terapii. Na przykład myślę sobie jeszcze o tych limitach sesji, że być może są osoby, które potrzebowałyby 2 razy w tygodniu odbyć spotkanie indywidualne. Jest 50 spotkań rocznie, czyli to wychodzi 1 w tygodniu a myślę sobie, że pewnie w niektórych przypadkach mogłoby to być pomocne. Nie mówię, żeby we wszystkich, bo generalnie cotygodniowe sesje są dosyć optymalne, ale w niektórych przypadkach to mogłoby być pomocne. (LW180320224)*

Potwierdzają to również pacjenci:

Pacjenci: *Są takie osoby, które potrzebowałyby trzech terapii, bo są na przykład bardziej zamknięte, nie potrafią się otworzyć, boją się i tak dalej. To wszystko emocje grają. Nie są*

*tak otwarte na przykład, jak ja do rozmowy, że gdzieś tam uciekają. No to wiadomo, że takie osoby potrzebują więcej, żeby się oswoić z tym, co się wokół nich dzieje. Więc ja uważam, myślę, że dwie terapie w ciągu tygodnia to by było okej. A dla osób, które mają naprawdę duży problem z zaufaniem drugiej osobie i tak dalej, to uważam, że powinna być jeszcze jedna dodatkowa, czyli 3. Trzy terapie w ciągu tygodnia. Ale to mówię, dla osób, które gdzieś mocno są wycofane. Jeżeli widzimy, że osoba jest otwarta i chce współpracować, to jedna też wystarczy. (BS020620226\_HN\_Stac)*

### Metody pracy - terapia grupowa, a indywidualna

Rekomendowane jest rozpoczęcie leczenia terapią grupową, a dopiero w kolejnych etapach dołączenie indywidualnych spotkań z terapeutą. W opinii profesjonalistów przynosi to szybko, oczekiwane efekty i sprawia że jest większe prawdopodobieństwo utrzymania się pacjenta w terapii.

*Profesjoniści: Jednak pracuję w takich programach, gdzie z założenia jakby najskuteczniejszą, najszybszą, najszybciej dającą efekty metodą jest praca grupowa. Sama też się z tym zgadzam, że przynajmniej na samym początku terapii uzależnienia, to jednak najlepiej zacząć pracę grupową. Potem indywidualna tak, ale na sam start te ileś tygodni dobrze zacząć grupą. (MK2906202214)*

### Wielkość grup terapeutycznych

Pacjenci wnioskują, żeby terapia była prowadzona w małych, kilkusobowych grupach, bo wtedy mają komfort wypowiedzenia się, jest im łatwiej się otworzyć i poznać z innymi.

*Pacjenci: Wydaje mi się, że to jest na plus jak grupa jest mniejsza, łatwiej się można z każdym zapoznać, no tutaj podczas pobytu tutaj będę kończył bo to jest już mój 7 tydzień, w środę będę kończył terapię to muszę powiedzieć, że chyba nie było osoby do której bym się nie odezwał, z każdym się starałem porozmawiać, przypadkowo też jesteśmy podzieleni na grupy na takich, na niektórych zajęciach bo na nie wszystkich po prostu pierwsza grupa jest osobno, druga grupa jest osobno co jeszcze nas rozdziela z 30 osób na dwie dodatkowe grupy, gdzie po prostu dyskutujemy, rozmawiamy o swoich problemach. (MOK290720225\_HP\_Amb)*

Pacjenci: *Żeby te grupy były małe, do 7 osób max, czy tam do 6; łatwiej jest wtedy opowiadać o swoich przeżyciach, emocjach i każdy ma też swoje spostrzeżenia, czuje się swobodnie, jeśli jest mała grupa, każdy zdoła się wypowiedzieć. (BS090520222\_HP\_Amb)*

### Grupy mieszane, a jednorodne

Padła propozycja tworzenia grup przeznaczonych wyłącznie dla osób ze współchorobowością.

Profesjoniści: *No to myślę, że cenny byłby rzeczywiście powrót, na poziomie ośrodka, do tych grup dedykowanych dla osób z podwójną diagnozą. (MK1407202220)*

W grupach mieszanych praca jest utrudniona przez to, że pacjenci znacząco różnią się możliwościami poznawczymi. Mogą wymagać innych metod pracy, wolniejszego tempa.

Profesjoniści: *To teraz stwórzmy grupę taką, żeby pacjent z organicznymi zaburzeniami nastroju mógł pracować z pacjentem, który jest dobrze poznawczo funkcjonujący, pacjentem z zaburzeniami osobowości, uzależnionym od narkotyków, który bardzo dobrze funkcjonuje w życiu na przykład. Trudno się z nimi pracuje i jakby trudno stworzyć taki program, który byłby dla wszystkich tak samo dobry. (LW170320223)*

Proponowane jest również, by brać pod uwagę przy tworzeniu grupy możliwości poznawcze pacjenta, jego poziom funkcjonowania itp.

Profesjoniści: *Mamy grupy dla pacjentów trochę lepiej funkcjonujących, z lepszą możliwością wglądu, wytrzymywania emocji, umiejętnościami łączenia różnych rzeczy, metanlizowania i rozumienia. Wtedy tak pracujemy, różne mamy tu paradygmaty, ale jakby najbardziej chyba psychodynamicznie w połączeniu z jakimiś takimi pomysłami poznawczo-behawioralnymi. Druga grupa to pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, jest też grupa psychoterapeutyczna, ona ma trochę inną strukturę, bo pacjenci mają przerwę, wychodzą na tą przerwę, trochę mają rundki, a trochę mają takiego bycia na relacji. Ale tam są pacjenci właśnie chorzy, no i co znowu jest takie, nie da się tego inaczej zrobić, bo musielibyśmy mieć tutaj 5 różnych rodzajów grup, nas powinno być 20, a oddział powinien być 80 osób. To trochę nieładnie zabrzmiało, ale u nas jest taka zbieranina pacjentów z różnymi poważnymi kłopotami. Czyli tam są pacjenci psychotyczni,*

*oczywiście staramy się, żeby oni nie byli aktywnie psychotyczni. Natomiast są takie rodzaje psychoz utrwalonych, że ci pacjenci zawsze będą podskórnie psychotyczni, takich też miewamy. Ale są też tacy pacjenci z tą psychotyką taką wyciszoną totalnie, tam są też pacjenci organiczni w tej grupie, tam są też pacjenci upośledzeni, bo takich też mamy przyjmować, NFZ tak wymyślił. Psychopatycznych pacjentów tam często też dajemy, bardzo takich którzy wiemy, że na grupie terapeutycznej nic nie zrobią, a są tutaj z różnych powodów nie terapeutycznych. Wiadomo, jak to pacjenci psychopatyczni, więc takich dysocjalnych pacjentów też tam dajemy. No i to jest taka grupa, która właśnie zbiera różnych pacjentów z różnymi kłopotami. (LW170320223)*

### Terapia stacjonarna, a ambulatoryjna

W przypadku podwójnych rozpoznań korzyść mogłaby przynieść terapia dwu-stopniowa. W pierwszym etapie pacjent obowiązkowo przechodziłby leczenie w warunkach stacjonarnych, a następnie kontynuował leczenie ambulatoryjnie.

Profesjoniści: *Taka terapia może się różnić tym, że będzie wymagane na przykład bycie w ośrodku stacjonarnym, a potem kontynuowanie terapii koniecznie w warunkach ambulatoryjnych i to dość często, na przykład raz w tygodniu, dwa razy w tygodniu. (LW150320222)*

W przypadku pacjentów z bardziej złożonym obrazem zaburzeń, bardziej nasilonymi objawami zaburzeń proponowano terapię stacjonarną.

Profesjoniści: *To zależy od rodzaju i nasilenia problemów, z którymi się pacjent mierzy. Bo jeżeli współwystępuje na przykład uzależnienie chemiczne i uzależnienie od hazardu, czy chemiczne, albo hazardowe dominuje, ale na takim poziomie, że pacjent nie jest w stanie ambulatoryjnie odstawić substancji, albo radzić sobie z głodami, no to wtedy stacjonarne leczenie jest konieczne. A często też jest tak i z tym się bardzo często spotykam, że jak współwystępuje jakieś obszerne zaburzenie, na przykład osobowości, albo chemiczne, albo schizofrenia, no to w ambulatoryjnym trybie takie osoby się nie utrzymują w ogóle. (LW150320222)*

### 3.6.3. Kontynuacja leczenia

W zasadzie większość pacjentów po ukończeniu podstawowego programu terapii wymaga dalszego leczenia, opieki. Placówki rekomendują swoim pacjentom, by w jakiejś formie kontynuowały terapię.

Profesjoniści: *W zaleceniach na pewno jest dalsze leczenie, bo tak jak mówię, jest to terapia podstawowa, czyli wskazane jest leczenie w poradni uzależnień. Z racji tego, że pacjenci mają podwójną diagnozę, czyli drugą diagnozę, trzecią, bywa i więcej, to też chodzą do poradni zdrowia psychicznego. Niektórym pacjentom, których stan tego wymaga, proponujemy dalsze leczenie w placówkach stacjonarnych. Wtedy pacjenta umawiamy lub pacjent sam się umawia na termin, bo nie zawsze to jest tak od razu, że może z jednej placówki przejść do drugiej. (LW060420228)*

Rekomendowane jest, by placówki w ramach współpracy mogły przekazywać sobie klientów. Zapewnienie klientowi miejsca zwiększałoby jego szanse na kontynuację terapii.

Profesjoniści: *W tym przypadku byłoby pomocne i idealne wręcz, gdyby placówki ze sobą współpracowały. Na przykład dla mnie idealnym rozwiązaniem byłoby, jakby nasz oddział pracował z innym oddziałem, ale dziennym na przykład. I moglibyśmy zapewniać takie płynne przejście z naszej terapii na przykład na oddział dzienny. Szczególnie jeżeli chodzi o podwójne rozpoznanie. Wtedy byłoby to dużo łatwiejsze i dla pacjentów być może też atrakcyjniejsze przez to, że jakby mają to zapewnione, my w tym pomożemy, mają miejsce zarezerwowane albo muszą krócej na nie czekać, nie muszą załatwiać wszystkiego od nowa. (LW150320222)*

Poza tym pozwalałoby na monitorowanie sytuacji pacjenta. Placówka, w której pacjent się leczy, wiedząc gdzie pacjent trafił miałaby szansę dowiedzieć się jak sobie radzi.

Profesjoniści: *Oferta powinna być systemowa, czyli musiałaby być nawiązana współpraca szpitali z różnymi placówkami, na przykład ambulatoryjnymi. Chciałbym mieć możliwość zapytać pacjenta, gdzie mieszkasz? No na przykład w Głogowie na Psiej 2. Ja sobie wyszukuję najbliższe placówki w systemie i przekazuję tam informację do tej placówki ustalam mu termin, żeby on nie musiał iść szukać, tylko żeby dostał ode mnie*

*namiar i wiedział, że może się zgłosić do tej placówki. I wtedy byśmy też mieli możliwość ewentualnie monitorowania losów tych pacjentów. Bo nie mamy w ogóle możliwości monitorowania losów pacjentów. (LW140320221)*

#### **3.6.4. Leczenie środowiskowe**

Profesjonaliści podkreślali potrzebę leczenia środowiskowego, w lokalnym otoczeniu, co pozwala pacjentowi poprawiać swoje zdrowie bez potrzeby opuszczania co jakiś czas z jego środowiska.

*Profesjonaliści: Uważam, że nie da się człowieka zabrać z jego środowiska, wyleczyć i włożyć do tego środowiska zupełnie innego. Jestem przeciwny temu, żeby osoby z nerwicą, mimo tego że jest im np. bardzo ciężko funkcjonować w swoim środowisku rodzinnym, zabierać na 3, 4 miesiące na takie turnusy lecznicze, terapeutyczne w jakichś ośrodkach stacjonarnych. Nerwica, uzależnienie, choroba psychiczna to są problemy przewlekłe i mnie się wydaje, że jeśli tylko widzimy jakkolwiek sens i postęp w tym procesie terapeutycznym, to lepiej jest to zrobić jednak w oparciu o miejsce, gdzie człowiek żyje. (LW2207202222)*

#### **3.6.5. Farmakoterapia/opieka psychiatryczna**

W przypadku osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi zwykle potrzebna jest stabilizacja ich stanu, by mogły skorzystać z terapii. W innym przypadku objawy zaburzeń uniemożliwiają uczestniczenie w zajęciach.

*Profesjonaliści: W przypadku osób z rozpoznaniem psychiatrycznym, tutaj jest niezbędna pomoc. Pierwszy etap to jest po prostu leczenie psychiatryczne i uzyskanie wyrównanego, na ile się da, stanu psychofizycznego, żeby można się było zająć zachowaniami hazardowymi. (MK0507202217)*

Włączenie farmakoterapii w przypadku zaburzeń psychicznych jest uzupełnieniem terapii i pomaga radzić sobie z objawami choroby.

*Profesjonaliści: Znaczący ja myślę sobie, że pacjenci, którzy wcześniej mieli zaburzenia, jakiegokolwiek zaburzenia nerwicowe i być może wtórnie do tego uzależnili się, niewątpliwie wymagają włączenia farmakoterapii, bo jest im trudno. Osoby z chwiejnością emocjonalną będą wymagały niektórych oddziaływań. Osoby z chorobą*

*psychiczną, no to to tutaj w ogóle bez dwóch zdań. Psychoterapia i farmakoterapia jest skoncentrowana zupełnie na czymś innym. Osoby z myślami samobójczymi będą wymagały być może rozpatrzenia włączenia leków. No i niektóre zaburzenia jedzenia. Przeciętny uzależniony pacjent bez współistniejących innych rozpoznań i zaburzeń nie wymaga leczenia. Wiadomo, że odstawienie amfetaminy będzie dawało spadki nastroju czy zaburzenia snu. Zresztą odstawienie innych substancji również. (MK2007202221)*

### **3.6.6. Zespół terapeutyczny**

#### Skład zespołu

Zespół terapeutyczny reprezentujący różne przygotowanie, doświadczenie, podejścia terapeutyczne gwarantuje możliwość zindywidualizowanego podejścia do pacjenta.

Profesjonaliści: *Jeżeli chodzi o ten zespół 8 osobowy, to jest sześciu psychologów, między innymi psycholog kliniczny, jedna pani po szkole psychoterapeutycznej INTRA, jedna pani ze specjalizacją behawioralno-poznawczą, jeden pan w nurcie psychodynamicznym. Każdy z nich dodatkowo się kształci. Jedna pani jest specjalistką od traumy. W związku z tym jest to zespół, który wzajemnie się uzupełnia na pewno, jeżeli chodzi o wiedzę i podejście. I w związku z tym mamy dużą szansę na to, żeby adekwatnie dobrać terapeutę w terapii indywidualnej. (LW0607202218)*

Zatrudnianie psychiatrów w placówkach uzależnień pozwala właściwie zdiagnozować pacjentów oraz zaproponować im leczenie adekwatne do ich zaburzenia w placówce bez potrzeby podejmowania leczenia w innych placówkach.

Profesjonaliści: *Bardzo często pacjent szczególnie z tymi towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi dotyczącymi uzależnień trafia do psychiatry, a psychiatra ma tyle czasu ile ma. Bardzo często funkcjonuje nawet w ramach jednego ośrodka, w oderwaniu od innych terapeutów, już nie mówiąc o tym że mamy tak rozfragmentaryzowany system, że mamy podzielony na terapie, czyli opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ale tak naprawdę takich ośrodków gdzie w jednym zespole terapeutycznym a nawet w jednej placówce jest kontrakt na psychiatrię i na leczenie uzależnień jest bardzo mało. W związku z tym diagnozując problem uzależnienia musimy odesłać pacjenta gdzieś i żeby pacjent ze schizofrenią, który ma w ogóle problem żeby gdzieś trafić, a potem o siebie zadbać,*

*poszedł gdzieś do innego ośrodka nie przypilnowany no to musi mieć jakiegoś dobrego opiekuna. Taka osoba często gdzieś po drodze ginie i przychodzi znowu do tego swojego psychiatry, który znowu zapisuje leki na schizofrenię i problem uzależnienia jest zaniebany, więc to musi być zintegrowany system czyli w jednej placówce, w jednym zespole terapeutycznym najlepiej. (LW2207202222)*

Padła propozycja, by osoby ze współchorobowością były leczone w centrach zdrowia psychicznego, które mają potencjał w postaci zespołu specjalistów, by zapewnić swoim pacjentom kompleksową ofertę:

*Profesjoniści: Jakąś odpowiedzią na potrzeby osób z uzależnieniami i chorych psychicznie czy z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi są centra zdrowia psychicznego, gdzie na jednym terenie, w ramach jednego zespołu terapeutycznego można to zintegrować, czyli można zatrudnić nie tylko psychiatrę, nie tylko pielęgniarkę, terapeutę środowiskowego, czy psychoterapeutę, ale też psychoterapeutę uzależnień. (LW2207202222)*

#### Prowadzenie pacjentów

Istotne jest, by wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego mieli pełną wiedzę na temat stanu pacjentów, co w razie kryzysu pozwala na podjęcie skutecznej interwencji.

*Profesjoniści: Cały zespół ma świadomość tego, na jakim etapie terapii i w jakiej kondycji jest każdy z pacjentów. To też jest tak, że wyniki badania MMPI są prezentowane na zebraniach klinicznych, żebyśmy wszyscy mieli świadomość, jakie deficyty, jakie potencjały mają poszczególni pacjenci. Albo jakie problemy natury psychicznej, z czym się mierzą. To przede wszystkim nam wszystkim służy do tego, że nawet jeżeli nie ma w określonym dniu terapii indywidualnej, to żeby osoba dyżurująca miała pełną wiedzę o tym, jak skutecznie podjąć interwencję, jeżeli taka interwencja jest potrzebna. (LW0607202218)*

Terapeuci wspólnie opracowują strategię działania w sytuacjach kryzysowych. Terapeuta dyżurujący pozostaje w kontakcie z innymi kolegami, co pozwala na szybką reakcję i wypracowanie rozwiązania wspólnie z kolegami.



Profesjonaliści: Założyliśmy sobie taką grupę dyskusyjną roboczą na WhatsAppie i właściwie cały czas na bieżąco jesteśmy informowani o tym, co aktualnie w ośrodku się dzieje, na kogo zwrócić uwagę, bądź terapeuta na dyżurze konsultuje z pozostałymi terapeutami sytuację, która się wydarza. W związku z tym właściwie mogę powiedzieć, że terapia jest błyskawiczna. Jeśli coś się dzieje, to wspólnie opracowujemy strategię na tej naszej grupie dyskusyjnej i w ten sposób interweniujemy, wypracowujemy pomysł, co będzie najbardziej skuteczne w określonym momencie i tak to działa. (LW0607202218)

Pacjenci mieli sugestię, by mogli współdecydować o wyborze terapeuty, bo jeśli pacjent i terapeuta nie stworzą relacji, to ma to wpływ na jakość terapii:

Pacjenci: Jeżeli pacjenci by mieli jakiś tam wybór, albo ich zdanie zostało wysłuchane, to nie byłoby może tyle osób niezadowolonych z tych terapeutów. Bo umówmy się, jeżeli ktoś nie złapie kontaktu z terapeutą, a przez sześć tygodni terapeuta go będzie prowadził, no to ta osoba z tych terapii nie wyciągnie za dużo. Przede wszystkim się nie otworzy, nie wywali z siebie wszystkiego tego, co powinna. No i w tym momencie ta terapia nie za bardzo pomoże. (BS100620227\_HN\_Amb)

### Jakość pracy

Zespół terapeutyczny musi być poddawany systematycznie superwizjom. Pozwala to przepracowywać trudniejsze zagadnienia, zmniejsza stres i ryzyko wypalenia zawodowego.

Profesjonaliści: Nieocenioną rolę odgrywa superwizja. Bo bez superwizji regularnej, którą mamy co miesiąc i która trwa około 3 godzin, to ja w ogóle myślę, że nasza praca byłaby nie dość, że dużo bardziej frustrująca, to dużo rzeczy byśmy po prostu nie potrafili zrobić. No bo ta superwizja, którą mamy regularnie, bardzo dużo rzeczy nam wyjaśnia, bardzo dużo rzeczy możemy przedyskutować zespołowo. (LW150320222)

### **3.6.7. Zaangażowanie rodziny w leczenie**

Zaangażowanie rodziny pomaga osiągnąć zmianę nie tylko w pacjencie, ale i w jego otoczeniu, co jest kluczowe, kiedy kończy on już terapię.

Profesjonaliści: *Zaangażowanie rodziny jest i trudne, i łatwe, no bo jest dodatkowa osoba do pracy, czy system w ogóle rodzinny, ale łatwe o tyle, że wiem, że jak ta osoba wróci do swojego środowiska domowego, a tam też gdzieś idzie zmiana, no to daje na pewno lepsze efekty. Więc widzimy gdzieś bardziej ten system w jakim to funkcjonuje, niż taką jedną pojedynczą osobę, która przyjdzie nam do gabinetu i zaraz z niego wyjdzie.* (LW250320226)

Rodzina powinna mieć możliwość poproszenia o wsparcie, wymiany doświadczeń. Istotne dla terapii jest przyjrzenie się jak pacjent funkcjonuje w swojej rodzinie.

Profesjonaliści: *Staramy się angażować rodziny. Oczywiście teraz przez sytuację covidową było to mocno utrudnione, bo jesteśmy szpitalem, więc te odwiedziny były takie rzeczywiście już utrudnione przepisami. Ale staramy się i w trakcie odwiedzin tutaj rozmawiać i prowadzić takie spotkania rodzinne. Też wprowadzimy co miesiąc takie spotkania dla rodziców, które są w wersji online, ale oni też mają taką możliwość wymiany swoich doświadczeń czy poproszenia o wsparcie. Organizujemy taki dzień rodziny, że wszyscy się zjeżdżają, rodzice mają takie wykłady dla siebie. Ale my też widzimy, jak te osoby funkcjonują w całej rodzinie. Więc to jest też bardzo wartościowe i wnoszące do terapii.* (LW250320226)

Praca z rodziną powinna zawierać komponent edukacyjny, by rodzina lepiej rozumiała zaburzenie pacjenta i podejmowała działania służące zdrowieniu pacjenta.

Profesjonaliści: *Dobrze by było, żeby było poprowadzone kilka konsultacji z rodziną, jeśli taka osoba mieszka, czy ma rodzinę. Bo tam często jest bardzo duże niezrozumienie tego, więc potrzebna jest edukacja i dla samej osoby z problemem, ale również dla członków rodzin, żeby wiedzieli, co to jest, dlaczego tak jest, że to nie jest jakaś zła wola kogoś, tylko po prostu proces chorobowy, który się toczy. No i też żeby wypracować wspólnie zachowania, które nie wspierają problemu, ale tworzą przyjazne środowisko do zdrowienia tej osoby, żeby ona nie czuła presji.* (LW220320225)

Optymalnie praca z rodziną powinna być rozpoczęta na wczesnym etapie leczenia, jednak nie zawsze jest to z różnych powodów możliwe.

Profesjoniści: *Jeśli jest to możliwe, to oczywiście, że najlepiej jest włączyć rodzinę od początku, żeby ta osoba miała wsparcie i dobre warunki do zdrowienia. Żeby wszyscy wiedzieli, że co tam się dzieje i dlaczego się tam dzieje. Ale nie zawsze to jest możliwe z wielu powodów. I z powodu rodziny, a czasem z powodu samego pacjenta, który boi się.* (LW220320225)

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, którym ciężko będzie przejąć całkowitą kontrolę nad swoimi zachowaniami, włączenie rodziny odgrywa kluczową rolę.

Profesjoniści: *W zależności od pacjenta, jeśli mamy do czynienia z pacjentem który powinien i jest w stanie wziąć całkowitą odpowiedzialność za swoje zdrowienie to wtedy na tym się kończy jeśli chodzi o oddziaływania rodzinne, ale jeśli mamy do czynienia z ciężką chorą psychicznie osobą, która potrzebuje opieki właściwie całodobowej, żeby nie pójść nie zagrać, wziąć jakiejś substancji to wtedy ta rodzina jest zaangażowana bardzo mocno bo jest rodzajem takiej trochę kontroli i ochrony tego pacjenta przed destrukcyjnymi zachowaniami.* (LW220720222)

W takich przypadkach rodzina może wspierać osobę w załatwianiu spraw, nadzorować przyjmowanie leków itp.

Profesjoniści: *Rodziny mogłyby być dobrym czynnikiem, który motywuje, czy przypomina o braniu leków, czy załatwieniu jakiejś sprawy. To angażuje rodzinę, ale z drugiej strony też pomaga tej osobie nie wypadać z tych torów, na które oddział ma na celu je wdrożyć.* (LW150320222)

#### **4. Rekomendacje dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi**

Proces uzgadniania rekomendacji przebiegał dwustopniowo. W pierwszym etapie, na podstawie przeglądu literatury i wywiadów indywidualnych przygotowano zestaw rekomendacji dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi. Następnie powołano zespół ekspertów, w którym brali

udział profesjonalistów zajmujący się pomocą osobom z zaburzeniami hazardowymi i innymi uzależnieniami i chorobami psychicznymi oraz pracownicy nauki.

Eksperti biorący udział w spotkaniu:

1. dr Bogusława Bukowska, Zastępca Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnień
2. dr hab. Katarzyna Dąbrowska, adiunkt w Zakładzie Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii
3. dr hab. Justyna Klingemann, kierownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii
4. dr Artur Kochański, Ex Cordis, Poradnia Zdrowia Psychicznego
5. mgr Olga Kostecka, Szpital Mazowiecki w Garwolinie Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Psychiatrycznej Dla Osób Z Podwójną Diagnozą
6. mgr Natalia Kuska, Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. Oddział Podwójnej Diagnozy i Leczenia Uzależnień
7. mgr Aleksandra Łukasiewicz, Zwrotnica. Wsparcie psychologiczne., Stowarzyszenie Jump 93
8. dr n. med. Beata Ryszewska, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MONAR"
9. mgr Natalia Stańczyk, Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. Oddział Podwójnej Diagnozy i Leczenia Uzależnień
10. dr hab. Łukasz Wieczorek, adiunkt w Zakładzie Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii
11. mgr Jagoda Władoń, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MONAR".

Podczas spotkania zespołu dyskutowano pierwszą wersję rekomendacji. Na podstawie postulatów, które pojawiły się podczas spotkania przygotowano drugą – ostateczną wersję wytycznych.

## **4.1. Ostateczna wersja wytycznych**

### **Diagnoza**

1. Stworzenie standardów przeprowadzania diagnozy zaburzeń hazardowych współwystępujących z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz innymi zaburzeniami, w tym nasilonymi zaburzeniami psychicznymi ze szczególnym uwzględnieniem roli testów przesiewowych (np. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych CPGI lub składający się z dwóch pytań Lie/Bet w polskiej adaptacji). Włączenie testów przesiewowych zaburzeń pozwala na ich wychwycenie na wcześniejszym etapie leczenia.
2. W leczeniu uzależnień należy położyć nacisk na diagnozowanie zaburzeń hazardowych oraz innych zaburzeń psychicznych, zaś w leczeniu psychiatrycznym na diagnozę zaburzeń używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych.
3. W przypadku podejrzenia możliwości współwystępowania zaburzeń hazardowych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i innych, w tym nasilonych zaburzeń psychicznych konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczonego na diagnozę do 2-3 sesji. W proces diagnostyczny powinni być zaangażowani specjaliści mający między innymi doświadczenia z konsultowaniem osób, u których występują zaburzenia hazardowe.
4. Położenie nacisku w programach kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień na standardy diagnozy, konieczność jej pogłębiania oraz przekazywanie informacji o rekomendowanych (zaadoptowanych do polskich warunków) testach przesiewowych zaburzeń hazardowych, używania substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych.

### **Organizacja leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych**

1. Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz współchorobowości w jednej placówce (centrum zdrowia psychicznego, poradnia zdrowia psychicznego, zespołach leczenia środowiskowego lub poradnia leczenia uzależnień), tak aby pacjent mógł zaspokoić swoje potrzeby terapeutyczne w ramach jednej struktury organizacyjnej. Można to zapewnić poprzez zatrudnienie specjalisty

psychoterapii uzależnień w centrach zdrowia psychicznego, w poradniach zdrowia psychicznego, czy w zespołach leczenia środowiskowego lub przez zapewnienie ścisłej współpracy z lokalną placówką leczenia uzależnień.

2. Zespół terapeutyczny reprezentujący różne przygotowanie, doświadczenie, podejścia terapeutyczne, działający w ramach zintegrowanego programu terapeutycznego, gwarantuje możliwość zindywidualizowanego podejścia do pacjenta. Zatrudnianie psychiatrów w placówkach leczenia uzależnień pozwala właściwie zdiagnozować pacjentów oraz zaproponować im leczenie adekwatne do ich zaburzenia bez potrzeby podejmowania leczenia w innych placówkach. Istotne jest, by wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego mieli pełną wiedzę na temat stanu pacjentów, co w razie kryzysu pozwala na podjęcie skutecznej interwencji.
3. Zespół terapeutyczny musi być poddawany systematycznie superwizjom. Pozwala to przepracowywać trudniejsze zagadnienia, zmniejsza stres i ryzyko wypalenia zawodowego.
4. Szczególnie w przypadku pacjentów z wieloma diagnozami istotne jest wypracowanie przez placówkę, w której pacjent się leczy, współpracy z innymi placówkami, których oferta pozwala zaspokoić potrzeby pacjenta. Niezależnie, czy jest to placówka leczenia uzależnień, czy opieki psychiatrycznej istotne jest dążenie, by rozpoznać i zaspokoić najbardziej palące potrzeby pacjenta.
5. Stworzenie możliwości kontynuacji leczenia osobom z podwójną diagnozą w placówce zdrowia psychicznego poprzez wypracowanie w poradniach oferty i programów dla tej grupy osób.
6. Rekomendowane jest, by placówki w ramach współpracy mogły przekazywać sobie klientów. Zapewnienie klientowi miejsca zwiększałoby jego szanse na kontynuację terapii. Pozwalałoby również na monitorowanie sytuacji pacjenta. Placówka, w której pacjent się leczy, wiedząc gdzie trafił, miałaby szansę dowiedzieć się jak sobie radzi.
7. Zwiększenie dostępności detoksykacji.
8. Stworzenie jednorodnych standardów i kryteriów przyjęć do poszczególnych rodzajów placówek.

## **Podejścia do terapii**

1. Decyzja o leczeniu w środowisku (w formie ambulatoryjnej) bądź w placówce stacjonarnej pacjentów z podwójną diagnozą powinna zawsze być podejmowana indywidualnie, we współpracy z pacjentem. Istotnym czynnikiem, które należy wziąć pod uwagę są relacje rodzinne, głębokość uzależnienia, deficyty psychosomatyczne. W przypadku osób z bardziej złożonym obrazem zaburzeń, bardziej nasilonymi objawami należy proponować terapię stacjonarną. Osoby, u których zaburzenia nie utrudniają funkcjonowania mogą uczestniczyć w terapii w formie ambulatoryjnej.
2. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów różnych specjalności.
3. Tworzenie pacjentom z bardziej zaawansowanymi zaburzeniami możliwości uczestniczenia w grupie psychoterapeutycznej oraz możliwość integracji z pacjentami, których zaburzenia są mniej nasilone podczas pozostałych zajęć.
4. Tworzenie mini grup terapeutycznych dla osób, które łączy podobny problem, np. zaburzenia hazardowe, po to by mogły zająć się swoimi specyficznymi problemami.
5. Jeśli nie ma możliwości utworzenia minigrupy, to należy poświęcić osobom z zaburzeniami hazardowymi więcej uwagi w trakcie terapii i odnosić się podczas terapii do problemów charakterystycznych dla zaburzeń hazardowych, a także zwracać uwagę na wspólne mechanizmy uzależnień.
6. Należy unikać konfrontacyjnego podejścia do terapii, prowadząc ją w duchu dialogu motywującego. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi wymagają więcej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowania.
7. U osoby ze współchorobowością trudniej jest uzyskać motywację do leczenia więc praca nad tym aspektem terapii musi być wzmożona.
8. Konieczne jest rozpoznanie podczas terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych problemów związanych z uprawianiem przez pacjenta hazardu, np. zadłużenie, wyroki sądowe. Pomoc w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych pozwala pacjentowi skupić się na leczeniu i motywuje go do kontynuowania terapii.

9. Istnieje uzasadniona potrzeba zajmowania się problemami pacjenta w sposób zintegrowany. W przypadku leczenia osób z zaburzeniami współwystępującymi istotną kwestią jest wyjaśnienie pacjentowi interakcji pomiędzy lekami i substancjami psychoaktywnymi i rekomendacja abstynencji. Jednak nieutrzymywanie przez pacjenta abstynencji nie może być powodem do zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego.
10. Nieutrzymywanie abstynencji przez pacjenta nie może być czynnikiem decydującym o jego pozostaniu w programie. Jeśli warunki pozwalają, to również nie powinno się od pacjenta wymagać utrzymania abstynencji przed przyjęciem do placówki stacjonarnej, szczególnie terapii długoterminowej. W przypadku przyjęć do oddziałów stacjonarnych i dziennych leczenia uzależnień zalecane jest przyjmowanie klientów nie będących pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Abstynencja nie może być jedynym bądź podstawowym kryterium oceny efektywności oddziaływań. W razie łamania abstynencji osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz z innymi, w tym ciężkimi, zaburzeniami psychicznymi powinny zostać wypisane, ale objęte jednocześnie opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego lub Poradni Zdrowia Psychicznego oraz możliwie szybko (np. po 2 tygodniach), po kwalifikacji, przyjęte ponownie.
11. Chorzy powinni utrzymywać stały kontakt z pracownikami sektora medycznego, po zakończeniu podstawowej terapii. Pozostawanie pod opieką lekarzy psychiatrów, terapeutów pozwala na bieżąco monitorować stan zdrowia i nasilenie objawów choroby.
12. Zaangażowanie rodziny sprzyja osiągnięciu zmiany nie tylko w funkcjonowaniu pacjenta, ale i w jego otoczeniu, co jest kluczowe kiedy kończy on już terapię. Rodzina powinna mieć możliwość poproszenia o wsparcie, wymiany doświadczeń. Istotne dla terapii jest przyjrzenie się jak pacjent w niej funkcjonuje. Praca z rodziną powinna zawierać komponent edukacyjny, by jej członkowie lepiej rozumieli zaburzenie i podejmowali działania służące zdrowieniu pacjenta. Optymalnie praca z rodziną powinna być rozpoczęta na wczesnym etapie leczenia.



13. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, którym ciężko będzie przejąć całkowitą kontrolę nad swoimi zachowaniami, włączenie rodziny odgrywa kluczową rolę. W takich przypadkach rodzina może wspierać osobę w załatwianiu spraw, nadzorować przyjmowanie leków itp.

## Literatura:

1. 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.
2. Aragay, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S., Garrido, G., Anisul Islam, M., Menchón, J. M., & Vallès, V. (2015). Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. *Comprehensive psychiatry*, 57, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.009>
3. Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M. C., & Hoffman, J. H. (2015). Gambling and Substance Use: Co-occurrence among Adults in a Recent General Population Study in the United States. *International gambling studies*, 15(1), 55–71. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.990396>
4. Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
5. Black DW, Allen J, Bormann NL: Are comorbid disorders associated with changes in gambling activity? A longitudinal study of younger and older subjects with DSM-IV pathological gambling. *J Gambl Stud* 2021; 37: 1219–1230.
6. Black DW, McNeilly DP, Burke WJ et al.: An open-label trial of acamprosate in the treatment of pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23: 250–256.
7. Blaszczynski A, Nower L: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487–499.
8. Cardullo, S., Gomez Perez, L. J., Marconi, L., Terraneo, A., Gallimberti, L., Bonci, A., & Madeo, G. (2019). Clinical Improvements in Comorbid Gambling/Cocaine Use Disorder (GD/CUD) Patients Undergoing Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS). *Journal of clinical medicine*, 8(6), 768. <https://doi.org/10.3390/jcm8060768>
9. Chaim CH, Nazar BP, Hollander E et al.: Pathological gambling treated with lithium: the role of assessing temperament. *Addict Behav* 2014; 39: 1911–1913.
10. Cowlshaw S (2014) Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation.
11. 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.
12. Cowlshaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., & Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 46(2), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019>

13. Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem: Effective recovery strategies: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press
14. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y et al.: Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8: 334–339.
15. Dąbrowska K, Moskalewicz J, Wieczorek Ł: Barriers in access to the treatment for people with gambling disorders. Are they different from those experienced by people with alcohol and/or drug dependence? *J Gambl Stud* 2017; 33: 487–503.
16. Di Nicola M, De Risio L, Pettorruso M et al.: Bipolar disorder and gambling disorder comorbidity: current evidence and implications for pharmacological treatment. *J Affect Disord* 2014; 167: 285–298.
17. Dowling NA, Cowlishaw S, Jackson AC et al.: Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49: 519–539.
18. Dowling NA, Merkouris SS, Lorains FK: Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: advancing a developing field of research. *Addict Behav* 2016; 58: 21–30.
19. Echeburúa E, Amor PJ, Gómez M: Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: a narrative review. *Salud Mental* 2017; 40: 299–305.
20. Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J: Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behav Cogn Psychother* 1996; 24: 51–72.
21. Echeburúa E, Gómez M, Freixa M: Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behav Res Ther* 2011; 49: 808–814.
22. Echeburúa E, Gómez M, Freixa M: Prediction of relapse after cognitive-behavioral treatment of gambling disorder in individuals with chronic schizophrenia: a survival analysis. *Behav Ther* 2017; 48: 69–75.
23. Echeburúa E: Clinical management of gambling disorder. In: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M (eds.): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Vol. 3, Springer, Milano 2015: 1475–1490.
24. Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I. (2013) Illicit drug use and problem gambling. *Addiction*, vol. 2013, Article ID 342392, 11 pages
25. 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.

26. Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
27. Geddes JR, Miklowitz DJ: Treatment of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381: 1672–1682.
28. Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL et al.: Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)* 2010; 212: 603–612.
29. Grant JE, Chamberlain SR: Gambling and substance use: comorbidity and treatment implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020; 99: 109852.
30. Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL et al.: A 6-month follow-up of imaginal desensitization plus motivational interviewing in the treatment of pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23: 3–10.
31. Grant JE, Kim SW, Hollander E et al.: Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl)* 2008; 200: 521–527.
32. Grant JE, Kim SW: Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 203–207.
33. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR et al.: A randomized, placebo-controlled trial of *N*-acetylcysteine plus imaginal desensitization for nicotine-dependent pathological gamblers. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 39–45.
34. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN: Treatments for gambling disorder and impulse control disorders. In: Nathan PE, Gorman JM (eds.): *A Guide to Treatments That Work*. 4<sup>th</sup> ed., online ed., Oxford Academic, New York, 2015: 801–826.
35. Grant JE, Odlaug BL: Psychosocial interventions for gambling disorders. In: *Increasing the Odds. What Clinicians Need to Know About Gambling Disorders*. National Center for Responsible Gaming, Washington, DC 2012; 7: 38–51.
36. Grant JE, Williams KA, Kim SW: Update on pathological gambling. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 53–58.
37. Green AI, Drake RE, Brunette MF et al.: Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 402–408.
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. Haller R, Hinterhuber H: Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27: 129.
40. Hodgins DC, Currie SR, Currie G et al.: Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: more is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 950–960.

41. Hodgins, D. C., & Holub, A. (2007). Treatment of Problem Gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 372-397). Amsterdam: Elsevier.
42. Hollander E, Pallanti S, Allen A et al.: Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 137–145.
43. Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R et al.: Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychother Res* 2007; 17: 544–552.
44. Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakansson, A., Tárrega, S., Valdepérez, A., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Baño, M., Sauvaget, A., Romeu, M., Steward, T., & Menchón, J. M. (2016). Treatment Outcome in Male Gambling Disorder Patients Associated with Alcohol Use. *Frontiers in psychology*, 7, 465. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00465>
45. Josephson, H., Carlbring, P., Forsberg, L., & Rosendahl, I. (2016). People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. *PeerJ*, 4, e1899. <https://doi.org/10.7717/peerj.1899>
46. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R et al.: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38: 1351–1360.
47. Kovács, I., Demeter, I., Janka, Z., Demetrovics, Z., Maraz, A., & Andó, B. (2020b). Different aspects of impulsivity in chronic alcohol use disorder with and without comorbid problem gambling. *PloS one*, 15(1), e0227645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227645>
48. Kovács, I., Pribék, I. K., Demeter, I., Rózsa, S., Janka, Z., Demetrovics, Z., & Andó, B. (2020a). The personality profile of chronic alcohol dependent patients with comorbid gambling disorder symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 101, 152183. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152183>
49. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C et al.: Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 774–780.
50. Leavens, E., Marotta, J., & Weinstock, J. (2014). Disordered gambling in residential substance use treatment centers: an unmet need. *Journal of addictive diseases*, 33(2), 163–173. <https://doi.org/10.1080/10550887.2014.909697>
51. Ledgerwood DM, Petry NM: Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *J Trauma Stress* 2006; 19: 411–416.
52. Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling?. *Clinical psychology review*, 26(2), 216–228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.008>
53. Linnet J, Jeppsen Mensink M, de Neergaard Bonde J et al.: Treatment of gambling disorder patients with comorbid depression. *Acta Neuropsychiatr* 2017; 29: 356–362.

54. Lister, J. J., Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive behaviors*, *47*, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.021>
55. 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.
56. Magalhães PV, Dean OM, Bush AI et al.: N-acetyl cysteine add-on treatment for bipolar II disorder: a subgroup analysis of a randomized placebo-controlled trial. *J Affect Disord* 2011; *129*: 317–320.
57. Maniaci, G., La Cascia, C., Picone, F., Lipari, A., Cannizzaro, C., & La Barbera, D. (2017). Predictors of early dropout in treatment for gambling disorder: The role of personality disorders and clinical syndromes. *Psychiatry research*, *257*, 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.003>
58. Manning, V., Dowling, N. A., Rodda, S. N., Cheetham, A., & Lubman, D. I. (2020). An Examination of Clinician Responses to Problem Gambling in Community Mental Health Services. *Journal of clinical medicine*, *9*(7), 2075. <https://doi.org/10.3390/jcm9072075>
59. Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction (Abingdon, England)*, *100*(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
60. Młynarczyk M: Techniki pracy z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym w terapii poznawczo-behawioralnej. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica* 2018; *22*: 33–54.
61. Moskowitz JA: Lithium and lady luck; use of lithium carbonate in compulsive gambling. *N Y State J Med* 1980; *80*: 785–788.
62. Najavits LM, Smylie D, Johnson K et al.: Seeking safety therapy for pathological gambling and PTSD: a pilot outcome study. *J Psychoactive Drugs* 2013; *45*: 10–16.
63. Najavits LM: Seeking safety: an implementation guide. In: Rubin A, Springer DW (eds.): *The Clinician's Guide to Evidence-Based Practice*. John Wiley, Hoboken, NJ 2009: 311–347.
64. Nelson SE, Kleschinsky JH, LaBrie RA et al.: One decade of self exclusion: Missouri casino self-excluders four to ten years after enrollment. *J Gambl Stud* 2010; *26*: 129–144.
65. Oei TPS, Raylu N, Casey LM: Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2010; *38*: 233–238.
66. Petry N.M. (2006) Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*.;101 Suppl 1:152-60.

67. Petry NM, Roll JM: Cognitive-behavioral treatments for pathological gambling. In: Ghezzi P, Lyons CA, Dixon MR et al. (eds.): *Gambling: Behavior Theory, Research, and Application*. Context Press, Reno, NV 2006: 249–260.
68. 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
69. Ramos-Grille, I., Gomà-i-Freixanet, M., Aragay, N., Valero, S., & Vallès, V. (2015). Predicting treatment failure in pathological gambling: The role of personality traits. *Addictive Behaviors*, 43, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.010>
70. Rash, C. J., Weinstock, J., & Van Patten, R. (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 3–13. <https://doi.org/10.2147/SAR.S83460>
71. Raylu N, Oei TP (2002) Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychologu Review*, 22, 7, 1009-1061
72. Rodda SN, Lubman DI, Iyer R et al.: Subtyping based on readiness and confidence: the identification of help-seeking profiles for gamblers accessing web-based counselling. *Addiction* 2015; 110: 494–501.
73. Sani G, Serra G, Kotzalidis GD et al.: The role of memantine in the treatment of psychiatric disorders other than the dementias: a review of current preclinical and clinical evidence. *CNS Drugs* 2012; 26: 663–690.
74. Schaffer LC, Schaffer CB, Miller AR et al.: An open trial of pregabalin as an acute and maintenance adjunctive treatment for outpatients with treatment resistant bipolar disorder. *J Affect Disord* 2013; 147: 407–410.
75. Séguin 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
76. Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2009). The NODS-CLiP: a rapid screen for adult pathological and problem gambling. *Journal of gambling studies*, 25(4), 541–555. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9135-y>
77. Volberg, R. A., Munck, I. M., & Petry, N. M. (2011). A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *The American journal on addictions*, 20(3), 220–227. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00118.x>
78. Vornik LA, Brown ES: Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl 7: 24–30.
79. Waluk OR, Youssef GJ, Dowling NA: The relationship between problem gambling and attention deficit hyperactivity disorder. *J Gambl Stud* 2016; 32: 591–604.

80. Weinstock J, Blanco C, Petry N.M. (2006) Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*,14(1),87-93.
81. Wieczorek Ł, Dąbrowska K: Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *J Subst Use* 2020; 25: 350–356.
82. Wieczorek Ł: Barriers in the access to alcohol treatment in outpatient clinics in urban and rural community. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 125–138.
83. Winters KC, Kushner MG: Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud* 2003; 19: 261–277.
84. Wulfert E, Blanchard EB, Freidenberg BM et al.: Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: a pilot study. *Behav Modif* 2006; 30: 315–340.
85. Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR et al.: The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2015; 43: 72–82.
86. Zack, M., Stewart, S. H., Klein, R. M., Loba, P., & Fragopoulos, F. (2005). Contingent gambling-drinking patterns and problem drinking severity moderate implicit gambling-alcohol associations in problem gamblers. *Journal of gambling studies*, 21(3), 325–354. <https://doi.org/10.1007/s10899-005-3102-z>
87. Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA: An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 44–48.