



Kontrolowane granie w gry hazardowe – ocena wiedzy i postaw profesjonalistów i pacjentów. Rekomendacje dla poszerzenia oferty terapeutycznej

dr hab. Katarzyna Dąbrowska

dr hab. Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa, 2023

Spis treści

1.	STRESZCZENIE	3
2.	WPROWADZENIE NA PODSTAWIE PRZEGLĄDU LITERATURY	9
3.	METODOLOGIA BADANIA	16
3.1.	PRÓBA BADAWCZA	16
3.2.	DOBÓR UCZESTNIKÓW	17
3.3.	NARZĘDZIA BADAWCZE	17
3.3.1.	<i>Zogniskowane Wywiady Grupowe</i>	17
3.3.2.	<i>Wywiady indywidualne</i>	18
4.	WYNIKI	18
4.1.	DEFINIOWANIE KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU PRZEZ SPECJALISTÓW PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI	18
4.2.	DOŚWIADCZENIA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI ZWIĄZANE Z SAMOGRANICZANIEM GRANIA	21
4.3.	GOTOWOŚĆ PROFESJONALISTÓW I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI DO PRZYJĘCIA KONTROLOWANIA GRANIA JAKO CELU LECZENIA	24
4.4.	POTENCJALNA GRUPA ODBIORCÓW PROGRAMU KONTROLOWANEGO GRANIA	28
4.5.	PRZECIWSKAZANIA DO UCZESTNICZENIA W PROGRAMIE	31
4.6.	KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z POSZERZENIA OFERTY TERAPEUTYCZNEJ O PROGRAM KONTROLOWANIA GRANIA	35
4.7.	OGRANICZENIA PROGRAMU KONTROLOWANIA GRANIA	38
4.8.	BARIERY WE WPROWADZANIU OFERTY KONTROLOWANEGO GRANIA DO OFERTY TERAPEUTYCZNEJ	41
4.9.	REKOMENDACJE DLA WPROWADZENIA PROGRAMU KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU	44
4.10.	USTALANIE CELÓW TERAPEUTYCZNYCH W RAMACH PROGRAMU KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU	49
4.10.1.	<i>Kwestie, które należy wziąć pod uwagę ustalając limity</i>	49
4.10.2.	<i>Ustalanie limitów czasowych</i>	54
4.10.3.	<i>Ustalanie limitów finansowych</i>	59
5.	REKOMENDACJE DLA REALIZACJI PROGRAMÓW KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU W PLACÓWKACH LECZENIA UZALEŻNIEŃ	63
5.1.	POTENCJALNA GRUPA ODBIORCÓW PROGRAMU KONTROLOWANEGO GRANIA	63
5.2.	PRZECIWSKAZANIA DO UCZESTNICZENIA W PROGRAMIE	64
5.3.	GDZIE REALIZOWAĆ – AMBULATORIA/DZIENNY/STACJONARNY	65
5.4.	CZY W JEDNEJ PLACÓWCE/GRUPIE MOGĄ BYĆ PACJENCI DLA KTÓRYCH CELEM BĘDZIE ABSTYNENCJA I KONTROLOWANIE GRANIA?	65
5.5.	ZAŁOŻENIA TERAPII	66
5.6.	KWESTIE, KTÓRE NALEŻY WZIĄĆ POD UWAGĘ USTALAJĄC LIMITY	66
5.7.	USTALANIE LIMITÓW CZASOWYCH	68
5.8.	USTALANIE LIMITÓW FINANSOWYCH	70
5.9.	PILOTAŻ I EWALUACJA, WDRAŻANIE	70
6.	PODSUMOWANIE	71
	LITERATURA	76
	ZAŁĄCZNIK 1. SCENARIUSZ DO ZOGNISKOWANYCH WYWIADÓW GRUPOWYCH	79
	ZAŁĄCZNIK 2. SCENARIUSZ DO WYWIADÓW INDYWIDUALNYCH	80

1. Streszczenie

Dyskusja mająca miejsce wśród badaczy zajmujących się zagadnieniem zróżnicowania celów leczniczych w leczeniu zaburzeń alkoholowych znalazła swoje odzwierciedlenie w literaturze poświęconej leczeniu zaburzeń hazardowych. Tradycyjnie, całkowita abstynencja od hazardu jako pożądany cel leczenia i jednocześnie miernik sukcesu terapeutycznego stanowią podstawę dominującego paradygmatu leczniczego. Jednakże, w opozycji do tego tradycyjnego podejścia pozostaje pogląd, że zaoferowanie pacjentom opcji leczniczej niewymagającej zachowania abstynencji może stanowić bardziej realistyczną i atrakcyjną propozycję leczenia dla wielu zainteresowanych. Może to skutkować większym odsetkiem osób utrzymujących się w terapii.

Celem badania była diagnoza wiedzy profesjonalistów i pacjentów na temat programów ograniczenia grania w gry hazardowe, a także gotowość do wdrożenia takich programów wśród profesjonalistów, a wśród pacjentów – do skorzystania z nich.

Badanie miało charakter jakościowy. Dane uwzględnione w badaniu zostały zebrane z wykorzystaniem dwóch rodzajów technik badawczych. Jedną z nich były Zogniskowane Wywiady Grupowe (ZWG, N=2), a drugą semi-strukturyzowane wywiady indywidualne (N=40). Zogniskowane Wywiady Grupowe prowadzone były wśród specjalistów psychoterapii uzależnień.

Wywiady indywidualne prowadzone były w dwóch grupach respondentów – specjalistami psychoterapii uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi. Pozwoliło to na dywersyfikację materiału badawczego oraz przyjrzenie się problemowi z różnych perspektyw. W sumie zrealizowano 40 wywiadów wśród:

- specjalistów psychoterapii uzależnień (N=20),
- osób z zaburzeniami hazardowymi. (N=20).

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Badania były prowadzone w całej Polsce, co pozwoliło na zróżnicowanie opinii i doświadczeń specjalistów. Respondentami były kobiety i mężczyźni, powyżej 18 roku życia. Profesjonaliści byli rekrutowani w placówkach zatrudnienia. Pacjenci byli rekrutowani w placówkach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, z wykorzystaniem metody kuli śnieżkowej.

Część respondentów nie wierzy w możliwość uprawiania hazardu w sposób kontrolowany. W definicji kładziony jest nacisk na stosowanie się do założonych limitów

czasowych i finansowych, ograniczanie lub wyeliminowanie strat, utrzymywanie grania w gry hazardowe na poziomie charakterystycznym dla innych rozrywek. Podnoszone jest, że to podejście mniej stygmatyzuje pacjentów, gdyż w jego centrum jest samostanowienie i odpowiedzialność pacjenta.

Głównie próby samoograniczania związane są z nakładaniem na grę limitów czasowych i finansowych. Limity finansowe mogą dotyczyć zarówno konkretnych kwot, jak i postanowienia, że priorytetowe jest zabezpieczenie potrzeb życiowych, a dopiero nadwyżki przeznaczane są na grę. Limity czasowe mogą dotyczyć godzin, czy dni przeznaczanych na granie, ale również odnosić się do zobowiązań, czasu przeznaczanego na inne aktywności. Duża część respondentów podkreśla, że nawet jeśli na początku udaje się stosować do założonych limitów, to po pewnym czasie gra znowu wymyka się spod kontroli. Może dziać się tak z powodu nieadekwatnych, trudnych do osiągnięcia celów. Próby samoograniczenia mogą obejmować również unikanie miejsc, w których można uprawiać hazard, jak i osób, z którymi się gra. Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują również ograniczać szkody zmieniając rodzaj gry, na taki, który w ich rozumieniu jest mniej szkodliwy.

Pomimo, że wielu respondentów wypowiada się sceptycznie o możliwości kontrowania grania, to jednak uważają, że dobrze, by pacjent mógł skorzystać z takiego celu leczenia, bo łatwiej mu jest dążyć do abstynencji, jeśli sam się przekona, że nie potrafi utrzymać założonych limitów. Dzięki takiemu celowi można ściągnąć pacjenta do leczenia, a nawet niewielkie, korzystne zmiany mogą owocować zmianami w grze. Wydaje się jednak, że profesjonaliści i osoby z zaburzeniami hazardowymi nie mają wystarczającej wiedzy na temat tego podejścia.

W opinii respondentów osobami, które mogłyby skorzystać z programów ograniczania grania są osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są bardzo natężone oraz takie, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymać założone limity. Z jednej strony respondenci wskazują, że osoby zmotywowane są dobrymi adresatami takich programów, z drugiej strony mówią, że osoby niezmotywowane, które nie są gotowe, by utrzymać abstynencję również mogłyby odnieść korzyści z udziału.

Osoby, których uzależnienie jest zaawansowane, doznają już dotkliwych strat związanych ze swoim granie, takie, które doświadczają problemów w życiu osobistym, społecznym, finansowym, borykają się z innymi uzależnieniami, bądź zaburzeniami psychicznymi,

podejmowały próbę lub próby samobójcze nie powinny być według respondentów adresatami programów kontrolowanego picia.

Wdrożenie programów kontrolowanego grania mogłoby przynieść szereg korzyści, chociażby zachęcić do leczenia pacjentów nie przekonanych do utrzymywania abstynencji. To pacjenci na podstawie własnego doświadczenia mogliby rewidować cele leczenia, nikt by im tego nie narzucał. Poza tym pacjenci trafiając do leczenia mogliby zyskać wiele umiejętności, które z pewnością miałyby korzystny wpływ na ich funkcjonowanie, np. mieliby szansę nauczyć się lepiej zarządzać swoimi emocjami. Pacjenci dzięki leczeniu mogliby również poprawić swoją sytuację materialną, ograniczyć ponoszone straty.

W badaniu udało się zidentyfikować ograniczenia programu kontrolowanego uprawiania hazardu. W ocenie niektórych respondentów są nimi ryzyko pogłębiania uzależnienia poprzez utrzymywanie kontaktu z zachowaniem, które generuje problemy oraz wspieranie osób z zaburzeniami hazardowymi w graniu. Wydaje się to istotne szczególnie dla terapeutów i osób z zaburzeniami hazardowymi, które nie traktują na równi podejścia abstynencyjnego oraz związanego z ograniczeniem grania. Dla niektórych terapeutów ograniczeniem programu kontrolowanego grania może być brak możliwości weryfikacji przekazywanych przez graczy informacji. Jednak w przypadku tradycyjnej formy terapii również nie mają narzędzi do sprawdzenia deklaracji pacjentów. Ograniczeniem programu kontrolowanego grania mogą być także trudności w utrzymywaniu założonych limitów gry, które mogą rodzić negatywne emocje i być frustrujące dla pacjentów, a przekraczanie limitów może doprowadzić do powrotu do starych wzorów grania, które obarczone były dotkliwymi konsekwencjami.

Z wypowiedzi respondentów wynika, że istnieje szereg barier utrudniających wprowadzenie programu kontrolowanego uprawiania hazardu do oferty terapeutycznej. Niektóre z nich związane są z postawami pracowników systemu leczenia uzależnień i brakiem akceptacji dla tego typu oddziaływań. Dla osób osadzonych w nurcie abstynencyjnym jest to metoda nieterapeutyczna. Część barier związana była z podejściem oraz formą terapii. W ramach tej kategorii znalazły się bariery związane z abstynencyjnym celem leczenia, który jest mocno zakorzeniony w ofercie terapeutycznej. W dalszym ciągu są placówki, w których łamanie abstynencji wiąże się z usunięciem z terapii. Zdaniem badanych, są terapeuci, którym trudno będzie zaakceptować cel jakim jest ograniczenie grania i praca z ustalonymi limitami. Jednak podobnie jest w terapii

uzależnienia od alkoholu, gdzie różnorodność terapeutów i przyjętych celów zwiększa dostępność leczenia. Kolejna kategoria barier związana była z organizacją systemu leczenia uzależnienia od hazardu. Respondenci podkreślali, że program ograniczania grania byłoby trudno realizować w placówkach terapii stacjonarnej, do których trafiają osoby z najcięższym przebiegiem zaburzenia i na zaawansowanym etapie choroby. Bariera jest również wspólne uczestnictwo w grupie terapeutycznej osób utrzymujących całkowitą abstynencję oraz ograniczających granie. Zdaniem terapeutów pacjenci, którzy utrzymują abstynencję mieliby poczucie, że są gorsi, bardziej uzależnieni przez co trudniej byłoby im się identyfikować z grupą, a praca dla specjalistów byłaby trudniejsza. Zidentyfikowane w badaniu rekomendacje dla wprowadzenia programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej można również osadzić w trzech wymiarach, jednak trochę innych niż w przypadku barier. Jeden z nich związany jest z systemem kontroli nad dostępnością do gier hazardowych w Polsce i odnosi się do funkcjonowania indywidualnych kont gracza, na których można ustalać indywidualne limity czasowe i finansowe. W ramach tej kategorii rekomendacji wyróżniliśmy również konieczność przeprowadzenia kampanii edukacyjnej o zróżnicowanych celach leczenia oraz o samym problemie grania w gry hazardowe. Oprócz tego, wprowadzenie programu do lecznictwa wymaga przygotowania wytycznych dla obierania celu kontrolowania grania. Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuwać nad jakością i skutecznością oddziaływań.

Kolejny wymiar rekomendacji odnosił się do prowadzonych oddziaływań terapeutycznych. Zdaniem respondentów program powinien być prowadzony w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów. Niektórzy specjaliści psychoterapii uzależnień dopuszczają uczestnictwo na terapii grupowej osób ze zróżnicowanymi celami terapeutycznymi – abstynencja i kontrolowane granie. Nie obawiają się oni konfliktów w grupie, czy że osoby utrzymujące abstynencję ją złamią, ponieważ zróżnicowanie uczestników jest istotne w procesie grupowym. Jednak jest także grupa terapeutów, którzy uważają, że należy rozdzielić ścieżki terapeutyczne dla osób, które przyjmują za cel leczenia abstynencję i kontrolowane granie. Ich zdaniem uczestnictwo w grupie osób z różnymi celami terapeutycznymi może wywoływać chęć ich zmiany. Szczególnie obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania a nie utrzymywania abstynencji.

Skuteczne wdrożenie programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej wymaga przeprowadzenia szkoleń dla specjalistów psychoterapii uzależnień. Pozwoliłyby one oswoić ich z tematem, otworzyć na nowe podejścia, przekonać środowisko.

W badaniu zidentyfikowaliśmy szereg zagadnień, które wiążą się z praktyką ustalania celów terapeutycznych dla kontrolowanego uprawiania hazardu. Istotną kwestią dla ustalania limitów czasowych i finansowych jest rozpoznanie stopnia zaawansowania zaburzenia hazardowego. Poziom uzależnienia może mieć wpływ na powodzenie terapii dlatego ważny jest wywiad diagnostyczny i rozpoznanie wzoru grania, który będzie wyznaczał strategie ustalania limitów. Wiąże się to z indywidualizacją limitów czasowych i finansowych, będących wypadkową wzoru grania, sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza. Wywiad diagnostyczny powinien również uwzględniać poprzednie doświadczenia graczy z samoograniczaniem oraz uczestnictwem w programach kontrolowania grania w przeszłości.

Respondenci podkreślają, że należy ustalać zarówno częstotliwość gry, limity czasowe jak i finansowe. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii. Włączenie rodziny w ustalanie celów leczenia oraz angażowanie jej przez cały proces pozwala na większą akceptację i zrozumienie dla idei programu oraz zwiększa szansę na powodzenie terapii. Gracze nie pozostają sami podczas procesu leczenia, a rodzina może przyglądać się realizacji celów.

Istotne jest również ustalenie formy uprawiania hazardu. Brakuje tu jednoznacznej odpowiedzi ponieważ część respondentów rekomendowała uprawianie hazardu w punktach stacjonarnych, które najczęściej oddalone są od miejsca zamieszkania. Z kolei niektórzy byli zdania, że granie z wykorzystaniem internetu może być bardziej przyjazne ponieważ osoby z zaburzeniami hazardowymi nie spotykają innych graczy.

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania są ograniczenia dla grania, np. gdzie nie należy grać, w jakich sytuacjach, w jakim stanie emocjonalnym, ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków. Wyłączenia sytuacji ryzykowanych zwiększają szansę na utrzymanie limitów.

Pomocne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania mogą być narzędzia, które należałoby opracować i poddać ewaluacji - formularz samoobserwacji, zapisywania ustalonych limitów i kontraktu terapeutycznego, dzienniczek zysków i strat, monitorowania trudności związanych z utrzymaniem limitów. Narzędziem, które można

wykorzystać w programie jest plan wydatków pozwalający na racjonalizację ustalenia limitów finansowych.

Limity czasowe zawsze powinny opierać się o dogłębną diagnozę sytuacji pacjenta: jego zobowiązania, sytuację rodzinną, rodzaj gry, dotychczasowy wzór grania. Limity powinny być takie, żeby pacjent był w stanie ich przestrzegać, co nie oznacza, że w przyszłości nie można ich zmniejszyć. Należy dążyć do takiej sytuacji, żeby hazard nie dominował innych aktywności, był tylko jedną z form spędzania wolnego czasu. Warto zwrócić uwagę, by epizody grania nie kumulowały się w czasie, zapobiegać temu może ustalenie konkretnych dni przeznaczonych na grę. Istotny jest również rodzaj gry, bo z perspektywy gracza niektóre dni mogą być bardziej atrakcyjne, np. w przypadku zakładów bukmacherskich, w niektóre dni jest więcej rozgrywek, niż w inne. Poważnym czynnikiem utrudniającym kontrolę czasu grania może być wygrywanie w grze.

Brakuje konkretnych sugestii w odniesieniu do ustalania poziomu limitów finansowych. Należy je wyznaczać w zależności od dochodów gracza. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Wysokość mogłaby stanowić np. 5% miesięcznego wynagrodzenia. Limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków jakie niezbędne są na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów, oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczać pieniądze na grę. Przygotowanie planu wydatków może być pomocne przy określaniu limitów finansowych.

Wśród propozycji strategii ustalania limitów finansowych pojawiły się różne propozycje – ustalania limitu finansowego na okres czasu (np. miesiąc) oraz na jeden zakład (niskie stawki). Do ich utrzymania pomocne może być ustalenie limitów na koncie bankowym, których w razie przegranych nie można przekroczyć. Zdaniem niektórych respondentów, ustalając strategię ograniczania grania należy dążyć do grania z wykorzystaniem pieniędzy rzeczywistych (gotówki). Zdaniem respondentów pozwala to w lepszym stopniu kontrolować przepływ pieniędzy.

2. Wprowadzenie na podstawie przeglądu literatury

Dyskusja mająca miejsce wśród badaczy zajmujących się zagadnieniem zróżnicowania celów leczniczych w leczeniu zaburzeń alkoholowych znalazła swoje odzwierciedlenie w literaturze poświęconej leczeniu zaburzeń hazardowych. Tradycyjnie, całkowita abstynencja od hazardu jako pożądaný cel leczenia i jednocześnie miernik sukcesu terapeutycznego stanowią podstawę dominującego paradygmatu leczniczego (Błaszczński i inni, 1991; Ladouceur 2005; Ladouceur i inni 2009; Slutske i inni 2010). Jedną z popularniejszych wśród osób z zaburzeniami hazardowymi opcją leczenia, czyli Anonimowi Hazardziści ma swoje korzenie w modelu 12-kroków nastawionym na abstynencję, jako cel leczenia.

Jednakże, w opozycji do tego tradycyjnego podejścia pozostaje pogląd, że zaoferowanie pacjentom opcji leczniczej nie wymagającej zachowania abstynencji może stanowić bardziej realistyczną i atrakcyjną propozycję leczenia dla wielu zainteresowanych. Może to skutkować większym odsetkiem osób utrzymujących się w terapii (Błaszczński, 1991, Ladouceur i inni 2009). Do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznych, których celem byłoby zbadanie wpływu, jaki ma wybór celów leczniczych na podjęcie i przebieg leczenia. Sprawy nie ułatwia brak operacyjnej definicji tego, co może być uważane za „moderation goal”, tym bardziej, że takie sformułowania jak „umiarkowane uprawianie hazardu”, „kontrolowane uprawianie hazardu” i „ograniczenie uprawiania hazardu” są używane zamiennie w badaniach i literaturze.

Metodologia przeglądu

Przegląd literatury ma charakter przeglądu narracyjnego, nie spełnia standardów przeglądu systematycznego. Jego celem jest zidentyfikowanie, ocena i syntezywanie dostępnych zasobów w celu stworzenia spójnego i kompleksowego obrazu badanego zagadnienia. Odróżnia się od systematycznego przeglądu literatury, tym że nie jest wykonywany według ściśle określonego, przyjętego przed rozpoczęciem pracy, protokołu badania.

Celem przeglądu było zidentyfikowanie istniejącej wiedzy i praktyki dotyczącej kontrolowanego grania jako celu leczenia. Poszukiwano odpowiedzi na pytania w jaki sposób wyznaczane są cele leczenia; jaka jest efektywność leczenia, którego celem jest kontrolowanie hazardu; jacy pacjenci mogą skorzystać z tego typu leczenia

(charakterystyka). Przeglądu dokonano posługując się bazą Medline. W fazie pierwszej wyszukano artykuły posługując się hasłem „controlled gambling”. Poszukiwania obejmowały okres 10 lat od 2012 do 2022 r. W ten sposób uzyskano 18 artykułów, z czego 7 zakwalifikowano do przeglądu.

Z wyszukiwania wyłączono wszystkie nierecenzowane formaty prac, wybierając do przeglądu tylko artykuły opublikowane w czasopismach naukowych i raporty. Włączono do niego oryginalne badania empiryczne, jak i artykuły przeglądowe. W procesie selekcji artykułów do przeglądu literatury, głównym kryterium włączenia była zgodność tematu artykułu z celami badania. Na wstępnym etapie analizowano treść każdego artykułu, który został wybrany z bazy EBSCO, czy jest ona zgodna z badanymi zagadnieniami. Artykuły, które odpowiadały celom badawczym i koncentrowały się na kluczowych aspektach tematu, były włączane do analizy. Natomiast te, które tematycznie wykraczały poza zakres zainteresowania, były odrzucane.

Dodatkowo, by uzyskać szerszy kontekst dla badanego problemu, przegląd postanowiono rozszerzyć przegląd dotyczący badań o systematyczny przegląd badań McMahon i innych (2019), w ramach którego zidentyfikowano 13 badań dotyczących efektywności ustalania limitów gry oraz 11 badań diagnozujących skuteczność techniki polegającej na samowykluczeniu z gry. Wprawdzie tematyka ta nie odpowiada bezpośrednio celom badania, jednak jest to temat pokrewny, gdyż w ramach ograniczania szkód, indywidualne osoby mogą podejmować decyzje o ograniczaniu grania poza systemem leczenia. Mają im w tym pomóc rozmaite rozwiązania wdrażane na poziomie polityk dotyczących hazardu.

Kolejnym tematem podjętym w przeglądzie, a nie wpisującym się bezpośrednio w tematykę badania, są indywidualne strategie graczy, które mają im pomóc w ograniczaniu grania i strat z niego wynikających. Indywidualne strategie graczy mogą zostać wykorzystane jako źródło inspiracji dla profesjonalistów i leczenia. W części przeglądu poświęconej tej tematyce przywołano 7 badań ze zidentyfikowanych 12. Przy poszukiwaniach posłużono się hasłami: „gambling”, „gambling disorders”, „self-control”, „self-help”.

Przegląd obejmował w sumie 15 artykułów, na podstawie których omówiono zagadnienia będące istotne z punktu widzenia tematyki poruszonej w badaniu.

Cel leczenia jakim jest kontrolowanie grania

Zaburzenia hazardowe obejmują zróżnicowane zachowania, które można scharakteryzować za pomocą szeregu wskaźników diagnozujących ich intensywność i głębokość. Stąd również cel jakim jest wyzdrowienie (recovery) musi być szacowany z uwzględnieniem wskaźników psychospołecznych, behawioralnych, i ekonomicznych (Nower i Blaszczyński, 2008).

W przeglądzie badań dokonanych przez Suurvali'ego i innych (2009), wśród wielu barier utrudniających podjęcie decyzji o leczeniu, znalazły się takie, które wynikają z dominacji abstynencyjnego modelu leczenia i braku oferty dla osób, które nie chcą zaprzestać całkowicie uprawiania hazardu. Są osoby, które doceniają emocjonalne i społeczne korzyści wynikające z uprawiania hazardu i nie chcą z niego zrezygnować. Na podobne aspekty zwróciły uwagę osoby z zaburzeniami hazardowymi w badaniu Evansa i Delfabbro (2005).

Ważne jest, że cele leczenia mogą się zmieniać wraz z jego trwaniem. Ladouceur i inni (2009) rekrutowali pacjentów do terapii kognitywno-behawioralnej ukierunkowanej na uczenie grania kontrolowanego. Stwierdzili, że 34% utrzymało początkowy cel leczenia, natomiast 39% zdecydowało się na utrzymywanie abstynencji.

Badania potwierdziły przydatność podejścia opartego na celach leczenia nie wymagających zachowania pełnej abstynencji i wykazały, że umiarkowane (kontrolowane) granie jest często wybieranym sposobem na poradzenie sobie z problemem hazardu zarówno wśród osób, które zrobiły to na własną rękę, jak i wśród tych, które dokonały tego przy pomocy leczenia (Dowling i inni 2009; Slutske i inni 2010; Weinstock i inni 2007).

Dostępne badania pokazują, że część pacjentów uzależnionych, jeśli ma taką możliwość wybiera cele inne niż abstynencja (Blaszczyński i inni 2005; Dowling, Smith 2007; Toneatto, Dragonetti, 2008). Jedną z najpowszechniejszych przyczyn, jak pokazało badanie australijskie (Dowling, Smith, 2007), wybierania alternatywnych celów leczenia było przekonanie, że utrzymanie abstynencji jest nierealistyczną i zbyt przytłaczającą wizją. Z kolei dominującą przyczyną wybierania abstynencji było przekonanie o niemożności kontrolowania hazardu. Co ciekawe częściej na abstynencję decydują się kobiety, w badaniu Dowling i Smitha (2007) na abstynencję zdecydowało się 2/3 uczestniczek programu.

Inne charakterystyki osób wybierających kontrolowane granie, to krótszy czas abstynencji poprzedzającej leczenie, brak przekonania o tym, że problematyczny hazard

to choroba, która wymaga dożywotniego utrzymywania abstynencji. Ladouceur (2005) dodaje do tego, że kontrolowane granie może być bardziej atrakcyjne dla osób, których problem jest mniej nasilony. Jednak badanie Dowling i Smitha (2007) nie potwierdza tego.

Jak wyznaczane są cele leczenia?

Rosecrance już w 1989 zwracał uwagę, że osoby, które wypracowały lub poznały strategię kontrolowania grania mogą służyć jako doradcy dla innych graczy i przekazywać im wiedzę na temat strategii grania i wydawania pieniędzy.

Nower i Blaszczyński (2008) podkreślili, że celu leczenia zaburzeń hazardowych nie można wyznaczać przez prostą paralelę do tego, jak jest to robione w leczeniu alkoholowym. W przypadku alkoholu wypicie nawet kieliszka alkoholu uznawane jest za złamanie abstynencji. W przypadku hazardu uczestniczenie w formach hazardu, takich jak loterie, czy „zdrapki” może nie być postrzegane w kategoriach łamania abstynencji. Stąd wyznaczanie celów leczenia również zw. z ograniczeniem grania musi uwzględniać specyfikę społeczną i kulturową zaburzeń hazardowych. Wyznaczanie celu leczenia zaburzeń hazardowych obejmuje limity finansowe, plany spłacania zadłużenia, limity czasu poświęcanego na grę (godzinowe i dniowe). Ważne również, by monitorując sytuację pacjenta zwrócić uwagę na zaburzenia współwystępujące oraz na zjawisko zastępowania jednego zaburzenia innym.

Istotną kwestią jest określenie adekwatnego celu finansowego leczenia (Robson i inni, 2002). Można to rozbić posługując się dostępnymi badaniami lub statystykami. Na podstawie statystyk mówiących, że Kanadyjczycy wydają na rekreację pomiędzy 4, a 7% swojego wynagrodzenia, określono cel na poziomie 5% wynagrodzenia, jednocześnie zalecając, by hazard nie stanowił jedynej rozrywki. Pacjenci zostali również zachęcani, by przedyskutować ten cel w rodzinie, tak by był on akceptowalny dla wszystkich. Innym problemem jest ustalenie limitów czasu. Uznano, że celem będzie nie granie więcej niż 6 godzin tygodniowo, wykorzystując dane z badania Dickersona i innych (1990) wskazujące, że średni czas gry, to 9 godzin tygodniowo. Zespół terapeutów zdecydował, że wprowadzono również ograniczenie polegające na graniu jedynie przez trzy dni w tygodniu.

Dowling i Smith (2007) w swoim programie określili abstynencję jako „nie granie w gry elektroniczne”, przyjmując że poszczególne rodzaje hazardu są jakościowo różne

(Dickerson, 1993). Określono również częstotliwość grania na nie więcej niż jedną sesję grania tygodniowo i czas grania na nie więcej niż 1 godzinę tygodniowo. Kwota przeznaczana na granie ustalana była we współpracy z pacjentami i wahała się w przedziale od 10 do 50 dolarów. Cele te wyznaczono w oparciu o dane charakteryzujące uprawianie hazardu w sposób problemowy, biorąc pod uwagę:

- granie w gry hazardowe w sposób ciągły,
- częstotliwość grania większa niż jedna sesja tygodniowo,
- sesje dłuższe niż godzinne,
- wydatki wyższe niż 50 dolarów tygodniowo.

Efektywność leczenia, którego celem jest ograniczanie grania

Niestety niewiele jest badań dotyczących skuteczności leczenia z wykorzystaniem metody kontrolowania uprawiania hazardu. Te nieliczne pokazują, że granie kontrolowane jest skuteczną metodą ograniczającą częstotliwość grania oraz ilość pieniędzy i czasu przeznaczanego na grę (Dowling i współ. 2009; Robson i inni, 2002). Sześć miesięcy po zakończeniu terapii ponad 70% osób z zaburzeniami hazardowymi potrafiło kontrolować granie, po roku - 50%, a po dwóch latach niecałe - 30% (Ladouceur 2005). Badanie Robson i innych (2002) pokazało, że w 12 miesięcy po zakończeniu badania 77% badanych utrzymywało, że osiągnęli sukces w kontrolowaniu grania. Programy tego rodzaju mają również wpływ na doświadczanie codziennych problemów związanych z graniem.

Jednak badanie Ladouceura i innych (2009) zakwestionowało hipotezę Andwartha i Dowlingsa (2006), że zaproponowanie celu leczenia polegającego na kontrolowanym graniu ogranicza odsetki osób kończących przedwcześnie leczenie. W omawianym badaniu pomimo tego, że wdrożono ograniczanie grania jako cel, to programu nie ukończyło 31% pacjentów. Z przeprowadzonego przeglądu literatury wynika, że odsetek osób nie kończących leczenia zawiera się w przedziale od 14 do 50% (Melville i inni, 2007).

Dla kogo cel polegający na ograniczaniu grania jest najbardziej adekwatny?

Osoby, którym udawało się kontrolować granie w porównaniu do tych, które nie były w stanie osiągnąć tego celu:

- miały niższe wyniki na skali depresji i lęku,

- wyższe wyniki na skali dotyczącej jakości życia,
- miały mniej prób samobójczych i wydawały mniej pieniędzy na granie.

Osoby, którym udało się ograniczyć granie miały mniej problemów w życiu rodzinnym z powodu grania, a także były w starszym wieku (Ladouceur i inni, 2009).

Strategie ograniczania szkód kierowane do indywidualnych graczy

Gracze mają możliwość ustalania indywidualnych limitów dot. ich gry (limit czasu, strat, pieniędzy). Systematyczny przegląd dokonany przez McMahon i innych (2019) pokazał, że 7 z 13 badań pokazało, że limity nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, bo gracze kontynuują grę pomimo uzyskania informacji o przekroczeniu limitów. Jednak 6 badań zaowocowało innymi doniesieniami: ustalono, że ustanawianie limitów przyczyniło się do ograniczenia w długości gry oraz innych aktywności związanych z hazardem.

Inną strategią kierowaną do indywidualnych graczy jest samowykluczenie. Z 11 badań, 5 pokazało, że w okresie samowykluczenia natężenie uprawiania hazardu spadło, jednak po powrocie do grania, pozytywne zmiany nie utrzymywały się. Pomędzy 26%, a 60% osób, które poddały się samowykluczeniu, złamały to ograniczenie. Badania zwróciły również uwagę, że zdrowie psychiczne osób, które poddały się samowykluczeniu, uległo poprawie, między innymi jeśli chodzi o zaburzenia lękowe i depresję oraz zmniejszyła się ilość doświadczanych problemów rodzinnych i w pracy.

Strategie samokontroli spontanicznie stosowane przez graczy

Niezależnie od rozwiązań instytucjonalnych, czy celów leczenia, gracze przyjmują rozmaite strategie, czy rozwiązania, które pozwalają im lepiej kontrolować swoje zachowanie i minimalizować szkody jakie ponoszą. Popularną strategią jest ustanawianie przez graczy limitów finansowych (Currie i inni, 2020; Wiebe i inni, 2005; Walker i inni, 2015; Auer i Griffiths, 2013). Badanie Rodda i innych (2019) pokazało, że gracze grający w gry elektroniczne przyjmują od jednej do kilku strategii, takich jak: ustalenie limitów finansowych przed rozpoczęciem gry, przynoszenie określonej kwoty w gotówce na grę i nie zabieranie kart kredytowych do miejsc, w których uprawiają hazard.

Inne zidentyfikowane strategie to szukanie czynności, które mogłyby zastąpić grę, np. ćwiczenia fizyczne, unikanie miejsc, w których można uprawiać hazard, limity finansowe, np. ograniczanie dostępu do gotówki, poszukiwanie wsparcia społecznego, np. prośba o

udzielenie wsparcia w dążeniu do celu, kontrolowanie popędu (opóźnianie grania) (Bagot i inni, 2020).

W badaniu ilościowym przeprowadzonym na populacji 577 graczy, którzy doświadczają szkód związanych z graniem ustalono kolejne strategie wdrażane przed rozpoczęciem gry lub już w trakcie jej trwania: przerwanie gry, która nie przynosi przyjemności; unikanie używania pieniędzy stanowiących domowy budżet; trzymanie się wyznaczonego limitu finansowego; angażowanie się w inne sposoby spędzania wolnego czasu; unikanie gry, gdy jest się przygnębionym; nie zaciąganie kredytów na grę; unikanie grania, by zarobić. Dodatkowo w innych badaniach respondenci wymienili ograniczanie picia alkoholu jako strategię pozwalającą na unikanie szkód związanych z hazardem (Currie i inni, 2020). Respondenci badania Flores Pajot i inni (2021) opowiedzieli o ciekawej strategii: po to by nie przedłużyć czasu przeznaczonego na grę umawiali ważne spotkania, czy rezerwowali miejsce w restauracji na określoną godzinę.

Zarówno indywidualne strategie stosowane przez graczy, jak i rozwiązania na poziomie polityk stwarzające możliwość indywidualnym osobom podejmowania decyzji o ograniczaniu grania poza systemem leczenia, jak również leczenie, którego celem jest ograniczenie grania są komplementarnymi działaniami pozwalającymi graczom, którzy nie są gotowi na utrzymywanie abstynencji na podejmowanie działań mających na celu poprawę jakości życia i ograniczanie szkód wynikających z grania w gry hazardowe.

Warto podkreślać synergę, która wynika z zastosowania różnych rozwiązań. Istotne jest, by profesjonaliści mieli świadomość wszystkich tych rozwiązań, po to by pokazywać pacjentom szereg możliwości jakie mają. Wydaje się dobrym rozwiązaniem, by lecznictwo odwoływało się do indywidualnych strategii wypracowanych przez graczy, bo to poszerza wachlarz dostępnych dla ich pacjentów strategii. Dyskusyjne jest, czy cel leczenia polegający na kontrolowaniu grania powinien być taki sam dla wszystkich pacjentów, czy raczej ustalany indywidualnie.

Trzeba podkreślić, że dzięki zastosowanym rozwiązaniom poprawia się nie tylko sytuacja rodzinna, zawodowa i finansowa graczy, ale również ich zdrowie psychiczne. Korzyści dotyczące kontrolowanego grania nie mogą więc być rozpatrywane tylko w kategoriach grania, ale również w kontekście jakości życia graczy.

Kontrolowane granie może być celem samym w sobie, ale co istotne, dla wielu jest jedynie wstępem do utrzymywania abstynencji. Jak pokazało badanie cel taki dla niektórych wydaje się bardziej realistycznym, możliwym do osiągnięcia.

3. Metodologia badania

Badanie miało charakter jakościowy. Dla paradygmatu jakościowego charakterystyczna jest możliwość szerokiej eksploracji tematu badawczego, to jest zrozumienie przyczyn badanego zjawiska, poznanie sytuacji społecznej i znaczeń jakimi posługują się aktorzy społeczni. Perspektywa jakościowa pozwala również na poznanie szerszego kontekstu kulturowego zjawisk społecznych (Wilson 1998). Podejście jakościowe jest stosowane także w badaniu zagadnień z obszaru zdrowia publicznego (Ulin et al. 2005). Celem badania jakościowego nie jest uchwycenie danego problemu w sposób reprezentatywny, „typowy” i „ilościowy”, lecz odkrycie różnorodności motywów, opinii, zachowań i zdarzeń mających wpływ na badane zjawisko – w tym przypadku poznanie postaw specjalistów psychoterapii uzależnień oraz osób z zaburzeniami hazardowymi na wprowadzenie podejścia kontrolowanego uprawiania hazardu do leczenia uzależnień. Badanie jakościowe nie musi spełniać wymogu reprezentatywności; chodzi tu o uchwycenie różnorodności wypowiedzi i osiągnięcie pożądanego stopnia nasycenia badanych zagadnień. Przyjęcie paradygmatu jakościowego w badaniu problematyki związanej z hazardem daje szerokie spektrum możliwości zrozumienia zjawiska, które nie zawsze poddaje się mierzeniu technikami ilościowymi (Rhodes 2000).

Dane uwzględnione w badaniu zostały zebrane z wykorzystaniem dwóch rodzajów technik badawczych. Jedną z nich były Zogniskowane Wywiady Grupowe (ZWG, N=2), a drugą semi-strukturyzowane wywiady indywidualne (N=40).

3.1. Próba badawcza

Zogniskowane Wywiady Grupowe prowadzone były wśród specjalistów psychoterapii uzależnień. Przeprowadzono dwa ZWG; Pierwszy (N=7) zrealizowano na początku realizacji projektu, przed prowadzeniem wywiadów indywidualnych. Celem było przygotowanie dyspozycji do wywiadów, które pozwoliłyby na zebranie danych, odpowiadających celom badania. Drugi ZWG (N=7) został przeprowadzony już po analizie materiału uzyskanego podczas wywiadów indywidualnych i sformułowaniu pierwszej wersji rekomendacji dla programu kontrolowanego grania. Jego celem było omówienie rekomendacji z ekspertami, aby jak najlepiej dostosować je do grupy odbiorców.

Wywiady indywidualne prowadzone były w dwóch grupach respondentów – specjalistami psychoterapii uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi. Pozwoliło to na dywersyfikację materiału badawczego oraz przyjrzenie się problemowi z różnych perspektyw. W sumie zrealizowano 40 wywiadów wśród:

- specjalistów psychoterapii uzależnień (N=20),
- osób z zaburzeniami hazardowymi. (N=20).

3.2. Dobór uczestników

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

Badania były prowadzone w całej Polsce, co pozwoliło na zróżnicowanie opinii i doświadczeń specjalistów. Respondentami były kobiety i mężczyźni, powyżej 18 roku życia.

Profesjonaliści byli rekrutowani w placówkach zatrudnienia - w szpitalach psychiatrycznych i poradniach zdrowia psychicznego, jak również w placówkach specjalistycznych zajmujących się leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi.

Pacjenci byli rekrutowani w placówkach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, z wykorzystaniem metody kuli śniegowej.

Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celach i zakresie badań, ich wadze oraz przydatności w pracy terapeutycznej.

3.3. Narzędzia badawcze

3.3.1. Zogniskowane Wywiady Grupowe

Podczas pierwszego ZWG zapytano ekspertów o ocenę możliwości wprowadzenia kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej, doświadczenia w pracy z klientem gdzie celem miałyby być ograniczanie grania, sposoby ustalania celów w tym podejściu, kryteria włączenia do programu dla osób z zaburzeniami hazardowymi, strategie wypracowywania limitów finansowych i czasowych oraz o przeszkody i zagrożenia

wynikające z wprowadzenia programu. Scenariusz pierwszego spotkania z ekspertami stanowi załącznik numer 1 do raportu.

Drugi ZWG został poświęcony omówieniu rekomendacji dla programu kontrolowanego grania, które opracowano na podstawie wywiadów indywidualnych.

3.3.2. Wywiady indywidualne

Kwestie poruszane w trakcie wywiadów indywidualnych odnosiły się do definiowania uprawiania hazardu w sposób kontrolowany, rozumienia tego pojęcia, postrzegania kontrolowanego uprawiania hazardu jako celu leczenia – kryteriów włączenia i wyłączenia osób z zaburzeniami hazardowymi do i z programu, strategii ustalania celów terapeutycznych takich jak limity finansowe i czasowe, doświadczenia graczy w samoograniczaniu się oraz możliwości wprowadzenia strategii kontrolowanego uprawiania hazardu jako oferty terapeutycznej.

Na koniec wywiadu zebrano podstawowe dane socjodemograficzne – płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz w przypadku profesjonalistów liczba lat pracy w zawodzie. Scenariusz do wywiadów indywidualnych stanowi załącznik numer 2 do raportu.

4. Wyniki

4.1. Definiowanie kontrolowanego uprawiania hazardu przez specjalistów psychoterapii uzależnień i osoby z zaburzeniami hazardowymi

Część specjalistów i osób z zaburzeniami hazardowymi nie wierzy w koncepcję kontrolowanego uprawiania hazardu przez osoby, które już raz utraciły kontrolę nad swoją grą. Kontrola jest możliwa tylko do momentu, kiedy granie hazardowe stanowi rodzaj rozrywki, którą w każdym momencie można przerwać, nie zdradza cech uzależnienia. Osoby, które trafiają do leczenia utraciły zdolność do kontroli i nie jest możliwe jej odzyskanie.

STU: Jako osoba, która posiada dosyć długi, że tak powiem, staż w pracy psychologa, uważam, że kontrolowanego hazardu nie ma tak samo jak kontrolowanego picia. Przynajmniej ja do tej pory, pracując z osobami uzależnionymi, nie miałam takiego przypadku, żeby osoba, która jest uzależniona i spełnia kryteria według ICD, mogła

monitorować swoje picie, czyli pić... Tu wykluczam po prostu jakieś tam farmakologiczne oddziaływania, ale raczej uważam, że nie jest to możliwe, tak jak w przypadku innych nałogów. Rzeczywiście dobra diagnoza musi być postawiona, że ta osoba jest uzależniona, bo czasami są osoby nieuzależnione, gdzie profesjonaliści twierdzą, szczególnie psychiatrzy, wpisują im uzależnienie, a tak naprawdę osoby jeszcze nie wyczerpują tych wszystkich kryteriów. (AL24082023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Hazardzista każdy próbuje kontrolować grę, ale jeśli ktoś to kontroluje to nie jest hazardzistą. No znam osoby, które kontrolują granie. Tak, znam.

A na czym to ich kontrolowanie polega?

Potrafią wziąć 50 złotych, ale to już teraz kolega jeden mniej gra, bardziej na zdrapki, ale w kasynie potrafił wziąć 50, 100 złotych, przegrać jednego dnia i wyjść, po prostu wyjść. I następnego dnia albo za kilka dni później dalej sobie grał za te 50, 100 złotych. Siadał, przegrywał, bawił się. To była dla niego rozrywka. (BS13062023GD)

Respondenci próbując zdefiniować, czym jest kontrolowane granie, kładą nacisk na różne aspekty. Czasem rozumieją kontrolowane granie jako po prostu utrzymywanie założonych limitów czasowych i finansowych:

STU: Rozumiem, że ustalasz sobie jakieś limity, albo limity finansowe, tak o tym myślę, czyli że gram sobie i przeznaczam jakąś kwotę pieniędzy, że na przykład gram do... właściwie nie wiem jaki miałyby być ten limit, bo w zależności od portfela tego pacjenta, natomiast... Albo gram raz w tygodniu albo raz w miesiącu albo raz w roku. (EG23062023PROF)

Jeden z respondentów nazwał to „bezpiecznym graniem”. Jest to granie, które zakłada przerwanie aktywności w momencie przekroczenia ustalonych przez siebie granic.

STU: Ktoś po prostu no nieświadomie kontroluje to granie, to znaczy, że gra, ale to jest takie granie w bezpieczny sposób i się gdzieś tam nad tym nie skupia, bo to jest po prostu bezpieczne i tak gdzieś tam rozumiem kontrolę, albo to jest też tak, że ktoś dotrzymuje postanowień danych samemu sobie, nie, to znaczy, że gra, przegra, nie wiem, za jakąś tam kwotę i się po prostu gdzieś też się tego trzyma. (JM27062023PROF)

Również osoby z zaburzeniami hazardowymi kładą nacisk na ten aspekt:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Kontrolowane uprawianie hazardu, czyli dla mnie to jest gra kontrolowana, że gram i wiem, kiedy chcę skończyć i kończę wtedy, kiedy sobie zaplanowałam, założmy, że zagram tylko za sto złotych czy będę grać do tej i do tej godziny...Także no kontrolowane granie, no to jak potrafię się zatrzymać w danym momencie, kiedy sobie zakładam. Też mi się udało kilka razy, ale to był przypadek, po też wielu latach grania tak naprawdę pierwszy raz. (MK04072023GD)*

Ważnym elementem definicji kontrolowanego grania jest ograniczenie, bądź wyeliminowanie strat, które hazard przynosi. Hazard w tym ujęciu może być rozrywką podobną do innych, nie dominuje nad innymi sferami życia.

STU: *Znaczy ja rozumiem pojęcie kontrolowania grania, no w taki sposób, że, no nie następuje coś takiego jak, nie wiem, wydłużenie gdzieś tam czasu tego grania, albo granie za wyższe stawki, nie, że te granie jest gdzieś tam, nie wiem, ograniczone w czasie, służy jakby też takim celem bardziej powiedzmy rekreacyjnym, przyjemnościowym. (JM27062023PROF)*

STU: *Nie przekraczam miejsc, czasu grania, limitów, właśnie tych środków finansowych, które na to przeznaczam. Idąc dalej, bo mogę to rozwinąć, w zasadzie mówiąc o tym kontrolowanym graniu, mogę też powiedzieć, że to kontrolowane granie jest też związane z tym, że ono nie wpływa bezpośrednio na moje życie, w różnych sferach, czy to społecznych, czy rodzinnych, po prostu ja to w pełni kontroluję, jest to jeden z elementów mojej, że tak powiem rozrywki, element mojego życia codziennego ale nie dominuje jakby nad innymi sferami mojego życia. (EG22062023PROF)*

Niektórzy uważają, że kontrolowane granie, czy używanie substancji psychoaktywnych mieści się w nurcie ograniczania szkód i tak powinno być rozumiane, czy definiowane:

STU: *Kontrolowane uprawianie hazardu, kontrolowane picie, kontrolowane branie narkotyków. No to jest takie chyba marzenie każdego uzależnionego, że jest to jakby... Natomiast bardziej mi się to kojarzy chyba tak książkowo z redukcją szkód i temu to miałyby służyć. (EG23062023PROF)*

Profesjoniści definiując kontrolowane granie podkreślają, że jest to podejście mniej stygmatyzujące pacjenta, gdyż uwypuklony jest w nim wątek odpowiedzialności, kontroli i samostanowienia:

STU: *No myślę, że mogłoby i myślę, że sami pacjenci to chyba byliby zainteresowani, no bo jednak jest to taka oferta no nieskreślająca, niedyskryminująca zupełnie jakby, czyli nie jest to opowieść o odrzuceniu, tylko że jakby jest szansa i możemy spróbować jakoś to ograniczać. No plus kontrola. Więc jakby takie dawanie dużej samodzielności i władzy, że możesz, potrafisz to kontrolować, co jest, myślę, samym w sobie już czynnikiem leczącym. No i myślę, że dla osób wspierających również, że to byłoby bardzo cenne narzędzie.*
(AL04092023PROF)

Niektórzy kładą nacisk na element odzyskiwania kontroli nad zachowaniem, które potocznie mówiąc, „wymknęło się spod kontroli”, mówią również o uprawianiu hazardu „z głową”.

STU: *Osoba jest w stanie angażować się w jakieś zachowanie, ale na swoich zasadach... myślę sobie, że to jest właśnie takie korzystanie z głową z tego.* (BS31052023PROF)

4.2. Doświadczenia osób z zaburzeniami hazardowymi związane z samoograniczeniem grania

Zarówno w opinii osób z zaburzeniami hazardowymi, jak i profesjonalistów próby ograniczania grania są dość powszechne, często jednak kończą się porażką.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Sami sobie stawiają ograniczenia, ale to później im dalej w las, tym to jakby zanika i już generalnie tych ograniczeń nie ma.* (EG24072023GD)

STU: *No jakbym zakładają limity na karcie, że w ciągu dnia nie mogę wybrać pieniędzy z karty więcej niż, to czekają do dwudziestej czwartej po dwudziestej czwartej jeden już mogę wybrać, nie...Jak zostawię sobie gotówkę w domu, żeby nie mieć przy sobie, to pojedę do domu taksówką, żeby tą gotówkę wziąć z powrotem, żeby mieć na grę. No już takie jak na przykład w jedną kieszeń wkładam tyle i to jest na grę, a w drugą kieszeń na życie po wypłacie, no to wychodzą najczęściej bez gotówki w jednej i w drugiej kieszeni.*
(MK04072023PROF)

Terapeuci podkreślają, że niektóre próby samoograniczenia są skazane na porażkę, bo są one nieracjonalne, podejmowane bez wcześniejszej refleksji na temat, co jest możliwe do osiągnięcia:

STU: *Myślę, że robią to bardzo tak impulsywnie, z takim ogromnym pragnieniem zaprzestania, więc często są to takie limity pewnie nie do zrealizowania ponad możliwości i potem dlatego jest też, myślę, tak trudno jakby przestać. Czyli na przykład mówią sobie: Dobra, od jutra już nigdy więcej, tak? i wtedy, jak to nigdy więcej się jednak nie udaje, czyli pojawia się znowu to takie działanie, no to jest taka trochę opowieść: No to nie udało mi się, więc w ogóle jakby dalej już nie próbuję. (AL04092023PROF)*

Jednak pojawiały się również przykłady udanych prób samoograniczeń. Dotyczyły one grania w ramach wyznaczonych stawek.

STU: *No ten pan, o którym myślę, no to tak jak powiedziałam, że on miał żelazny limit na tym koncie 1000 złotych miesięcznie i go w żaden sposób nie przekraczał. Można powiedzieć, że tutaj jakoś się trzymał na tym polu. (BS12062023PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Przy moim hazardzie, bo jestem uzależniony od giełdy i od rynku Forex, wystarczy praktycznie sto złotych i ja mogę grać. Ale też grałem i kontrolowanie grałem, ponieważ miałem dwa okresy takie, że zagrałem, przegrałem i nie wkładałem następnych pieniędzy po to, żeby przegrać, co robiłem przez lat dwadzieścia. Także ja mogę autorytatywnie stwierdzić, że coś takiego jest możliwe, pomimo że to co ja mówię łamię wszelkie te wieloletnie przekonania moich terapeutów. (MM140720231GD)*

Bywa, że próby podejmowane są pod wpływem czynników zewnętrznych, kiedy już osoba grająca dozna jakichś poważniejszych strat lub/i pojawiają się naciski bliskich.

STU: ***Czyli z takiej pani praktyki, na przykład jak już trafiają na terapię, czy oni mają za sobą jakieś takie próby samodzielnego ograniczania na przykład siebie?***
Tak, są takie osoby, ale to bardziej też czynniki zewnętrzne, czyli rodzina, czyli właśnie praca. Nie to że oni tak z własnej woli to próbują, bo widzą, mają taki wgląd duży w siebie, tylko bardziej taka motywacja zewnętrzna ich do tego zmusza. Brak pieniędzy. (AL24082023PROF)

Jeden z profesjonalistów zauważył, że przed podjęciem decyzji o terapii pacjenci próbując samodzielnie radzić sobie z problemem ograniczają granie i stanowi to potem przedmiot terapii:

STU: Często to się dzieje w ogóle przed tym, jak pacjent trafia do terapii. I pacjent już przychodząc do terapii mówi, czego próbował i dlaczego nie wyszło. I to też jest taki etap pracy, kiedy analizujemy to z pacjentem, szczególnie wtedy, kiedy pacjent miałby przystąpić czy podjąć się takiej próby kontrolowanego grania. Więc to jest omawiane po prostu. (MM060720231PROF)

Głównie próby samoograniczania związane są z nakładaniem na grę limitów czasowych i finansowych. Limity finansowe mogą dotyczyć zarówno konkretnych kwot, jak i postanowienia, że priorytetowe jest zabezpieczenie potrzeb życiowych, a dopiero nadwyżki przeznaczane są na grę.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Próbowałem limitów finansowych, ale limity finansowo ja bardzo szybko obchodziłem, jeżeli byłem po prostu w momencie nawrotu i to mocnego nawrotu potrafiłem zadzwonić do banku i zmienić sobie limity. (PT140720231GD)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Podstawowa rzecz, której nie mogłem ruszać, nigdy w życiu nie ruszałem pieniędzy przeznaczonych na moje utrzymanie, czyli nigdy w życiu nie grałem pieniędzmi na mieszkanie, na jedzenie, bo to jest podstawowa rzecz. Nigdy tego nie ruszałem. Ja przepieprzyłem, przepieprzyłem potężne pieniądze, ale było mnie stać na dom i mieszkanie. To jest limit, mój limit. (MM140720231GD)

Limity czasowe dotyczą limitu godzin przeznaczanych na granie, ale mogą również obejmować konkretne dni, czy okresy tygodnia, kiedy się gra:

STU: Ograniczają się do grania tylko w weekend, na przykład zakładają sobie, że w tygodniu nie będą grał, tylko weekendowo będą grał. Ograniczają sobie czas, na przykład, nie wiem, pogram dwie godziny, czy o dwudziestej drugiej wychodzę i idę do domu. (MK04072023PROF)

Jeden z respondentów zwraca na to, że podczas gry on-line istnieje możliwość założenia limitów zarówno na czas gry, jak i na kwoty, które są przeznaczane na grę:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: No mi się wydaje, że czasami tak robią, bo na przykład grając przez Internet, na kontach tych internetowych, można sobie ograniczyć liczbę czasu spędzanego, to można bardzo zaawansowanie te ograniczyć, i do dniowego

ograniczenia, i do tygodniowego, i do miesięcznego, i ze stawkami tak samo można podejść, że można to ograniczać. Ja niestety, jak już popadłem mocno, z tego nie korzystałem. (EG23052023GD)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie tylko ograniczają czas przeznaczony na grę, ale również zwracają uwagę, by grać w czasie nie przeznaczonym na obowiązki, czy inne aktywności:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Na początku tych prób starałem się, żeby to odbywało się... żeby nie przeszkadzało w innych czynnościach. Bo bardzo często jak grałem codziennie, jak byłem aktywnym graczem, to robiłem to podczas wielu czynności podczas dnia. Już nie skupiałem się na tych czynnościach innych, tylko właśnie cały czas próbowałem grać na telefonie. No i to takie były próby, żeby nie przeszkadzały mi one w tych czynnościach, spokojnie jak sobie usiądę, będę miał chwilę, to wtedy. (JM220620232GD)*

Próby samoograniczenia mogą obejmować również unikanie miejsc, w których można uprawiać hazard jak i osób, z którymi się gra. Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują również ograniczać szkody zmieniając rodzaj gry, na taki, który w ich rozumieniu jest mniej szkodliwy.

STU: *Więc myślę sobie, że dużo jest takich prób podejmowanych właśnie poprzez unikanie miejsc, unikanie osób, z którymi się gra, no albo te limity wprowadzane i też obiecywanie sobie, że tylko jakąś część gotówki na to poświęcę czy jakiś wkład finansowy... (BS31052023PROF)*

STU: *Czasem gdzieś też formą chyba też takiego sprawowania kontroli nad graniem jest zmiana też jakby gry, w sensie takim na przykład, że robić zakłady bukmacherskie przestał, a potem się przerzucił na giełdę na przykład i też się to skończyło utratą kontroli. (JM27062023PROF)*

4.3. Gotowość profesjonalistów i osób z zaburzeniami hazardowymi do przyjęcia kontrolowania grania jako celu leczenia

Zdecydowana większość respondentów uważa, że kontrolowanie grania w przypadku osób, które już trafiają do leczenia jest niemożliwe. Jeden z terapeutów zauważył, że

pacjenci zbyt późno trafiają do leczenia i ich straty są już bardzo poważne, stąd w ich przypadku kontrolowane uprawianie hazardu się nie sprawdza.

STU: *Ale też w swoim doświadczeniu nie spotkałam pacjentów, którzy chcieliby w ten sposób korzystać z grania, dlatego że zgłaszały się do mnie osoby, które miały bardzo duże konsekwencje z powodu grania i na takim późnym etapie orientowały się, że ten problem już jest bardzo głęboki i trudny do pokonania tak poprzez ograniczanie.*
(BS31052023PROF)

Jednak pojawiły się również inne głosy, które wskazywały na możliwość kontrolowanego uprawiania hazardu:

STU: *W zasobach naszych pacjentów, w fazach uzależnienia, różnych z jakimi się do nas zgłaszają, nie możemy wykluczyć tego, że ten powrót do kontrolowanego uprawiania hazardu jest możliwy, a przy uzależnieniach behawioralnych często się zdarza, że pacjenci potrafią, no po prostu powrócić do pewnej kontroli swoich zachowań.*
(EG22062023PROF)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi podkreślają, że uzależnienie wiąże się z konkretnymi mechanizmami, które uniemożliwiałyby jakąkolwiek kontrolę gry:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: ***A czy taka terapia właśnie, która by pozwalała na kontrolowane granie, czyli na przykład, że określa się właśnie limit finansowy jakiś, limit czasowy, czy takie coś mogłoby być celem terapii według pana?***
Myślę, że nie. Ograniczyć swoje uzależnienie to albo się dalej jest w uzależnieniu albo się walczy z tym uzależnieniem.
Czyli kierunek całkowita abstynencja?
Tak. No nie wyobrażam sobie teraz... Znaczą jakbym spróbował, bo ponad rok no nie próbowałem, nic nie robiłem w kierunku mojego uzależnienia, ale myślę, że te emocje, ta chęć do tej gry, dostarczania tego wszystkiego by nie pozwoliła na żadne kontrolowanie.
(JM220620233GD)

Obawiają się, że nawet jeśli na początku byłoby w stanie kontrolować swoje granie, to jednak po pewnym czasie wróciliby do poprzedniego wzoru grania. Mają obawy dotyczące skuteczności i trwałości rezultatów wynikających z przyjęcia celu leczenia polegającego na ograniczaniu grania.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Prędzej czy później, no kilka razy może udać się skontrolować, ale to jest na bardzo krótki czas, prędzej czy później i tak, i tak nie będziemy tego kontrolować i tylko o tym się przekonamy, dzięki czemu właśnie może te osoby podejmą właśnie leczenie no takie normalne, że tak powiem, bez tego kontrolowania i się o tym przekonają, że nic innego nie da im jakby uzdrowienia tutaj.* MK04072023GD

Profesjoniści podkreślają jak ważne jest postawienie rzetelnej diagnozy, która pokaże na jakim etapie rozwoju problemu jest pacjent i czy jego problem nie jest zbyt nasilony, by próbować ograniczać granie. W przypadku osób jeszcze nieuzależnionych lub osób, których problem nie jest bardzo zaawansowany celem leczenia mogłoby być kontrolowane granie:

STU: *Wszystko zależy od diagnozy tak naprawdę. Czyli najpierw należałoby tą osobę, która chce terapii, zdiagnozować, zobaczyć gdzieś tam, jaką głębokość ma ten patologiczny hazard, na ile ta kontrola w ogóle jest w jakikolwiek sposób możliwa. Przypuszczam, że w przypadku, no ale to znowu jeśli ktoś byłby na granicy na przykład, albo gdyby to jego granie było takie założmy bardziej szkodliwe, no to myślę sobie, że to mógłby być cel terapii, nie.* (JM27062023PROF)

Większość profesjonalistów dopuszcza możliwość, by pacjent spróbował kontrolowanego grania i niektórzy traktują to jako etap przejściowy w dążeniu do abstynencji.

STU: *Myślę, że mógłby być jeżeli ktoś by chciał, by był nastawiony na to, że chce spróbować kontrolować i później się przekonuje, że to jest jednak złudne, więc może to być etap przejściowy, jak najbardziej, jeżeli ktoś nie jest zdecydowany na pewno abstynencję, to mógłby to być etap przejściowy.* (MK04072023PROF)

Jeden z profesjonalistów zwraca uwagę, że jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które nie mają gotowości do utrzymywania abstynencji, by dać im możliwość ograniczania grania, po to by w ogóle trafili do leczenia:

STU: *Myślę sobie, że mógłby być jako taki cel pierwszy. Znaczy jeśli ktoś by się zgłosił i nie miał takiej całkowitej potrzeby tego, żeby... czy jakby też nie wyobrażał sobie, że ta całkowita wstrzeźliwość jest możliwa, to pierwszym etapem być może mogłoby być*

sprawdzenie czy ograniczenie tych czynności związanych z uprawianiem hazardu wprowadzi jakieś korzyści w jej życiu i nie będzie powodowało dalszej destrukcji.
(BS31052023PROF)

Istotne mogą być wszelkie korzystne zmiany w zachowaniu, gdyż nie każdy z pacjentów jest w stanie osiągnąć abstynencję, a w niektórych przypadkach utrzymanie pacjenta w leczeniu jest już sukcesem terapeutycznym. Ponadto nawet niewielkie zmiany zachowania mogą prowadzić do korzystnych zmian, np. w sferze regulacji emocji.

STU: Więc często zostają i na przykład czasami, naprawdę bardzo drobnymi kroczkami, minimalizują jakieś swoje zachowania, ale na tyle widocznie z satysfakcją, czy z poczuciem sensu, że w tej terapii zostają. Chociaż są to rzeczywiście długie procesy i często takie bardzo, no te zmiany następują dość powoli...Dla nich [pacjentów] zmiana w konkretnym, jakby zachowaniu, typu ograniczenie czegoś, pociąga zmianę innych rzeczy, no chociażby w samoregulacji emocji, które pozwalają później na to, żeby ktoś częściej jakoś był się w stanie powstrzymać przed, nie wiem, zachowaniem czy zażyciem substancji, więc tak. (MK28062023PROF)

Profesjonaliści nawet jeśli nie mają przekonania, że kontrolowane granie może przynieść pozytywne rezultaty, to zwykle zachowują otwartość, by przynajmniej spróbować, czy to może działać.

STU: Myślę, że tak, no ale to jest wynika też z tego, że dzisiaj trochę gadam teoretycznie [śmiech]. To co mi się wydaje, czyli też z moich przekonań, a ja wolałabym to sprawdzić, nie. Więc ja myślę sobie, że jak najbardziej ofertę bym wprowadziła tutaj do poradni. Bardziej też myślę sobie, że no na początek pewnie byłaby to oferta w kontakcie indywidualnym, bo pewnie pacjenta, który próbuje ograniczać, na grupę taką stricte, gdzie pracują na abstynencję bym pacjenta nie włączyła, ale w kontakcie indywidualnym jak najbardziej mogłabym pracę podjąć, właśnie chociażby z ciekawości czy moje przekonania się pokrywają, czy też nie, bo zawsze mogę zmienić zdanie w tym kierunku i jeżeli będę miała doświadczenie, nie, a dzisiaj to trochę teoretycznie mówię.
(MK04072023PROF)

Jednak sami profesjonaliści wskazują na swój brak wiedzy i doświadczenia w prowadzeniu terapii, której celem byłoby ograniczanie grania, więc trudno oczekiwać, że wyjdą z taką propozycją do pacjenta:

STU: Byśmy musieli mieć mocne przeszkolenie, bo ja na przykład w ogóle w tym temacie nie jestem ekspertem, więc nie chciałabym się jakoś angażować w jakieś liczenie z pacjentem tych kwot. (BS12062023PROF)

Z kolei osoby z zaburzeniami hazardowymi często nie mają nawet świadomości, że istnieje taki rodzaj oferty leczniczej i nie wiedzą dokładnie na czym to podejście polega. Opierają się na wiedzy terapeuty i rzadko samodzielnie diagnozują różne opcje leczenia.

STU3: Moim zdaniem zainteresowanie jest, jeżeli są kampanie edukacyjne i ludzie w ogóle wiedzą że coś takiego istnieje, większość ludzi zdecydowanie pomimo dostępu do Internetu nie sprawdza, nie googla i idzie do specjalisty trochę w cudzysłowiu powiem do autorytetu, licząc na to, że to specjalista bardziej na poziomie, nie wiem, wstępnej diagnozy zapozna pacjenta z możliwościami leczenia, tak, i różnymi formami, i nie wiem podejściami, czy programami. Ludzie tego nie robią, jakby myślę, że na palcach można policzyć pacjentów, którzy wysoko funkcjonując rzeczywiście zrobią sobie taką analizę z jakiego podejścia psychoterapii chcą korzystać, z jakiego programu, jak chcą być leżeni. Raczej jakby opierają się tutaj na, no kwestii właśnie autorytetu specjalisty. (ZWG29032023)

4.4. Potencjalna grupa odbiorców programu kontrolowanego grania

Respondenci zapytani, w przypadku jakiej kategorii pacjentów leczenie, którego celem jest ograniczanie grania mogłoby przynosić pozytywne rezultaty, zwrócili uwagę, że osoby młode mogłyby same przekonać się, czy ta forma leczenia jest dla nich odpowiednia i w razie niepowodzeń, zmienić cel na abstynencję.

STU: Może dla młodych czasami. Byłaby to jakaś taka forma przejściowa, żeby ewentualnie zobaczyli jak to działa i może się później ewentualnie chcieliby na całkowitą abstynencję wypracować. (MM01082023PROF)

Zarówno osoby z zaburzeniami hazardowymi, jak i profesjonaliści uważają, że osoby na początkowym etapie uzależnienia, takie, których problemy nie są jeszcze bardzo nasilone mogą spróbować ograniczenia grania:

STU: *Przychodzą mi na myśl takie osoby, które nie utraciły jeszcze całkiem kontroli nad tym graniem, także myślę sobie o osobach które, być może podnoszą już jakieś szkody związane właśnie z uprawianiem hazardu, czyli widzą jakieś początki zadłużania się, tak, czy czerpania właśnie z pieniędzy, takich na podstawowe potrzeby rodziny po to żeby właśnie ten hazard poprawiać, wtedy kiedy zaczynają jakby zauważać też to, że jakby to granie, czy uprawianie tego hazardu zajmuje im coraz więcej czasu. (EG27062023PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Jakby ktoś był, że tak powiem na początku tego uzależnienia bądź pośrodku, tak się zastanawiam nad tym, że wtedy może można by było to przyhamować jakby, żeby nie doszedł do tego etapu, gdzie wszystko się kręci wokół grania. (MK04072023GD)*

Ważne, by osoby, które podejmują próby kontrolowanego picia miały do tego zasoby. Pacjenci, którzy mogliby spróbować kontrolować swoje granie, to osoby bez zadłużenia, w stabilnej sytuacji życiowej, zmotywowane.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Wydaje mi się, że jeśli te osoby miałyby bardzo mocną wolę i nie miałyby problemów finansowych ani byłyby podatne na jakiś wysoki stres negatywny czy pozytywny, bo podczas grania taki się pojawia, to być może tak. (JM220620232GD)*

STU5: *Ja myślę że motywacja jest punktem wyjścia, bo te programy wymagają dużej pracy nad sobą, w aspekcie jakby wykształcenia określonych nawyków, tak, więc motywacja jest punktem wyjścia. Pacjent, który nie jest pewien, nie jest gotowy, sam ma wahania, sam ma obawy, lęki z tym związane, myślę, że będzie słabo funkcjonował w takim programie. (ZWG29032023)*

Przywoływany jest koncept osób wysoko funkcjonujących jako odpowiednich adresatów tego rodzaju oferty. Podnoszony jest aspekt stabilnej sytuacji rodzinnej, społecznej i finansowej, a także zasoby intelektualne.

STU5: *Osoby wysoko funkcjonujące, u których często uzależnienie się pojawia późno, po trzydziestce, po czterdziestce, które zdążą rozwinąć karierę zawodową, mają życie*

rodzinne, mają własne zasoby, też są intelektualne, więc dużo lepiej się wyrabiają i docelowo, w tych programach właśnie redukcji picia, tak, może być podobnie, tak sobie wyobrażam, że w pewnym momencie może się tak zadziać, że osoby, które z racji gdzieś, nie wiem, nawet z racji zawodu grają na giełdzie, tak, można, nie można, to jest zawsze do dyskusji podciągnąć troszkę, pod element hazardowy, czy forex, czy parę jeszcze innych, tak? To one myślę, że bardzo ochoczo z takich programów by skorzystały, ale też mają inne zasoby, inną wiedzę, żeby się wyrabiać w pewnych normach, ramach, w ramach już takich terapeutycznych procedur, zadań, ćwiczeń, niż osoby grające. (ZWG29032023)

Zwrócono uwagę na wsparcie społeczne jako istotny element, który zwiększa szanse pacjenta na to, że skorzysta z celu leczenia polegającego na ograniczeniu grania.

STU6: *System wsparcia społecznego, jeżeli osoba ma jakieś wsparcie w rodzinie, w przyjaciółach jakby nie izoluje się społecznie, dosyć dobrze funkcjonuje zawodowo i społecznie, ma też trochę większe szanse, żeby się w tym utrzymać. (ZWG29032023)*

Również osoby słabo zmotywowane do leczenia, podejmujące leczenie pod wpływem bliskich, nie przekonane do abstynencji mogłyby, w opinii badanych, na początku ograniczać swoje granie.

STU: *Osobom niezdecydowanym, motywowanym przez rodziców albo małżonka, no kogoś z rodziny bliskiego, jeśli jest ktoś po prostu niezdecydowany żeby zrezygnować. Dla osoby uzależnionej, która nie jest zdecydowana, ma poczucie, że nie jest z nią tak źle, że rodzina przesadza, o! w takim sensie, to dla osoby uzależnionej, która nie ma motywacji takiej wewnętrznej, do zmiany tego zachowania, znaczy zrezygnowania z grania. Każdy inny hazardzista też by mógł w tym wziąć udział. Jeżeli ktoś jest zdecydowany na to żeby tu przyjść ale coś zrobić ze swoim graniem, a nie zdecydowane na pełną abstynencję, no to też myślę że dla niego taki program by był okej. (MK04072023PROF)*

Oferta kontrolowanego picia przez niektórych postrzegana jest jako forma ograniczania szkód; oferta dla osób, w których przypadku uzyskanie abstynencji jest prawdopodobnie niemożliwe. Wtedy na pierwszy plan wysuwa się ograniczanie strat:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: A dla kogo takie leczenie, taki program ograniczania uprawiania hazardu czy kontrolowanego uprawiania hazardu

mógłby być celem leczenia? Dla jakich osób? Kto mógłby skorzystać z takiego leczenia?

Nie wiem, wydaje mi się, że dla kogoś, kto uprawia jakoś go patologicznie i wtedy ciężko byłoby go wyleczyć całkowicie, więc może kontrolowany by był lepszy, jeśli by taki program powstał, tak mi się wydaje. (BS20072023GD)

Pojawiła się również wypowiedź, że pacjent za każdym razem powinien być kwalifikowany do leczenia opartego na ograniczaniu grania indywidualnie, na podstawie diagnozy, tego co zostanie ustalone w trakcie rozmów z terapeutą.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *To indywidualnie od każdego człowieka zależy, jak do tego podchodzi, no bo nie chciałbym szufladkować kogoś, że ta grupa tak, ta grupa tak i myślę, że nie da się ocenić jakby po grupach osób, tylko jakby indywidualne byłoby bardziej adekwatne poprzez rozmowy jakieś tam psychologiczne być może i szczegółowe jakieś wątki, które tam powiedzmy by były poruszane, bardziej by doprowadziły do tego, jak daną osobę klasyfikować. (BS20072023GD)*

4.5. Przeciwwskazania do uczestniczenia w programie

Respondenci zostali również zapytani o charakterystykę pacjentów, którzy w ich opinii nie są w stanie skorzystać z celu jakim jest ograniczanie grania. W większości zwracali uwagę na nasilenie problemów doświadczanych przez pacjentów. I tak pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych nie są dobrymi kandydatami do programów grania kontrolowanego. Zwracali na to uwagę zarówno pacjenci, jak i terapeuci. Wskazywali, że substancje są swego rodzaju wyzwalaczem, więc jeśli człowiek próbuje grania kontrolowanego, to musi rozwiązać problem używania substancji psychoaktywnych.

STU: *Jeżeli pacjent ma też problemy z innymi substancjami, typu alkohol, tak, że ten hazard jest łączony z alkoholem, z narkotykami, no to myślę, że to wtedy to mogłoby być już przeszkodą, no bo tam mamy już do czynienia też z substancjami chemicznymi, no i przy substancjach chemicznych lepiej rzucić wszystko, tak, nawet jakby walczyliśmy z każdym nałogiem, nie. Więc tak mi się wydaje. (AL090820231PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *U mnie alkohol był wyzwalaczem do grania i miałbym [śmiech] kontrolowanie leczyć się od hazardu, popijając piwko założymy, tak,*

które było dla mnie wyzwalaczem do coraz większych stawek. Także jest to wykluczające.
(PT140720231GD)

Ponadto występowanie jeszcze innych zaburzeń psychicznych jest przeciwwskazaniem do skorzystania z programu ograniczania grania. Pacjent, by mógł skupić się na ograniczaniu grania musi być w dobrej kondycji psychicznej, jeśli cierpi z powodu innych zaburzeń, to one muszą być leczone w pierwszej kolejności. Do takich chorób należą depresja, zaburzenia lękowe, czy zaburzenia maniakalno-depresyjne.

STU5: Wyobrażam sobie, że jak pacjent ma jakieś współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych, tak, czy tym bardziej ChAD, który, no też jest czynnikiem ryzyka w fazie maniakalnej, między innymi do grania, no to, to będzie to trudne, to te programy niekoniecznie mogą wtedy być dobrze, znaczy adresowane do tych osób, te osoby mogą się w tej fazie jakby nie wyrabiać, nie, i najpierw musiałby też jakoś być przeleczone, no bo jak jest w dużej niestabilności, to pacjent nie jest sam w stanie zadbać o podstawowe rzeczy, o siebie na przykład w głębokim epizodzie depresji, silnych zaburzeniach lękowych, w fazie maniakalnej, nie wiem, to trzeba w ogóle wyciszyć, to żeby pacjent w ogóle mógł spełniać jakiegokolwiek zalecenia terapeutyczne, więc, no to, to troszkę na później, nie. Więc to jest ten czynnik taki dyskwalifikujący, nie, stricte klinicznie.
(ZWG29032023)

STU: Myślę sobie, ale to są tylko takie moje pomysły na to, nie. No myślę sobie, że do tej formy terapii mogłoby dyskwalifikować, być może jakieś współistniejące gdzieś tam zaburzenia, że ta kontrola nie wyjdzie, albo że trzeba się najpierw zająć czymś innym, na przykład, to mogą być sytuacje gdy ktoś jest chory na przykład na chorobę, nie wiem, afektywno dwubiegunową, w tym przypadku sam kontakt z graniem, no może być też wyzwalaczem. (JM27062023PROF)

Osoby, których zaburzenia hazardowe są już bardzo zaawansowane, zdominowały całe ich życie, nie mają już w zasadzie nic poza graniem nie są w stanie w opinii respondentów skorzystać z programów oferujących kontrolowanie grania.

STU: Powinienem powiedzieć, że na przykład te osoby, które już wpadły w tą fazę taką właśnie gdzie brakuje tej nadziei, gdzie jest ta całkowita degradacja, straty takie, no nieodwracalne, typu strata rodziny, majątku, no tutaj bym je, no też mi się to kłóci z tym co mówiłem, z taką teorią, ale tu by mnie jednak wykluczył, ja bym po prostu te osoby

kierował na zwykłą taką terapię, tą podstawową na zasadzie, no poniosłeś nieodwracalne straty, nieodwracalne, życie już nigdy nie będzie wyglądało tak jak wyglądało, kiedy, przed tym momentem gdy zacząłeś grać. (EG22062023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jak już osoba z zaburzeniami hazardowymi jest na pewno, znaczy na pewno, może wcześniej też, w tej ostatniej fazie, że wszystko po kolei zaniedbuje, obowiązki codzienne, bo wszystko się skupia jakby na grze, wychodzi do sklepu, po drodze musi iść zagrać, ma jakieś zobowiązania, gdzieś jest umówiony z kimś i nie potrafili nie dojść na spotkanie, nie zagrać czy budząc się nawet myśli o graniu od razu, tak jakby już ta ostatnia faza, człowiek w tej ostatniej fazie, którego życie kręci się wokół grania cokolwiek by nie robił. (MK04072023GD)

Respondenci wspominają również, że osoby z niestabilną sytuacją życiową, długami, skomplikowaną sytuacją rodzinną nie są odpowiednimi adresatami programów ograniczania grania. W ich przypadku lepiej sprawdzą się programy oparte o abstynencję.

STU5: Osobom, u których uzależnienie już spowodowało wiele destrukcji w życiu, wiele problemów, współistniejące choroby, słaby, nie wiem, system wsparcia społecznego, w tym od rodziny począwszy dalej, no to one zdecydowanie częściej i łatwiej się sprawdzić w tych programach takich opartych o abstynencję. (ZWG29032023)

Ważne jest posiadanie osoby, które będzie wspierała pacjenta w jego postanowieniach, pomagała w kontroli budżetu. Dobrze, by taka osoba nie mieszkała sama. Taką opinię wyraziła jedna z osób z zaburzeniami hazardowymi:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: No ciężko powiedzieć, że na przykład no osoby, które nie potrafią zarządzać budżetem domowym albo powiedzmy są samotne, nie mają partnera i powiedzmy same muszą decydować o budżecie domowym, bo to w takiej sytuacji jak ktoś jest uzależniony, no to w takiej sytuacji nie ma kontroli. Więc w tej sytuacji na pewno fajnie jakby to były osoby, które mieszkałem albo z żoną albo powiedzmy mają kogoś, jakiegoś partnera, a w sytuacji gdy żyją same, to mogłoby też trochę zaburzyć powiedzmy. (EG01062023GD)

Jedna z osób z zaburzeniami hazardowymi zwróciła też uwagę, że po tym jak podejmowała próby ograniczania grania i doświadczała nawrotów, to były one bardzo

nasilone w skutkach. W związku z tym, w jej opinii, powtarzające się nawroty powinny być czynnikiem, który wyklucza osobę z programu:

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Bo w moim przypadku tak jak mówiłem próby kontrolowanego grania, ja myślałem sobie, że ja pierwszy raz jak zaczynałem, właśnie po terapii, wcześniej miałem okresy takie gdzie bez terapii jeszcze nawet, potrafiłem nie grać. Potrafiłem nie grać miesiąc, dwa miesiące i wtedy sobie myślałem, a teraz sobie zagram ze stówkę, gdzieś tam sobie, że tak powiem będę kontrolował to granie i powodowało to nawrót jeszcze mocniejszy. (PT140720231GD)

Osoby, u których w wywiadzie diagnostycznym ustalono, że wśród ich bliskich były, czy są osoby uzależnione również nie powinny być kwalifikowane do programów ograniczania grania. Taka osoba nie ma „zdrowych” wzorów zachowania, które mogłyby wdrażać w życie.

STU: Bo tutaj ewidentnie widać, że byłoby ciężko powrócić do tego grania kontrolowanego, ponieważ pacjenci już mają gdzieś tam jakieś wzorce, jakieś z zaszłości, no z przeszłości, które powodują, że ta praca jest tutaj ciężka, nad wdrożeniem takich zdrowych zasad, czyli tutaj to jest jeden z przykładów, czyli przychodzi osoba, która sama się po prostu gdzieś tam uzależniła, no to nie ma problemu, ale kiedy mi mówi, że i ojciec tak robił i ona powieliła ten wzorzec, to tutaj te osoby bym wykluczył. (EG22062023PROF)

Zdecydowanie też osoby, które podejmowały próby samobójcze nie są adresatami tego rodzaju programów. W ich przypadku wskazana jest abstynencja, gdyż istnieje ryzyko, że ponownie może dojść do prób samobójczych.

STU: No jedynie myślę o takim graczu, które na przykład miał w przeszłości próby samobójcze przez grę, to myślę że to by było duże ryzyko, w wyniku gry, czy zadłużeń wynikających z patologicznego grania w gry hazardowe, to myślę, że taka osoba po tych próbach kontrolowania, znaczy próbie kontrolowania grania, wracając do gry, no wiąże się z dużym ryzykiem, że mogłaby wrócić [wypowiedź przerwana]. (MK04072023PROF)

Istotnym przeciwskazaniem jest brak zasobów w postaci cech osobowości, które wspierałyby cel leczenia jakim jest kontrolowana gra. Osoby impulsywne, słabo kontrolujące emocje, mające mały wgląd w świat wewnętrzny, źle reagujące na stres słabiej poradzą sobie w tego typu programach:

STU: Można ocenić, jak sobie w ogóle pacjent radzi, też z napięciem i ze stresem, można oceniać też jakie są jego mechanizmy osobowościowe, na inne ta osobowość jest taka zwarta, zintegrowana i na ile on ma gdzieś tam jakieś silne, gdzieś to ego, zresztą ogólnie kontrolę, a na ile to jest tak, że ten pacjent może być jakoś też taki rozhamowany, nie i że wtedy może być mu trudniej gdzieś też tą kontrolę zachować. (JM27062023PROF)

4.6. Korzyści wynikające z poszerzenia oferty terapeutycznej o program kontrolowania grania

Respondenci dostrzegają wiele zalet związanych z rozszerzeniem oferty terapeutycznej o cel, jakim jest kontrolowane granie. Podkreślają, że mogłoby to zachęcić do leczenia osoby, którym z różnych powodów nie odpowiada istniejąca oferta, np. nie są gotowe do utrzymywania abstynencji.

STU: Bo to już trochę tak samo jak z piciem, no. Jak komuś się powie, że praca tylko dla całkowitej abstynencji, no to bardzo często, jeżeli jest problem i cel jest tylko całkowita abstynencja, to czasami jest tak, że po prostu ludzie rezygnują. A tutaj, jeżeli właśnie gdzieś to będzie kontrolowane, no to może w jakiś sposób być powiedzmy dla niektórych pacjentów atrakcyjne. (MM01082023PROF)

STU: Korzyść jest taki, że dzięki temu pacjenci, którzy gdzieś tam nie wyobrażają sobie na początku, że jednak całkowita abstynencja, na początku to może jest ograniczenie, no to dla nich może być nie od razu dla nich takie odstrasające. (MM01082023PROF)

Podejście polegające na kontrolowaniu grania pozwala na podążaniu za potrzebami pacjenta, jego punktem widzenia, który w trakcie terapii pod wpływem rozmaitych bodźców może się oczywiście zmieniać. Pacjent w trakcie terapii może wyznaczać sobie różne cele terapeutyczne w zależności od etapu na jakim się znajduje.

STU: Myślę sobie, że to mogłoby być ciekawe, no bo wszystkie rzeczy, które rozszerzają ofertę dla pacjenta, mogą powodować to, że więcej osób z tego korzysta i więcej osób dzięki temu zyskuje jakieś dla siebie korzyści. Więc jeśli rozszerzamy ofertę, która trafia do osób, które dotychczas nie korzystały z terapii z uwagi na jakieś swoje niepokoje, czy lęki, czy nawet jakieś zmniejszenie motywacji do tego, żeby w tym kierunku pójść, no bo jak sobie tak ktoś myśli: Ok, ja tylko gram, więc jakby to nie jest coś, co powoduje jakąś destrukcję w moim życiu, a dowie się o tym, że jest taki program, który powoduje to, że

jest w stanie się nauczyć inaczej, tak racjonalnie ze swojego punktu widzenia korzystać z pewnych no technologii, no bo to też jest kwestia korzystania na co dzień z tych wszystkich udogodnień, to myślę sobie, że to mogłoby powodować to, że ktoś się chętniej zgłosi. Więc jeśli placówka miałaby w swojej ofercie taki program, to mogłoby powodować to, że osoby się chętniej zgłaszają i że jakby też próbują i dzięki temu, że się zgłaszają, przyglądają się też innym rzeczom wokół i zaczynają też pracować nad swoimi innymi rzeczami, które w międzyczasie gdzieś tam się pojawią jako cele, bo cele też się ustala w trakcie, więc tych celów może się pokazać później więcej. (BS31052023PROF)

Jedną z kategorii pacjentów, dla których programy kontrolowanego grania są odpowiednie, są osoby na początkowym etapie uzależnienia, ponoszące już jakieś konsekwencje, ale nie bardzo nasilone lub pacjenci, których granie jest ryzykowne. Korzyścią jest stworzenie alternatywnej ścieżki leczenia, z której mogłyby skorzystać. Powodowałoby to, że potencjalni pacjenci wcześniej trafialiby do leczenia.

STU: Nie wiem czy ludzie na takim etapie używania takiego jeszcze, powiedziałabym, ryzykownego, czy oni się by zgłaszali. Gdyby się zgłaszali, to tutaj myślę, że nawet w tym obszarze można by było dużo zrobić. (BS12062023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeżeli mówimy o osobach zdrowych, tylko będących, nie wiem, w jakiej grupie ryzyka, to może jakaś korzyść jest z tego, żeby po prostu nie weszły w fazę patologiczną uzależnienia. To jest jedyna korzyść, jaką widzę. (AL050820231GD)

Niektórzy respondenci dopatrują się korzyści w tym, że pacjent, kiedy już podejmie leczenie, to będzie mógł poprzez własne doświadczenie przekonać się, że kontrolowane granie nie jest możliwe i łatwiej zaakceptuje cel jakim jest abstynencja.

STU: Korzyści to takie, że pacjent po próbie kontrolowania grania, takiej z dziennikiem i wyliczaniem i pilnowaniem siebie, prawdopodobnie nie jest w stanie dotrzymać tych założeń, więc prędzej czy później, może określić, że on woli abstynencję, że to jest mniej wymagające i mniej męczące. To korzyść jest na pewno dla pacjenta, że może podjąć później rzeczywiście terapię, znaczy pracę w kierunku pełnej abstynencji. (MK04072023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *No ja widzę to w taki sposób, żeby w sposób stopniowy przejść do już tego niegrania, ale to po prostu jest związane z tym, żeby po prostu stopniowo właśnie ograniczać ten czas i ograniczać te pieniądze i to wszystko związane z tą grą, żeby dążyć mimo wszystko w dalszym ciągu do tego, żeby zaprzestać tego grania, żeby to minimalizować i odstawiać coraz bardziej na bok. (EG23052023GD)*

Terapeuci wskazują na szansę jaka pojawia się wraz z trafieniem pacjenta do poradni. Dzięki nawiązaniu relacji z terapeutą zainteresowany może odnieść szereg korzyści, otrzymać pomoc, zrewidować niektóre swoje poglądy.

STU: *Inni przychodzą i nie są na to gotowi i po prostu nie są w stanie sobie wyobrazić życia bez grania i wtedy rzeczywiście myślę sobie, że lepiej po prostu dla pacjenta jest jednak być w relacji z nim i trochę jakby rzeczywiście myśleć o tym kontrolowanym hazardzie jako etapie przejściowym do wypracowania tej gotowości, no bo tak naprawdę wszystko zasada się o to, że pacjent musi uznać, rzeczywiście tę totalną utratę kontroli. (EG27062023PROF)*

STU: *Człowiek, który przychodzi już po tą pomoc, co nie jest już łatwe, tak, samo podjęcie decyzji, że sobie z czymś nie radzę i muszę pójść, czy chce pójść z kimś porozmawiać, jest to trudne, więc gdzieś narzucanie od początku, tak, tylko i wyłącznie abstynencji myślę, że spowodowałoby, że pacjent który nie jest na nią gotowy po prostu więcej by nie przyszedł, więc to jakby widzę jako taką główną korzyść związaną z tym, żeby takiego pacjenta utrzymać jednak w kontakcie, żeby miał czas na świadome podjęcie decyzji, tak, wiedząc o wszystkich mechanizmach, konsekwencjach, to, to jakby głównie i przede wszystkim. (EG27062023PROF)*

Korzyścią dla pacjenta może być podejmowanie prób ograniczenia grania i dojście w końcu do wniosku, że najlepszym rozwiązaniem jest abstynencja, ale również zyskanie konkretnych umiejętności, które będą przydatne i sprawią, że pacjent w przyszłości będzie sobie lepiej radził. Do takich umiejętności należy na przykład lepsza świadomość i kontrola emocji, czy większa samosterowność.

STU: *Dwa myślę sobie, że to też może powodować zmniejszenie napięcia, no bo te gry hazardowe, one są wszędzie, czy nawet w takim codziennym funkcjonowaniu, przy telefonie, przy komputerze tam dużo rzeczy można się angażować w to i to też może powodować zmniejszenie napięcia, że człowiek uczy się tego jak z tego korzystać i żeby to*

nie przejmowało jakby takiej znaczącej roli w jego życiu, ale żeby nie bał się, tak jak często osoby, które utrzymują na początku abstynencję, wszędzie widzą zagrożenia - nie mogą pójść do Żabki, bo tam przecież są alkohole. (BS31052023PROF)

STU: No w ogóle myślę, że takie opanowanie jakby rzeczywiście tego problemu, świadomość, zwiększanie świadomości, oddawanie kontroli tej osobie, czyli nieograniczanie mu, nie wiem, zupełnie wolności w takim sensie, że nie wiem, zamykanie w jakichś ośrodkach, tylko jakby takiego funkcjonowania dalej w społeczeństwie. (AL04092023PROF)

Pacjent uczestnicząc w programach kontrolowanego picia odnosi nie tylko korzyści psychologicznie, ale może realnie poprawić swoją sytuację, na przykład poprzez zmniejszenie długów, czy ograniczenie innych niekorzystnych zjawisk, których doświadczał.

STU: Moim zdaniem każde zmniejszenie destrukcji w życiu pacjenta będzie dla niego korzyścią. I jeżeli pacjent jest w stanie ograniczyć to granie i zmniejszyć destrukcję w swoim życiu i jakoś zacząć pracować nad tym, żeby regulować to, co jeszcze się wyregulować da, to będzie to dla niego korzyść niewątpliwa, tak bym to skwitowała, że po prostu każde zmniejszenie destrukcji w życiu pacjenta będzie korzyścią. (MM060720231PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jakie widzi Pani korzyści związane z wyborem takiego celu leczenia, czyli tego ograniczenia grania?

Więcej pieniędzy w portfelu, mniej stresu no i że nie sprzedaje, nie wynosi się rzeczy z domu, żeby sprzedać na przykład, żeby zagrać. To chyba wszystko. (BS170720231GD)

4.7. Ograniczenia programu kontrolowania grania

Jednym z ograniczeń programu kontrolowanego grania identyfikowanym przez respondentów może być pogłębianie zaburzenia z powodu ciągłego kontaktu z hazardem. Obawy tego typu mają zarówno profesjonaliści, jak i osoby z zaburzeniami hazardowymi. W ich ocenie przyzwalanie na grę, szczególnie osobom które są na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzenia, może prowadzić do budowania wiary w możliwość kontroli. Jest to sprzeczne z koncepcją uzależnienia, która zakłada utratę kontroli nad swoim zachowaniem i konieczność utrzymywania całkowitej abstynencji.

STU: *Myśląc o mechanizmach uzależnienia, no to wydaje mi się, że jest ryzyko, że stały dostęp, kontakt z uzależnieniem, znaczy z używaniem tego konkretnego zachowania, mógłby być groźny czy taki, który jednak prowadzi do utraty kontroli całkowitej.* (BS12062023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *To będzie po prostu złudna nadzieja, że taki człowiek przyjdzie, on będzie wierzył w to, że on się tutaj przyjdzie wyleczy i bardzo możliwe, że takiej osobie to pomoże na jakiś tam okres czasu, żeby to kontrolować, nazwijmy to kontrolować, aczkolwiek to będzie posuwać się dalej, bo to jest choroba, czyli będzie stopniowo, stopniowo się przesuwać do przodu.* (MK280620232GD)

Niektórzy profesjonaliści twierdzili, że przyzwolenie na uczestnictwo w programie kontrolowanego grania jest wspieraniem osób z zaburzeniami hazardowymi w uprawianiu hazardu.

STU: *Ograniczenie jakby jedyne, które tutaj widzę, no to związane z tym, że można by jednak wspierać to czego wspierać jako terapeuci nie lubimy, czyli tej iluzji możliwości sprawowania kontroli. Czyli jeżeli ja idę za tym pomysłem, to być może też jako autorytet do którego zwraca się pacjent podtrzymywałabym tak naprawdę chorobowy schemat związany właśnie z tym, że jest to możliwe. Bo jednak w terapii uzależnień bardzo często, najczęściej, zawsze my pokazujemy pacjentom, że jest to główny objaw choroby, tak, utrata kontroli.* (EG27062023PROF)

Może to dawać złudne poczucie uczestnictwa w leczeniu. Niektórzy respondenci nie traktowali tej formy pomocy na równi z programami, których celem jest utrzymywanie abstynencji. Zdaniem badanych osoby grające w sposób kontrolowany również ponoszą straty i nie mają żadnych korzyści z podejmowania prób ograniczania grania.

STU: *Osoba, która się podejmuje prób kontrolowania grania, czy prób kontrolowania picia, no bo do tego mogę się odnieść, to jest taka złudna pomoc dla niej samej. Trochę zamydlenie oczu rodzinie, bo przecież się leczę, a tak naprawdę i tak ponosi straty mniejsze, większe, a ponosi i myślę, że hazardziści to widzą. Nie wprowadza zmian w swoim życiu, nie ma korzyści z tej próby zmieniania swojego funkcjonowania. Dlatego też myślę, że są sceptycznie do tego nastawieni, bo widzą, że to nie działa.* (MK04072023PROF)

W ocenie specjalistów psychoterapii uzależnień, ograniczeniem programu kontrolowanego grania mogą być konfabulacje graczy na temat uprawianego hazardu i skuteczności wprowadzonych ograniczeń – czasu spędzanego na grze, środkach przeznaczanych na nią. Specjaliści obawiają się, że podczas procesu terapeutycznego pacjenci będą ich oszukiwać, a oni nie mają możliwości weryfikacji informacji uzyskiwanych przez graczy.

STU: Należy spisać dobry kontrakt, bo wiadomo, że osoby uzależnione mają to do siebie, że często nie mówią całej prawdy. Na przykład twierdzi, że grał wcześniej cztery razy, a teraz gra raz w tygodniu, a tak naprawdę okazuje się, że gra cztery razy w tygodniu. No i to jest taka strata czasu dla psychoterapeuty czy terapeuty i osoby uzależnionej. Mimo że on jest zadowolony, że oszukał cały świat. (AL24082023PROF)

Ograniczeniem programu kontrolowania grania zgłaszanym przez terapeutów i osoby z zaburzeniami hazardowymi były trudności w utrzymaniu założonych limitów gry. Doświadczenia niektórych profesjonalistów w prowadzeniu procesów terapeutycznych osób, które próbowały ograniczać substancje psychoaktywne pokazało, że miały one trudności w kontrolowaniu zachowania. Osoby uzależnione wracały do zachowań, które przysparzały im problemów. Podobne zdanie mają osoby z zaburzeniami hazardowymi. Ich osobiste doświadczenia z próbą ograniczenia gry pokazują, że z czasem założone limity się luzują i wracają oni do dawnych wzorów uprawiania hazardu.

STU: Osoba uzależniona może mieć duże trudności w skontrolowaniu swoich czynności grania, to znaczy jej się wydaje, że na początku będzie kontrolowała i prawdopodobnie do tego będą prowadzone dzienniczki, będą ograniczenia, na zasadzie ile razy w tygodniu, do jakiej kwoty, czy jaki czas przeznaczamy i będzie musiała według tego dzienniczka, który będzie uzupełniała skupić się na nagraniu. I to pewnie początkowo będzie wychodziło, no bo będzie dużo energii na to poświęcała, żeby tą grę skontrolować. Jednak z doświadczenia mojego wynikającego z pracy z innymi uzależnieniami nad próbą kontrolowania wynika, że prędzej czy później nie są w stanie skontrolować, wracają do swoich patologicznych, destrukcyjnych, form zachowania i no straty są na podobnym poziomie albo jeszcze większe, po takich próbach. (MK04072023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Wielokrotnie próbowałem bez terapii coś kontrolować i to coś nigdy nie wychodziło. To nie jest tak, że ja z dnia na dzień wchodziłem od razu na ten maksymalny poziom, wydawałem całą gotówkę powiedzmy na te gry

hazardowe, tylko stopniowo, raz sto złotych, później dwieście, później trzysta, czterysta i z czasem dochodziłem do takiego etapu, gdzie wydawałem po prostu wszystko, co miałem przy sobie. (MK280620232GD)

W wyniku przekraczania limitów gry osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą doświadczać negatywnych emocji (frustracja, rozczarowanie).

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeśli były jakieś ograniczenia czy to czasowe, czy finansowe, no to później bym mógł odczuwać czy te ograniczenia były niewystarczające. No i później wiadomo jakaś tam złość przez to generowana by była, jakieś zaburzenia nastroju. (EG24072023GD)

4.8. Bariery we wprowadzaniu oferty kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej

Respondenci zidentyfikowali bariery, które mogą pojawić się w momencie wprowadzenia programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej. Można wyodrębnić trzy wymiary barier – związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień, podejściem terapeutycznym oraz z organizacją systemu leczenia.

Związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień

Jedną z barier jest brak akceptacji środowiska dla wprowadzenia tego typu programu do oferty terapeutycznej. Niektórzy terapeuci wykorzystują program kontrolowanego grania w swojej praktyce indywidualnej, jednak obawiają się do tego otwarcie przyznać. Są oni zdania, że w środowisku istnieje duża presja na program, którego celem jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Niektórzy pacjenci nie mają wiary w możliwość grania kontrolowanego.

STU: Teraz pracuję indywidualnie, więc ja już to robię, już to praktykuję, ale ja tego absolutnie nigdzie nie reklamuję, nie opowiadam o tym. Jest duża presja środowiska terapeutycznego, różne informacje zwrotne ze strony pacjentów, że to jest utopia, ale ja oczywiście, wiem, że to tak już z niejednym nurtem psychoterapii było. (EG22062023PROF)

Niektóre osoby z zaburzeniami hazardowymi, które pozostają w leczeniu i mają postawioną diagnozę zaburzeń hazardowych uważają, że jest to metoda nieterapeutyczna.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Od momentu, w którym zdiagnozowaliśmy, że istnieje czy naukowcy, badacze zgodzili się, że istnieje uzależnienie, to jedyną metodą jego leczenia jest kompletna abstynencja. Więc to jest bariera, bo trudno mi jest sobie wyobrazić leczenie uzależnienia w inny sposób i żeby było to efektywne. Więc to jest najważniejsza rzecz. Że to nie jest według mnie - osoby uzależnionej - metoda leczenia uzależnienia. (AL050820231GD)

Brak akceptacji ze strony terapeutów dla idei ograniczania grania jest barierą dla wprowadzania tego typu programów. Nie wszyscy są chętni i gotowi zmienić swoją perspektywę z pracy ukierunkowanej na abstynencję na ograniczone używanie substancji lub granie.

STU: Postawa też terapeutów. Bo sama wiem po sobie, że jestem anty nastawiona, więc ja bym tak nie chciała pracować. (EG23062023PROF)

STU: Brak spójności w kadrze terapeutycznej, bo są osoby ortodoksyjne, którzy na przykład twierdzą, że to jest niemożliwe. Są osoby, tak jak w różnych szpitalach psychiatrycznych, na odwykach, które mówią, że trzeba wszystkie kieliszki z domu wynieść. No jest to trochę paradoksalne, no bo kieliszek nie stanowi według mnie wyzwacza, ale starzy terapeuci uzależnień tak twierdzą, że nie można chodzić do sklepu gdzie jest alkohol. (AL24082023PROF)

STU5: Rozumiem, że część specjalistów może nie być zainteresowana prowadzeniem tego typu grup, czy programów, no ale to też jest jakby kwestia ich wyboru. Być może jakoś zmienią nastawienie po jakiejś konferencji, szkoleniach, zapoznaniu się z tym. Bo potrzebują więcej czasu, żeby na przykład się jakoś do tego przekonać, a być może nie, no ale to też jest kwestia indywidualna, że na przykład nie chcą pracować w takim modelu, ale to pacjent ma mieć wybór i na pewno się znajdą specjaliści, którzy by chcieli. (ZWG29032023)

Podjęcie oraz forma oferowanej terapii

Specjaliści psychoterapii uzależnień uznali, że wprowadzenie programu kontrolowanego grania może być trudne, ponieważ przekonanie o abstynencji jako jedynym akceptowalnym celu leczenia jest silne i powszechne.

STU: Ośrodki pracują według określonych programów i żeby pracować w ten sposób z pacjentem, to jakoś musi być to w ośrodku ukonstytuowane. Bardzo często ośrodki pracują w tej chwili na zasadzie wydalania pacjentów z terapii albo powrotu pacjenta do początku terapii w momencie nieutrzymania przez niego abstynencji i to by było barierą. Czyli musiałyby być to ośrodki, który by uznał taką formę leczenia jako oficjalny punkt możliwości leczenia. (MM060720231PROF)

STU: W miejscach w których ja pracuję, czy z takiego podejścia, które przyjmuje w swojej pracy, to kontrolowane uprawianie hazardu nie mieści się w celach pracy terapeutycznej. Pewnie założenia i cele pracy placówki, w której pracujemy, bo niektóre placówki z góry narzucają pewien program terapii i nie ma innej możliwości, bo nie ma innej oferty, jest tylko taka która prowadzi do abstynencji. (EG27062023PROF)

W placówkach nie dopuszcza się do zróżnicowania celów leczenia w obszarze hazardu. W przypadku łamania abstynencji konsekwencją jest usunięcie z terapii.

STU: Jest tak zalecane po prostu, uczestniczysz w programie terapeutycznym, są zasady abstynencji i przestrzeganie tego, no i jeśli łamiesz tą zasadę no to po prostu jesteś wykreślony z programu terapeutycznego. (JM270620232PROF)

Zdaniem profesjonalistów, wprowadzenie tego programu do placówek, które nie mają doświadczeń z programem ograniczania picia lub programem ograniczania używania substancji psychoaktywnych może spotkać się z oporem pracowników.

STU: Wydaje mi się, że tu mogłoby być dużo takiego oporu, szczególnie w instytucjach, w których się pracuje tylko na abstynencji, więc jeśli nie ma programów ograniczonego picia czy używania, szczególnie w poradniach, no to program ograniczonego używania hazardu, że tak powiem, wydaje mi się, dość trudne. (BS12062023PROF)

Organizacja leczenia

Zdaniem respondentów, program kontrolowanego uprawiania hazardu trudno byłoby wprowadzić do leczenia stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia.

STU: Jeżeli chodzi o oddział to myślę, że to byłoby trudne, ponieważ jakby z założenia oddziały przewidziane są już jakby dla osób, które są bardzo zaawansowane w swoich nałogowych zachowaniach, więc oddział w którym pracuję jednak jest skoncentrowany na abstynencji całkowitej i całkowitym porzuceniu jakby tych nałogowych zachowań, więc myślę że na oddziale byłoby to mało prawdopodobne. (EG27062023PROF)

Także leczenie w jednym ośrodku (społeczności) osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu byłoby barierą.

STU: Byłoby to trudne logistycznie, ze względu na to, że pacjenci jednak leczą się w jednej grupie, są jedną społecznością i mieli by problem z identyfikacją. Że jedni byłiby niejako, bardziej uzależnieni inni mniej. Jedni lepsi, drudzy gorsi, jedni bardziej zaawansowani, inni mniej, więc myślę, że też nie sprzyjałoby to takiemu klimatowi identyfikacji. Natomiast w gabinetach, takiej psychoterapii indywidualnej, jeden na jeden, czy właśnie w poradniach, gdzie można byłoby zaproponować taką alternatywę, dla grup pracujących na abstynencję to tak. (EG27062023PROF)

4.9. Rekomendacje dla wprowadzenia programu kontrolowanego uprawiania hazardu

Rekomendacje systemowe

Z rekomendacji wynika, że pomocne w ustalaniu ograniczeń grania byłoby indywidualne konto gracza, za pomocą którego mógłby ustalać on swoje limity. Wykorzystanie tego indywidualnego konta podczas grania w różne rodzaje gry i na różnych urządzeniach (np. gra na automatach, w kasynie, biurze bukmacherskim, punktach totalizatora sportowego) pozwoliłoby na utrzymanie założonych limitów. Należałoby tak powiązać konto z różnymi typami gry, aby użytkownicy nie mogli tworzyć ich kilku. Oznacza to, że każdy gracz miałby tylko jedno konto.

STU3: U nas system jest niespójny. To znaczy możesz się zablokować w Internecie jeśli grasz legalnie, a możesz grać przecież nielegalnie, to nie jest żaden problem i możesz się zablokować jak grasz w salonach z automatami bo tam jest karta gracza, ale w kasynie nie ma takiej możliwości. Z drugiej strony kasyno jest tym specyficznym miejscem gdzie gracz jest tak naprawdę najbardziej bezpieczny, najbardziej kontrolowany, bo cały czas jest obserwowany przez pracowników i inne osoby w tym sensie jest dużo bardziej bezpieczny niż ten internetowy. Tam jest cały czas monitoring i kamery. (ZWG29032022)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Przesiedziałem na wielu różnych serwisach związanych z zakładami bukmacherskimi, to można ustawić sobie jakieś limity czasowe bycia online, limity finansowe. To mogłoby być jakąś taką skuteczną próbą, lecz takich serwisów jest dziesięć i można sobie ustawić na jednym, ale można na dziesięciu różnych być jednocześnie. (JM220620232GD)*

Wprowadzenie programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej wymaga kampanii edukacyjnej o zróżnicowanych celach leczenia oraz o samym problemie grania w gry hazardowe. Kampania informacyjna pozwoliłaby na dyskusję nad tym tematem oraz rozwój narzędzi terapeutycznych (w tym różnych aplikacji), które są dostępne w wielu krajach świata, gdzie ograniczanie grania jest celem leczenia.

STU3: *Jest jakieś przyzwolenie społeczne i jest zrozumienie dlatego odpowiedzialnego kontrolowanego grania w różnych krajach, jest faktycznie, są kampanie informacyjne, są aplikacje, które służą do kontrolowania grania, są narzędzia, są procedury. Mi się wydaje właśnie, że w ogóle chyba trzeba trochę więcej takich działań profilaktycznych do tej ogólnej populacji. Mi się wydaje, że ludzie w ogóle nie wiedzą, nie czują, że oni sami uprawiają hazard. Jakies takie reklamy, które lecą sobie w ciągu dnia. Ostatnio ja byłam zszokowana, jakaś młodzież, która sobie siedzi i tekst "my se drapiemy na imprezie zdrapeczki".*

STU5: *Jest jeszcze jedna taka rzecz, że częścią tej kampanii może być też oczywiście edukacja do bliskich, czy rodzin, osób przejawiających wzorzec takiego patologicznego grania. Dlatego, że tak na przykład jak są kampanie w depresji, czy w zaburzeniach typu ChAD, czy paru innych, to rodziny też nie wiedzą tak naprawdę, jak konstruktywnie wspierać członka rodziny zmagającego się z daną trudnością, i czy szkodzą, czy nie szkodzą, na przykład nadmierną kontrolą, przyjmowaniem za niego jakiegoś rodzaju odpowiedzialności. I tutaj w przypadku hazardu jest podobnie. (ZWG29032022)*

Oprócz tego, wprowadzenie programu do leczenia wymaga przygotowania wytycznych dla obierania celu kontrolowania grania. Zdaniem specjalistów ważne jest przygotowanie wystandaryzowanej struktury dla pracy z pacjentem. Jednak wytyczne te muszą dopuszczać modyfikację przyjętych celów, aby można było je indywidualizować i dostosowywać do sytuacji i etapu terapii.

STU6: *Może być jakaś struktura, bardzo standaryzowana, która stanowi taki rdzeń pracy powiedzmy z pacjentem który chce kontrolować swoje granie, a jednocześnie wyobrażam sobie, że nic co standaryzowane nie pasuje zawsze do wszystkich. Więc jakaś ta możliwość modyfikacji, chociażby w ramach dodatkowych sesji indywidualnych, żeby nie tylko podczas warsztatów, treningów, czy grupy to zamykać. Bo to byłoby jednak zdecydowanie bardziej wzbogacające. Bo ciężko jest myśleć obecnie w jakimkolwiek uzależnieniu w kategorii oderwania od innych sfer życia pacjenta i trudności których doświadczą w tych sferach. Wiadomo, że jak je wygasi, czy to w obrębie rodziny, czy zawodowego funkcjonowania, czy społecznych trudności, czy w rozpoznaniu jakichkolwiek innych problemów współistniejących, które ma, to prawdopodobieństwo, że kompulsywnie będzie regulował swoje emocje jest mniejsza, więc nie wyobrażam sobie, żeby to tylko w ramach standaryzowanego programu zamknąć. Więc albo to musi być jakaś dalsza ewentualnie ścieżka pracy z nim, czy leczenia, albo współtowarzysząca, współistniejąca na przykład w obrębie sesji indywidualnych, które już tam ciężko aż tak standaryzować. Ja myślę o tym, że jakiś punkt odniesienia pacjentom jest potrzebny, bo oni pytają, ale nie wyobrażam sobie, żeby to narzucać i powiedzieć, ma być tak, tylko żeby o tym rozmawiać i to ustalić pokazując, no właśnie pewne, czy statystyki i pytać co on na to, jak myśli, co może, co nie może, na co jest gotowy, więc jakoś nie wyobrażam sobie jakoś inaczej, a że ten punkt odniesienia jakoś dla pacjentów jest istotny.*

STU5: *Tak, też myślę że i dla terapeutów, którzy jakby ucząc się tego, no też dobrze jak ma pewne struktury, żeby się w czymś poruszać.*

STU6: *Chyba też to było w POP-ie, prawda, że punktem odniesienia były te podane przez WHO standardowe bezpieczne dawki alkoholu. Ale one były jako zalecane, one tam były nie jako wymagane tylko one były pokazane jako punkt odniesienia, a pacjenci i tak mieli w swojej umowie zmiany, mogli mieć różne limity, różni mieli styl picia i co tam chcieli zrobić.*

STU3: *Chyba w ogóle trudno by było ustalić jakieś takie rekomendowane limity, no bo jak ilość jakiegoś alkoholu jesteśmy w stanie wypić i ona jest ograniczona, ponieważ byśmy umarli, no to przecież, no ktoś, kto jest bogaty może przegrać i sto tysięcy w ciągu jednej nocy, a ktoś inny sto złotych i dla każdego coś innego to znaczy.*

STU2: *No tak, ale może na przykład przegrać tam 4% swojej wypłaty miesięcznie.*
(ZWG29032022)

Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuć nad jakością i skutecznością oddziaływań. Pierwszym etapem implementacji programu powinien być pilotaż z pomiarem efektywności programu wśród pacjentów kończących leczenie.

STU5: Można spróbować nawiązać współpracę z jakąś placówką, która pilotażowo mogłaby to wprowadzić, i żeby to monitorować, sprawdzać, żeby były jakieś taki follow up później, żeby też kontaktować się z pacjentami, sprawdzać jak funkcjonują. No to byłoby super. (ZWG29032022)

Rekomendacje związane z terapią

Zdaniem specjalistów psychoterapii uzależnień ważne jest, aby terapia była prowadzona w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów.

STU: No myślę, że na pewno warto się umówić na to, że jest dużo otwartości, szczerść w tym, czyli że jeśli się to wydarzy, jeśli, brzydko mówiąc, popłynie jakoś ta osoba, to że o tym powie, że będzie można jakby o tym opowiadać. Ja też trochę nie mam takiego doświadczenia w ogóle w pracy z osobami uzależnionymi i zastanawiam się czy jest tak, że jest jakaś właśnie sankcja, że nie wiem, tak jak na oddziałach psychiatrycznych takich dziennych to kilka tam nieobecności skutkuje wyrzuceniem z grupy, czyli że nie ma kontynuacji. Więc zastanawiam się, że pewnie jakoś jasno określone reguły, jakby krok po kroku co można robić, co jest dopuszczalne, a co nie. Myślę, że duża właśnie taka otwartość w rozmowach. (AL04092023PROF)

Część specjalistów psychoterapii uzależnień była zdania, że osoby które przyjmują sobie za cel terapeutyczny ograniczenie grania mogłyby uczestniczyć w zajęciach grupowych, w których uczestniczą osoby, dla których celem jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Nie obawiają się oni sytuacji konfliktowych, czy epizodów łamania abstynencji, ponieważ zróżnicowanie uczestników jest istotne w procesie grupowym. Poza tym terapeuci powinni rozmawiać o celach leczenia ze swoimi pacjentami, które w trakcie terapii mogą się zmienić. Indywidualizacja celów terapeutycznych zwiększa skuteczność leczenia.

STU7: *Ja jestem w ogóle za różnorodnością, że różnorodność uczy i nawet jeśli ktoś tam by chciał zwiększyć czy co, to może o tym rozmawiać, po co? czy co komu to daje? i że różnorodność raczej ubogaca, niż jednolitość.*

STU5: *Grupa i tak tam jakby procesuje pod spodem, więc będzie faza większego konfliktu ostrego napięcia, obron które się uruchamiają, więc no, da się to zrobić w tej różnorodności. Poza tym w tym samym procesie leczenia liczy się wybór pacjenta, więc jeden jakby sobie takie limity z terapeutą ustali, drugi inne, no bo to jest kwestia jakby rozpoznania jego indywidualnego stylu funkcjonowania, zasobów jakimi dysponuje, nie wiem, całej struktury osobowości. Więc wydaje mi się, że tak bardzo sztywno nie można tego ujednolicić, to i tak zresztą wyjdzie wtedy w dyskusjach. Pacjenci będą mieli opór, część się będzie na coś zgadzać, część nie. Nie da się tego, aż tak dyrektywnie prowadzić. (ZWG29032022)*

Jednak jest także grupa terapeutów, którzy uważają, że należy rozdzielić ścieżki terapeutyczne dla osób, które przyjmują za cel leczenia abstynencję i kontrolowane granie. Ich zdaniem uczestnictwo w grupie osób z różnymi celami terapeutycznymi może wywoływać chęć ich zmiany. Szczególnie obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania, a nie utrzymywania abstynencji.

STU: *Tutaj jest zarówno kwestia pracy indywidualnej, jak i też praca grupowa powinna być też z takim celem dostosowana. Bo tu następuje taka kwestia, że pomieszać tych pacjentów raczej byłoby trudno, bo pacjent, który nie jest w stanie kontrolować bardzo by się zawieszał nad tym, że jednak może grać, bo ktoś może kontrolować. To tak, tu by trzeba było tę ofertę rozdzielić i ustawić to jako jasny cel terapii. Tutaj bym szła w takim kierunku też troski o innych pacjentów, żeby pacjenci, którzy pracują w grupie na przykład pracowali nad tym samym, bo to by prawdopodobnie miało wpływ na leczenie innych pacjentów. (MM060720231PROF)*

STU: *Myślę, że trzeba by było potworzyć grupy dla osób, które chcą, nie chcą abstynencji, tylko chcą kontrolowanie grać i wtedy rzeczywiście albo w kontakcie indywidualnym pracować nad próbą kontrolowania grania. (MK04072023PROF)*

Alternatywą jest praca nad kontrolowaniem grania w kontakcie indywidualnym.

STU: *Ja myślę sobie, że jak najbardziej ofertę bym wprowadziła tutaj do poradni. Myślę sobie, że na początek pewnie byłaby to oferta w kontakcie indywidualnym, bo pewnie pacjenta, który próbuje ograniczać, na grupę taką stricte gdzie pracują na abstynencję bym nie włączyła, ale w kontakcie indywidualnym jak najbardziej mogłabym pracę podjąć. (MK04072023PROF)*

Rekomendacje związane ze STU

Skuteczne wdrożenie programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej wymaga przeprowadzenia szkoleń dla specjalistów psychoterapii uzależnień. Pozwoliłyby one oswoić ich z tematem, otworzyć na nowe podejścia, przekonać środowisko.

STU: *Wydaje mi się, że to jest proces, który mógłby zadziałać z czasem, ale potrzebne są szkolenia na ten temat, jeśli chodzi o specjalistów. Żeby ten temat nie był jakimś tematem, którego się boimy. To jest kwestia szkoleń, które będą powodowały ułatwienie wprowadzenia programu ograniczenia hazardu. (BS31052023PROF)*

STU5: *Wyobrażam sobie, że za tym chyba musiałyby być rzeczywiście jakieś rozwiązania w postaci przeszkolenia jakiejś puli specjalistów, na przykład terapii uzależnień lub innych osób, które docelowo chciałyby pracować z takimi grupami pacjentów. Plus jakieś takie akcje edukacyjno-medialne, które też mogłyby na poziomie edukacyjnym przynajmniej, wprowadzić środowisko, na czy by to mogło polegać, żeby pewnie trochę obniżyć próg lęku, jakiegoś niepokoju z tym związanego. (ZWG29032022)*

4.10. Ustalanie celów terapeutycznych w ramach programu kontrolowanego uprawiania hazardu

4.10.1. Kwestie, które należy wziąć pod uwagę ustalając limity

Rozpoznanie zaawansowania zaburzenia

Rozpoznanie zaawansowania rozwoju zaburzeń hazardowych jest ważnym elementem procesu terapeutycznego w ramach programu kontrolowanego grania. Istotny jest wywiad diagnostyczny oraz rozpoznanie wzoru grania.

STU: *No ja bym pomyślała o głębokości uzależnienia, jak bardzo ta osoba ma upośledzoną kontrolę bądź całkowicie jest jej pozbawiona. Bo jeśli byłoby tak, że w jakiś sposób no jest*

to ryzykowne zachowanie, no to wtedy myślę, że można by się było jeszcze na coś umawiać. (BS12062023PROF)

STU: Każdy jest uzależniony w różnych stopniach. Niektórzy są uzależnieni od stawiania Lotka i robią to kompulsywnie i nie ma jakby wielkich strat. Natomiast jest to też kompulsywne i uporczywe w wielu sytuacjach, a niektórzy obstawiają mecze czy biorą jakieś pożyczki i kupują na potęgę, no to też jest problemowe. (JM270620232PROF)

Indywidualizacja limitów

Respondenci podkreślają, że program grania kontrolowanego ma charakter indywidualny, co oznacza że limity powinny być ustalane na podstawie znajomości sytuacji w jakiej znajduje się gracz, poziomu zadłużenia, ponoszonych strat z powodu grania, rodzaju gier oraz na jakim etapie rozwoju zaburzenia się znajduje.

STU: Zależy indywidualnie, na ile to uzależnienie jest rozkręcone i w jakiej formie, bo tych hazardów jest też cała masa po prostu. Są jedne bardziej szkodliwe, jeden bardziej ponosi straty, drugi mniejsze w związku z tym. To też zależy od strat, tak sobie myślę, żeby wprowadzać to ograniczanie stopniowo. (JM270620232PROF)

STU: Trochę takie słuchanie pacjenta, czyli nie tak, że ustalamy, że mamy tu ustalone, tylko bardziej podążanie, co pacjent ma do zaproponowania, jak on to sobie wyobraża. No i później jakieś ustalenia. (MM01082023PROF)

Doświadczenia w programie kontrolowania grania

Zdaniem respondentów, istotne jest czy gracz, który chce ograniczać granie ma już za sobą leczenie w tej formule. Może być to wskazówka dla terapeutów do ustalania kolejnych limitów. W tym kontekście istotne wydają się próby graczy z samoograniczaniem się. Poznanie doświadczeń pacjentów w tym obszarze może pomóc w formułowaniu celów leczenia.

STU: Wydaje mi się też, że no tutaj dużą rolę odgrywa taki fakt, czy pacjent już kiedyś był na podobnym leczeniu i też była kontrola. Bo jeżeli już była i było mu to zaproponowane, to z góry wiemy, że już to nie działa. Właśnie, że ponowne wchodzenie to jest tylko takie przeciąganie czasu właściwie i oszukiwanie trochę nawet pacjenta. (AL090820231PROF)

Konieczność ustalenia limitów czasowych i finansowych

Zdaniem respondentów należy koniecznie ustalić zarówno częstotliwość gry, limity czasowe jak i finansowe. Ustalenie tylko limitów związanych z czasem grania lub z kwotami wydawanymi na grę nie przyniesie rezultatów i nie pozwoli na ograniczenie.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Ustalanie limitów kwotowych, bez ustawiania limitów czasowych, to według mnie ta terapia nie miałaby sensu. Bo cały czas wtedy byś grał, byś wygrywał, byś grał, grał, grał, grał i tym bardziej się nakręcał. (PT140720231GD)

STU: Raczej bym myślała o tym kompleksowo, czyli i czas i kwoty i częstotliwość. To wszystko musiałyby być spójne. Bo wiadomo, że jeżeli ustalimy kwotę, wiemy jaki rodzaj hazardu pacjent uprawia, wiemy mniej więcej ile pieniędzy potrzebowałyby na jednorazowe skorzystanie z danego zakładu, czy czegoś innego. (EG27062023PROF)

Włączenie rodziny

Z perspektywy specjalistów psychoterapii uzależnień w proces terapeutyczny należy włączyć rodzinę gracza, która współuczestniczyłaby w ustalaniu celów leczenia. Pozwoliłoby to na poinformowanie partnera/partnerki o specyfice programu, zakładanych celach oraz możliwości ich zmiany. Zaangażowanie najbliższych osoby z zaburzeniami hazardowymi od samego początku procesu terapeutycznego mogłoby przyczynić się do akceptacji leczenia i udzielania wsparcia.

STU: Myślę sobie, że tutaj przede wszystkim powinno być takie ustalenie wspólne z rodziną, na przykład czy z żoną czy z partnerką. (EG27062023PROF)

STU: Tutaj znowu pytanie, czy pacjent żyje sam, czy nie? Jeżeli żyje sam, to nie musimy brać pod uwagę jego rodziny i dodatkowych kosztów. Jeżeli wpływ jest na rodzinę, to fajnie byłoby przynajmniej na jeden setting zaprosić również partnerkę, partnera osoby uzależnionej, żeby wspólnie oni ustalili to, co jest akceptowalne. Bo może okazać się, że partnerka albo partner chcą całkowitej abstynencji, więc w ogóle nie dojdziemy do porozumienia, więc może pomóc jakąś taką przejściowa faza. Więc taki jeden setting na pewno powinien być z osobą współuzależnioną w tym momencie albo która odczuwa nieprzyjemności związane z tego uzależnienia. (AL090820231PROF)

Ustalenie formy grania

Sugestią osób z zaburzeniami hazardowymi związaną z układaniem planu kontrolowanego grania jest proponowanie graczom uprawiania hazardu w formie tradycyjnej, w stacjonarnych punktach zamiast online. Punkty te powinny być również w

pewnej odległości od miejsca zamieszkania. Granie w punktach ograniczone jest ich czasem otwarcia, natomiast gry online dostępne są przez całą dobę. Z kolei wybór punktu oddalonego od miejsca zamieszkania może zniechęcać do częstego odwiedzania.

STU: *Zależy od tego, gdzie jest ten hazard, czy to jest pójście do kasyna, co jest trudniejsze często, czy to jest granie przez internet. Teraz mamy internet w telefonie, to możemy w kiblu nawet, że tak powiem, prowadzić hazard w ramach spędzania czasu wygodniej.*
(AL090820231PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Można by się chociażby ograniczać w taki sposób, żeby na przykład nie grać w internecie i chodzić tylko do punktów stacjonarnych i grać tylko tam. To jest z tym związane, że tak jak właśnie przez internet ma się dostęp 24 na dobę, no to punkt jest otwarty w jakichś tam określonych godzinach.* (EG23052023GD)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Można się też ograniczyć nie chodząc tam (do punktu uprawiania hazardu - autorzy) też kilka razy dziennie, no bo po prostu może tu działać odległość czy coś. Zależy od lokalizacji, no bo wiadomo, może się po prostu już nie chcieć tak chodzić, także to też jest w jakiś sposób ograniczenie, to lenistwo.*
(EG23052023GD)

W ocenie niektórych specjalistów psychoterapii uzależnień istotny jest odpowiedni wybór miejsc uprawiania hazardu i powinien być to jeden z elementów ustalanych w ramach programu kontrolowanej gry. Dla niektórych terapeutów dopuszczalne jest uprawianie hazardu online jeśli dla gracza będzie to bardziej przyjazna forma.

STU: *Miejsca, które narażały go na niekontrolowane granie, to tu też będziemy pracować nad tym, żeby te miejsca były bardziej przyjazne, gdzie on nie będzie narażony na to. Staramy się ustalić takie przyjazne miejsce do uprawiania tej gry kontrolowanej. Czyli dzisiaj nie ma konieczności pójścia do kasyna, nie ma konieczności pójścia do baru na maszyny. Tylko on może sobie odpalić komputer i nawet posuwam się do tego, że mówię słuchaj, bo ciebie w sumie sama gra interesuje, sam ten zakład, to odpuść sobie chodzenie do tych STS-ów, wypełnianie kuponików, spotkanie się z tymi kolegami. To samo można zrobić w wersji elektronicznej albo rób inne zakłady, zastąp tą grę inną, też hazardową. Oczywiście to jest tylko na zasadzie takiej propozycji, że widziałbym to tak i myślę, że to by było fajnie gdybyś chociaż spróbował. I jak widzę, że jest akceptacja, to tak to robimy.*
(EG22062023PROF)

Ustalenie ograniczeń dla grania

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania są ograniczenia dla grania, np. gdzie nie należy grać, w jakich sytuacjach, w jakim stanie emocjonalnym, ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków. Wyłączenia sytuacji ryzykownych zwiększają szansę na utrzymanie limitów.

STU: Warto rozważyć w jakim czasie, też to robić, przynajmniej, no podobnie, jak nie ma alkoholu w pracy, no to żeby na przykład umówić się z pacjentem, że są takie obszary gdzie na przykład on nie gra właśnie w ramach pracy nad kontrolą. Że praca (zawodowa – autorzy) może być takim obszarem wolnym od grania hazardowego. Tym bardziej, że pacjenci często mówią o tym, że grają właśnie w pracy, w miejscu pracy, że Internet to po prostu umożliwia. Także myślę sobie, żeby stworzyć takie obszary i taki czas, gdzie tego grania nie ma. (JM27062023PROF)

Narzędzia przydatne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania

Sugestią respondentów jest wprowadzenie narzędzi wspomagających proces terapii – formularza samoobserwacji, zapisywania ustalonych limitów i kontraktu terapeutycznego, dzienniczek zysków i strat, monitorowania trudności związanych z utrzymaniem limitów.

Uzupełnienie formularza samoobserwacji przez gracza na początkowym etapie terapii pozwala na poznanie jego wzoru grania. Na tej podstawie można omówić z pacjentem jego sposób grania (rodzaj gry, czas poświęcany na grę, środki, częstotliwość grania, miejsca uprawiania hazardu) oraz ustalić limity.

STU: Przede wszystkim trzeba byłoby uwzględnić rodzaj gry, ile czasu faktycznie ta gra pochłania, czy może pochłaniać. Bo pewnie inaczej to się nieco kształtuje, kiedy ktoś powiedzmy gra w kasynie i go po prostu nie ma całą noc bo gra na automatach, inaczej to się może kształtować kiedy ktoś gra na giełdzie albo obstawia jakieś mecze u bukmachera przez Internet. No na pewno najpierw bym też pytał ile faktycznie ktoś poświęca tego czasu zanim w ogóle zaczynamy taką pracę nad tą kontrolą. Myślę sobie, że można zaproponować pacjentowi najpierw prowadzenie takiego dziennika, żeby on po prostu notował dokładnie ile czasu poświęca, żeby sobie to tam wszystko przez tydzień, dwa, zapisywał i żeby też o tym porozmawiać na ile chciałby ten czas ograniczyć. (JM27062023PROF)

Ustalanie limitów podczas zawierania kontraktu terapeutycznego i ich zapisanie jest kluczowe dla programu kontrolowanego grania.

STU: Jestem za tym, żeby właśnie takie kontrakty z pacjentem gdzieś tam sobie zawierać, takie pewne nasze ustalenia. Mając wiedzę na temat tego jakie poniósł straty przez granie w sposób niekontrolowany, tak, bo tu jesteśmy zgodni, że mamy do czynienia z pacjentem który gra w sposób niekontrolowany. (EG22062023PROF)

Prowadzenie monitoringu zysków i strat pozwala na analizę wzoru grania i ocenę czy udaje się dotrzymać założonych limitów. Forma pisemna pozwala unaocznic graczowi problemy, które pojawiają się w związku z graniem.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Miałoby to pozytywny wpływ, jeśli tak, jak mówię, kontrolowałbym to, czyli za każdym razem zapisywał to, ile wygrałem, ile przegrałem i to by było kontrolowane, a nie w momencie, kiedy ja wygrywam powiedzmy jakąś gotówkę, jestem tego totalnie nieświadomy, a zaraz przygrywam ileś tam jeszcze. Nieświadomy jestem tego, że ja w ogóle włożyłem też jakąś gotówkę. Myślę, że świadomość tego mogłaby w jakiś tam sposób zmniejszyć wydatki. (MK280620232GD)

Monitorowanie trudności związanych z utrzymaniem limitów jest kluczowe dla powodzenia terapii oraz pozwala na modyfikację celów.

STU: To jest jakaś taka kwestia dosyć taka subiektywna, trudno powiedzieć, ale generalnie zwróciłbym uwagę wtedy też na to jak pacjent to widzi, na to na ile to jest bezpieczne, pewnie zajmowalibyśmy się też tym ile czasu gdzieś tam na to poświęca, w jakich porach, chciałby też, nie wiem grać, w co chciałby grać, ile pieniędzy. No myślę sobie, że bardziej bym tu chyba podązał też jakoś za pacjentem i najpierw bym chciał to usłyszeć, nie, jak to pacjent widzi, a potem no myślę, że w miarę jakby postawionych tych celów, no to można by też było to obserwować, nie, czyli że pacjent może, nie wiem, prowadzić różne czynniki samoobserwacji na przykład, zapisywać, patrzeć z czym jest mu trudno, czy się udaje ta kontrola czy nie i jakby też pracować nad tymi trudnościami, które gdzieś tam się pojawiają też, gdzieś przy tej kontroli grania. (JM27062023PROF)

4.10.2. Ustalanie limitów czasowych

Hazard nie dominuje czasu wolnego

Ważna przy ustalaniu limitów czasowych jest dogłębna diagnoza sytuacji konkretnego pacjenta, czy ma rodzinę, jakie na co dzień ma obowiązki, czy ma pracę. Idea jest taka, żeby ustalone limity pozwalały pacjentowi wywiązywać się bez problemu z obowiązków zawodowych i rodzinnych. Należy wziąć pod uwagę obowiązki domowe, ale również czas spędzany z rodziną, np. zabawa z dziećmi, czy wspólny spacer.

STU: *Limit powinien być ustalany tak, żeby na pewno to była jakaś niewielka część czasu wolnego, znaczy tak sobie to wyobrażam, że taka osoba, która jednak się umawia na jakieś granie, to jakby przeznaczają dużo więcej czasu na pracę, na życie rodzinne, że jakby nie tylko w tym czasie, który jest zupełnie dla tej osoby wyznaczony jakby, ta osoba sobie sama musiała wyznaczać taki czas, ale z czasu wolnego, czyli z takiego, który by nie zajmował już czasu na rodzinę czy zabawę z dziećmi i tak dalej, czy w ogóle kontakty, tylko no taki zupełnie stricte wolny czas dla tej osoby (BS12062023PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Czas też, czyli tu podobnie w sumie, żeby jakby nie zaniedbywać obowiązków domowych czy pracy właśnie na rzecz kontrolowanego uprawiania hazardu, czyli też jakby trzeba wiedzieć, czy tam, nie wiem, niektórzy pracują dwanaście godzin dziennie, żeby też odpowiednio do tego jakby umożliwić, znaczy na zasadzie czas na granie czas na pozostałe domowe obowiązki. Okay. Czyli na przykład wykonałem swoje obowiązki domowe, to mogę teraz przeznaczyć czas na gry. (EG24072023GD)*

Chodzi o doprowadzenie do takiej sytuacji, żeby hazard był jedną z form aktywności, wykonywaną w czasie przeznaczonym na rozrywkę i nie dominował innych sfer życia, był tylko jedną z form spędzania wolnego czasu czy zabawy.

STU: *Ta osoba sobie sama musiała wyznaczać taki czas, ale z czasu wolnego, czyli z takiego, który by nie zajmował już czasu na rodzinę czy zabawę z dziećmi i tak dalej, czy w ogóle kontakty, tylko no taki zupełnie stricte wolny czas dla tej osoby. No tak sobie to wyobrażam, że to mogło by być wtedy, czyli też jakaś 1/20, myślę. (BS12062023PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Żeby mimo wszystko nie kolidowało też to z jakimiś innymi czynnościami, po prostu spędzanie nad tym granie czasu, czyli po prostu zminimalizować to i odstawić to jako jakaś tam po prostu przyjemność, w którejś tam kolejności, a nie żeby to po prostu kolidowało z jakimiś innymi czynnościami typu, nie wiem, tam praca czy jakieś po prostu domowe obowiązki, czy tam chociażby, nie wiem, spotkanie z przyjaciółmi czy cokolwiek. No po prostu żeby w dalszym ciągu ten hazard nie*

miął jakiegoś tam głównego czynnika, żeby po prostu mógł być, ale już w jakimś takim dużo mniejszym znaczeniu. (EG23052023GD)

Harmonogram tygodnia

Według jednej z osób z zaburzeniami hazardowymi wyznaczyć limity można poprzez rozpisanie swojego harmonogramu na cały tydzień i umieszczenie w nim wszystkich swoich zobowiązań zawodowych i rodzinnych. W ten sposób może zobaczyć kiedy i ile czasu wolnego zostaje i ile tego czasu można przeznaczyć na grę.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeżeli ktoś ma pracę, ma dom, ma dzieci, no to musi zabezpieczyć w pierwszej kolejności te rzeczy, które są pierwsze do zrobienia, tak można powiedzieć. Mi się wydaje, że najbardziej skutecznym byłoby sobie usiąść i zrobić sobie tak zwany, tak jakby powiedzieć, taki rachunek, podsumowanie co ja robię i na co mnie stać. Jeżeli stwierdzam na kartce, że no wiadomo, rano no to są pewne rzeczy, które i tak trzeba zrobić. Idę do pracy, wracam, muszę zrobić obiad, muszę z dziećmi wyjść na spacer.

Czyli taki harmonogram czasu dnia.

Tak, tak. I jeżeli po zrobieniu tego harmonogramu dnia nie widzę luki, że może się pojawić ten czas na granie, a żeby gra nie doprowadziła do tego, że pojawią się problemy powiedzmy rodzinne i potem by się te piętrzyło, to nie wciskam powiedzmy, nie próbuję gdzieś kosztem czegoś, żeby wcisnąć, no to wtedy szukam powiedzmy ewentualnie te dni, kiedy są powiedzmy wolne od pracy. Jeżeli tylko stać mnie na soboty, to gram tylko w soboty. No, tak mi się wydaje, najbardziej byłoby takie... najbardziej zdrowe podejście. (EG01062023GD)

Częstotliwość grania

Innym czynnikiem, który należy rozważyć przy ustalaniu limitu czasu, to częstotliwość z jaką pacjent grał wcześniej. Dla osób, które grały codziennie ten limit musi być inny niż dla osoby, która grała raz na tydzień. Chodzi o to, by limity były tak ustalone, żeby pacjent rzeczywiście był w stanie ich przestrzegać. Nie oznacza to, że są ustalone raz na zawsze. Po jakimś czasie można spróbować znowu ograniczyć czas, wtedy do celu dochodzi się stopniowo.

STU: Zależy pewnie od tego jak często grał wcześniej. No i tak sobie wyobrażam, że jak często grał wcześniej i że to jakoś trzeba jakoś z nim omówić, na ile on jest w stanie wytrzymać czy jakoś ustalić, żeby to było w miarę dla niego do przyjęcia w ogóle. Czyli

jeśli grał codziennie, no to wyobrażam sobie, że raz na tydzień czy w weekend, no to by było już bardzo, bardzo rzadko dla takiej osoby. (BS12062023PROF)

STU: Ja bym wzięła pod uwagę, ile on grał przed tym, jak się zgłosił na terapię. Czyli jaka była częstotliwość grania przed podjęciem terapii, przed tym programem ograniczenie. I jeżeli na przykład było tak, że ta ilość na przykład, nie wiem, była założony w ciągu tygodnia codziennie, tak, to bym zrobiła na przykład jeden... na przykład, że tygodniowo, tak. Na takie jakies małe powiedziałbym drobne kroki. Nie robiłabym tego na miesiąc dla osoby, która na przykład grała codziennie. (MM01082023PROF)

Powiązane limitów czasowych ze specyfiką gry hazardowej

Respondenci zwrócili uwagę, że niektóre dni, czy okresy mogą być dla graczy bardziej atrakcyjne, na przykład w tych dniach odbywa się wiele rozgrywek sportowych, które można obstawiać. W tej sytuacji proponują, by limity czasowe dopasować właśnie do tej charakterystyki, do rodzaju gry hazardowej.

STU: Strasznie trudne pytanie. Bo tak sobie myślę, że to też jest bardzo indywidualna sprawa, bo jeśli ktoś... To też zależy jak ktoś z tego korzysta. Bo jeśli ktoś jest przy rozgrywkach sportowych, to wszystko zależy, czy to są na przykład jakieś mecze, które są w jakimś danym czasie, no to wtedy limit miesięczny, bo dziennie na przykład nie ma tych rozgrywek. (BS31052023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: No ja zawęziłbym to do też ewentualnie dni, gdy jest po prostu najkorzystniejsza oferta bukmacherska, czyli to na przykład weekendy, bo wtedy jest po prostu najwięcej spotkań, meczy tych różnych, no jest najwięcej zdarzeń. W weekendy i tak w środku tygodnia, no normalnie to tak najczęściej bywało. Więc są takie martwe dni, typu poniedziałek czy czwartek na przykład. To są takie dni, gdzie jest naprawdę dużo mniejsza oferta, także po prostu można by było to też ograniczyć do tych dni bardziej korzystnych, gdzie jest największa oferta, bo można jednak mimo wszystko więcej wybrać. Mogłoby to być przemyślane bardziej. (EG23052023GD)

Ustalanie czasu w jakim obowiązują limity

Jeśli chodzi o to, czy limity powinny dotyczyć dni, czy tygodni, to respondenci różnie to widzą, zwracają uwagę na różne czynniki, które należy uwzględnić. Jeden z nich zaproponował ustalenie konkretnych dni, w których można grać.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Jakieś dni konkretne, że w poniedziałek, środę i na przykład sobotę można sobie zagrać, a w pozostałe dni nie. JM220620231GD.*

Zwrócono również uwagę, że dni weekendowe mogą być tymi chętniej wybieranymi na grę, bo zwykle wtedy pacjenci mają mniej zobowiązań.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Uważam, że najbardziej tak racjonalnym byłoby ułożenie... dla osób, które oczywiście, jak w moim przypadku, mają pracę, mają dom, rodzinę, w ogóle wyłączenie na przykład takiego planu w tygodniu, ewentualnie na przykład w weekend i to też oszacowanie na przykład 15 minut czy tam pół godziny czy godzinę, no zależy kto chce co realizować, ale żeby to było takie stałe...znaczy w godzinach może nie, ale żeby to był stały taki czas. (EG01062023GD)*

Za limitami dziennymi przemawia to, że jeśli limit jest tygodniowy, to mogłoby się zdarzyć, że pacjent i tak wykorzystałby go jednego dnia, nie rozkładając na pozostałe dni.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Mi się wydaje, żeienne są takie najbardziej odpowiednie będą do kontrolowanego, bo jakby mając w świadomości, że to jakby można podzielić na tydzień na przykład to, no ja trochę znowu odnoszę do siebie, może to jest błędne, ale wiem, że już bym pewnie pierwszego dnia wszystko jakby wykorzystał, bo to jak już by tak szybka jest, także myślę, żeienne byłoby najlepszym rozwiązaniem, czyli generalnie tyle ile czasu tam godzina na przykład, pół, taka kwota i koniec, bo jakby było przeznaczone na cały tydzień dajmy tam czy powiedzmy siedem godzin tam, trzysta złotych założmy, to już by to mogło się jakby we wcześniejsze dni, że tak powiem wykorzystać. (EG24072023GD)*

Ten sam argument został podany w przypadku przewagi limitów tygodniowych nad limitami miesięcznymi.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Taki miesięczny chyba czas to byłoby trochę dużo, bo takie osoby, popadają bardzo często ze skrajności w skrajność. Jeżeli ktoś im dał, nie wiem pięć czy dziesięć godzin w miesiącu, to bym podejrzewał, że w pierwszym tygodniu już to by było przegrane i potem trzy tygodnie abstynencji całkowitej, nakręcania się całe trzy tygodnie na następny pierwszy tydzień miesiąca, żeby po prostu wejść i pograć. (MK280620231GD)*

Podkreślono, by starać się tak ustalać limity, by pacjent nie grał codziennie. Chodzi o to, by granie nie było częścią codziennej rutyny, czymś co kojarzy się z codzienną aktywnością. Limity powinny być najmniejsze jakie pacjent jest w stanie w danej chwili zaakceptować i utrzymać.

STU: No ja tak sobie myślę, że to kwestia tego, że jeśli pacjent wnosi, że potrzebuje grać codziennie, no to to jest kwestia przyjrzenia się czy ta gra jest mu potrzebna codziennie i na przykład tak jak, nie wiem, z innymi aktywnościami, czy to jest coś, co może robić raz w tygodniu na przykład i czy to będzie powodowało jakiś dyskomfort jego samopoczucia czy nie. Więc jeśli się okaże, że granie raz w tygodniu jest czymś, co nie powoduje jakiegoś takiego dyskomfortu, no to może warto byłoby to tak minimalizować, żeby też nie za często, żeby też nie wpadać w takie kompulsywne granie, tak jak z bieganiem codziennym, że tylko myślimy o tym, żeby biegać. (BS31052023PROF)

Czynniki utrudniające utrzymanie limitów czasowych

Respondenci również uwagę na czynniki, które utrudniają utrzymanie limitu, na przykład wygrywanie w grze. Wtedy trudniej jest przestrzegać narzuconych sobie ograniczeń.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: To zależy od salonu, w jakie dni jest otwarty. Z reguły to są otwarte siedem dni w tygodniu, oprócz tam świąt tych większych. To każdy sobie wyznacza. Co prawda w tych totalizatorach, tam jest też limit czasowy, oprócz tego, że pieniężny, kwota, to jest czasowy. Można sobie pięć godzin, tylko że ja czas to ustaliłam bez ograniczeń, no ale można sobie ustawić, nie wiem, trzy godziny, cztery godziny, ale to moim zdaniem to jest bez sensu, no bo jeżeli zaczyna iść, jak już czas się kończy, no to też nie zagrasz.

I to przeszkadza?

No myślę, że tak. Myślę, że przeszkadza, no bo skoro maszyna zaczęła dawać, no wiadomo nie zawsze dają i nagle czas się skończył, no to ktoś inny usiądzie do tej maszyny, bo one tak są zaprogramowane, ktoś inny usiądzie na tej maszynie i tak samo ugra. Dlatego czasowego limitu ja nie mam w ogóle. (BS170720231GD)

4.10.3. Ustalanie limitów finansowych

Wyznaczenie limitów finansowych

Limity finansowe należy ustalać w zależności od dochodów gracza.

STU: *Podaję, że takich (czynników -autorzy) dotyczących statusu finansowego takiej osoby. Tak sobie wyobrażam. Dla jednego 1000 złotych to było niewiele, a dla niektórych to może połowa uposażenia i wtedy nie wyobrażam sobie, żeby ustalać taką kwotę z taką osobą. (BS12062023PROF)*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Ustalmy, że rozmawia Pani w tej chwili, Pani jest terapeutką, ja jestem pacjentem i jestem prezesem Narodowego Banku Polskiego. Moje dochody są w granicach 100 000 złotych miesięcznie. I jaki Pani limit dla mnie ustali? 20 000 miesięcznie. Teraz rozmawia Pani z pracownikiem socjalnym w miejscowości Ciechanów, który zarabia 3200 i jaki Pani limit ustali? 100 złotych miesięcznie? Każdy przegrywa tyle, na ile go stać. Prosta definicja. (MM010820231GD)*

Brakuje jednoznacznych sugestii w jaki sposób ustalać limit pieniędzy, które można by było przeznaczyć na grę np. w danym miesiącu. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Wysokość mogłaby stanowić np. 5% miesięcznego wynagrodzenia.

STU: *No bardzo trudno jest to określić, ale wydaje mi się, że to miałyby być jakaś, nie wiem, ale to to rzucam po prostu: 1/20 dochodów miesięcznych. (BS12062023PROF)*

Zdaniem osób z zaburzeniami hazardowymi, limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków jakie niezbędne są na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów, oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczać pieniądze na grę.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *No ja myślę, że to jakby od stanu portfela danej osoby, żeby jakby nie było tak, że za duża przeznaczona ilość pieniędzy, później pójdzie na jakby bytowanie codzienne, czyli tak, żeby generalnie to jakoś proporcjonalnie były zachowane, że i starcza na codzienne takie życie typu zakupy, leki, jakieś wizyty u lekarza prywatne, jak i właśnie na grę. Ja bym zaczął od tego, że po wypłacie opłaciłbym wszystkie jakby rachunki, zobaczył ile tam zostaje na koncie, podzielił powiedzmy, no nie wiem, tam przez ilość dni, tam że powiedzmy na zakupy jakieś tam, wiadomo, że zdarzają się sytuacje jakby losowe, no typu jakaś właśnie choroba, czyli później zakup leków trzeba, tak jakby nigdy nie jest człowiek w stanie zaplanować miesięcznego budżetu, ale mniej więcej jakoś tam. No generalnie od wysokości pensji bym powiedział, czyli im wyższa pensja, tym*

wiadomo ten dzienny czy tam tygodniowy, zależy jak tam będzie ustalone, limit na gry no może być odpowiednio większy. (EG24072023GD)

Ustalając limity finansowe, które gracz może wyznaczyć należy wziąć pod uwagę sytuację ekonomiczną. Długi i zobowiązania ograniczają pulę środków, które można przeznaczyć na hazard.

STU: Po pierwsze limity finansowe, ale też ilościowe, może jakościowe nawet, bo to pytanie, co by wchodziło w elementy tego kontraktu kontrolowanego grania. Natomiast jeżeli chodzi o te sprawy finansowe, to byłoby to przedmiotem jednak ustalenia z pacjentem. Tak to widzę. Bo pytanie, w jakiej on w ogóle sytuacji finansowej jest w tej chwili w ramach swojego uzależnienia. Bo prawie wszyscy pacjenci zgłaszają się do terapii, jeżeli chodzi o hazard, to najczęstszą destrukcją, której doświadczają są pieniądze i to ich skłania do tego, że się zgłaszają. (MM060720231PROF)

STU: To też jest zależne od wynagrodzenia, dostępności finansowych. To myślę, że to trzeba by było pewnie zbadać. Właśnie w co gra, jak często gra, ile ma pieniędzy, znaczy możliwości finansowe. No bo to też pewnie trzeba było przeanalizować jakie ma straty, długi, prawdopodobnie też trzeba by było ustalić, przy ustalaniu kontrolowania grania, zapoznać się z jego sytuacją rodzinną finansową. (MK04072023PROF)

Ustalając limity należy wziąć również pod uwagę stan cywilny gracza – czy ma współmałżonka, dzieci. Jest to ważne w przypadku utrzymywania rodziny przez gracza.

STU: Na pewno status taki społeczny, czyli rodzinny, czy to jest osoba samotna, zależąca tylko od siebie, czy też ma rodzinę, dzieci. No tutaj bardzo bym na to zwracała uwagę jako taki czynnik ograniczający bardzo tę kwotę. (BS12062023PROF)

Przygotowanie planu wydatków może być pomocne przy określaniu limitów finansowych. Plan wydatków może być również narzędziem przydatnym w programie.

Ustalenie limitu finansowego na jeden zakład

Zdaniem niektórych respondentów należałoby wyznaczać limity finansowe nie tylko na jakiś założony okres czasu, np. miesiąc, ale także na jedną grę/zakład. Określenie maksymalnej stawki zakładu również pozwala ograniczać granie.

STU: No limity finansowe w czasie jednej gry. No jego limity zarobkowe tak naprawdę i wybrać jakiś poziom długów. (AL090820231PROF)

Granie na niskich stawkach

Zdaniem specjalistów psychoterapii uzależnień, istotne jest ustalenie z pacjentem aby grał na niskich stawkach. Pozwoli mu to dostarczyć wszystkie emocje wynikające z grania i będzie zapobiegało szybkim przegranym. Jednocześnie gracze nie będą chcieli szybko się odegrać.

STU: Zachęcałabym też pacjenta w takich sytuacjach do tego, żeby to nie były zbyt duże kwoty. No bo im większą kwotę postawi, tym więcej jest w stanie przegrać, tym później większa chęć do tego żeby odkuć się. Bo w tych hazardowych uzależnieniach są takie bardzo natrętne myśli związane z tym, że po prostu jak już przegram, to teraz jest taka determinacja do tego żeby odzyskać i wygrać. (EG27062023PROF)

Ustalenie limitów na koncie

Inną sugestią, pochodzącą ze strony osób z zaburzeniami hazardowymi, było ustalenie limitów na koncie, których nie można przekroczyć.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeżeli powiedzmy są tacy hazardziści czy są takie osoby uzależnione, które na przykład korzystają z tych internetowych, to w takiej sytuacji żeby z góry sobie założyć, że założyłem 200 złotych i 200 złotych przeznaczę. No to założymy na tym profilu bankowym też z góry sobie narzucam jakiś przelew czy jakkolwiek to nazwać, który będzie na tyle regularny, że nie będzie mnie absorbował do przelewania kolejnych pieniędzy. Po prostu ustalona kwota. (EG01062023GD)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: No mój kolega chodził na terapię to mu terapeutka mówiła, że na przykład kartę, że ma sobie blokować wybieranie z karty, że dzienny limit 100 złotych czy 50 złotych, żeby sobie ustawił. I on tak zrobił. Na krótką metę może to pomóc, ale jeśli ktoś jest hazardzistą, to też to nie jest cała metoda, całe wyjście z sytuacji. (BS13062023GD)

Granie tylko gotówką

Zdaniem niektórych STU i osób z zaburzeniami hazardowymi, ustalając strategię ograniczania grania należy dążyć do grania z wykorzystaniem pieniędzy rzeczywistych

(gotówki). Zdaniem respondentów pozwala to w lepszym stopniu kontrolować przepływ pieniędzy.

STU: *Mieć jakąś ograniczoną pulę pieniędzy po prostu, że idzie się do kasyna z jakąś gotówką, bardzo małą i koniec, więcej nie jestem w stanie po prostu dać.* (JM270620232PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *Łatwiej mieć w sumie te pieniądze w rękę i wtedy to ustalać, bo właśnie grając chociażby przez internet, robiąc przelewy, no to się tego nie pilnuje, a mając te pieniądze po prostu w rękę można rozdzielić je w jakiś tam sposób. To na przykład w taki sposób można by było ustalić ile mogę przeznaczyć.* (EG23052023GD)

5. Rekomendacje dla realizacji programów kontrolowanego uprawiania hazardu w placówkach leczenia uzależnień

5.1. Potencjalna grupa odbiorców programu kontrolowanego grania

Osobami, które mogłyby skorzystać z programów ograniczania grania hazardowego są:

- osoby młode

Z dużym prawdopodobieństwem są to osoby, których uzależnienie nie jest jeszcze bardzo głębokie. Korzyścią dla tych osób może być to, że jeśli na wczesnym etapie podejmą próbę kontrolowania uprawiania hazardu, to zaowocuje to ograniczeniem ponoszonych szkód w przyszłości. Osoby te jeśli rozwiną mechanizmy kontroli i uzyskają wgląd w swoje decyzje, to będą mogły bardziej świadomie podejmować decyzje.

Warto podkreślić jednak, że programy ograniczania grania nie powinny dyskryminować starszych odbiorców.

- osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są bardzo nasilone

Zarówno osoby z zaburzeniami hazardowymi, jak i profesjonaliści uważają, że osoby na początkowym etapie uzależnienia, takie, których problemy nie są jeszcze bardzo nasilone mogą spróbować ograniczenia grania. Kluczowe znaczenie ma postawienie rzetelnej diagnozy obejmującej całościową sytuację pacjenta.

- osoby, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymywać założone limity (sprawne funkcjonowanie psychospołeczne)

Ważne, by osoby, które podejmują próby kontrolowanego picia miały do tego zasoby. Pacjenci, którzy mogliby spróbować kontrolować swoje granie, to osoby bez zadłużenia, w stabilnej sytuacji życiowej, zmotywowane. Przywoływany jest koncept osób wysoko funkcjonujących jako odpowiednich adresatów tego rodzaju oferty, ze względu na kapitał społeczny jakim dysponują.

- osoby posiadające wsparcie społeczne

Zwrócono uwagę na wsparcie społeczne jako istotny element, który zwiększa szanse pacjenta na to, że skorzysta z celu leczenia polegającego na ograniczeniu grania. Osoba dobrze osadzone społecznie, utrzymująca interakcje z innymi lepiej rokuje.

- z jednej strony respondenci wskazują, że osoby zmotywowane są dobrymi adresatami takich programów, z drugiej strony mówią, że osoby niezmotywowane, które nie są gotowe, by utrzymywać abstynencję również mogłyby odnieść korzyści z udziału

W przypadku osób pozbawionych motywacji, w początkowej fazie budowania motywacji, zalecana jest praca indywidualna z terapeutą. W celu budowania motywacji, konieczne jest dobre rozpoznanie potrzeb pacjenta i jego sytuacji życiowej, jego ewentualnych lęków, obaw, wstydu, poczucia winy, czyli czynników, które utrudniają leczenie. Kiedy pacjent wzmocni swoją motywację może uczestniczyć w procesie grupowym. Zalecanym narzędziem pracy z osobami niezmotywowanymi jest wywiad motywujący.

5.2. Przeciwwskazania do uczestniczenia w programie

Kto nie powinien uczestniczyć w programie kontrolowanego grania:

- osoby ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych oraz osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi innymi niż uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, chyba że ich stan jest ustabilizowany, np. farmakologicznie lub/i pozostają pod specjalistyczną opieką;

- osoby, których uzależnienie jest zaawansowane i doznają już dotkliwych strat związanych ze swoim graniem;
- osoby, które doświadczają problemów w życiu osobistym, np. pozostają w związku, w którym występuje przemoc; borykają się z problemami finansowymi i w życiu społecznym.
- osoby, które podejmowały próby samobójcze oraz osoby zgłaszające myśli samobójcze;
- osoby impulsywne, słabo kontrolujące emocje, mające mały wgląd w świat wewnętrzny, źle reagujące na stres, osoby z zaburzeniami osobowości

5.3. Gdzie realizować – ambulatoria/dzienny/stacjonarny

Zdaniem respondentów, program kontrolowanego uprawiania hazardu trudno byłoby wprowadzić do leczenia stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia.

Poza tym w leczeniu stacjonarnym pacjent miałby niewielkie możliwości, by wdrażać w życie cele, które sobie założył.

5.4. Czy w jednej placówce/grupie mogą być pacjenci dla których celem będzie abstynencja i kontrolowanie grania?

Leczenie w jednej placówce osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu dla niektórych terapeutów jest trudne do zaakceptowania. Obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania, a nie utrzymywania abstynencji.

Profesjonaliści, którzy brali udział w panelu ekspertów proponują, by:

- kwalifikować pacjentów do programów na podstawie rzetelnej diagnozy;
- rozmawiać z pacjentami o plusach i minusach każdej ze ścieżek terapeutycznych i ich wątpliwościach;
- zaakceptować, że pacjent ma prawo wyboru ścieżki leczniczej i zaufać, że dokona świadomego wyboru.

Alternatywą jest praca nad kontrolowaniem grania w kontakcie indywidualnym.

5.5. Założenia terapii

Indywidualizacja i możliwość modyfikacji celów

Program kontrolowanego grania musi dopuszczać modyfikację przyjętych celów, aby można było je indywidualizować i dostosowywać do sytuacji i etapu terapii.

Prowadzenie terapii w duchu dialogu motywującego

Zdaniem specjalistów psychoterapii uzależnień ważne jest, aby terapia była prowadzona w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów.

Obszary pracy terapeutycznej

Istnieje potrzeba, by terapia kontrolowanego grania obejmowała:

- myśli przyzwalających i dysfunkcyjnych przekonań podtrzymujących uzależnienia,
- zagadnienie regulacji emocji i zaspokojenia własnych potrzeb,
- mechanizmów samokontroli,
- zmiany destrukcyjnych nawyków pacjenta.

W tym celu może być wykorzystywane podejście poznawczo-behawioralne.

Konsultacje psychoedukacji dla rodzin

Ich celem jest wytłumaczenie najbliższym na czym polega ograniczanie grania i informacja jak można wspierać pacjenta w realizacji jego celów, między innymi poprzez wspieranie jego mechanizmów samoregulacji.

5.6. Kwestie, które należy wziąć pod uwagę ustalając limity

Doświadczenia w programie kontrolowania grania

Wywiad diagnostyczny powinien również rozpoznać poprzednie doświadczenia graczy z samoograniczaniem oraz uczestnictwem w programach kontrolowania grania w przeszłości.

Indywidualizacja limitów

Program grania kontrolowanego powinien mieć charakter indywidualny, co oznacza że limity powinny być ustalane na podstawie znajomości sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza - poziomu zadłużenia, ponoszonych strat z powodu grania, rodzaju gier oraz na jakim etapie rozwoju zaburzenia się znajduje.

Konieczność ustalenia limitów czasowych i finansowych

Należy ustalać zarówno częstotliwość gry, limity czasowe jak i finansowe. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii.

Włączenie rodziny

Wskazanie do konsultacji i psychoedukacji dla rodzin w zakresie systemowych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie behawioralne lub edukacji w obszarze konstruktywnego wspierania osoby uzależnionej w realizacji celów realizowanych w terapii.

Włączenie rodziny w ustalanie celów leczenia oraz angażowanie jej przez cały proces pozwala na większą akceptację i zrozumienie dla idei programu oraz zwiększa szansę na powodzenie terapii. Gracze nie pozostają sami podczas procesu leczenia, a rodzina może przyglądać się realizacji celów.

Ustalenie formy grania

Istotne jest ustalenie formy uprawiania hazardu. Uprawianie hazardu w Internecie jest postrzegane jako szczególnie niebezpieczne ze względu na nieograniczoną dostępność czasową, brak konieczności wychodzenia z domu. Granie tylko w punktach stacjonarnych, szczególnie oddalonych od miejsca zamieszkania, może pomóc w ograniczeniu grania.

Niektóre formy gier hazardowych są postrzegane jako niosące większy potencjał uzależniający, np. gra na automatach. Wybór innego typu hazardu może sprzyjać ograniczeniu grania.

Ustalenie ograniczeń dla grania

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania są między innymi następujące kwestie:

- gdzie nie należy grać,
- w jakich sytuacjach,

- w jakim stanie emocjonalnym,
- ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków.

Narzędzia przydatne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania

Pomocne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania mogą być narzędzia, które należałoby opracować i poddać ewaluacji:

- formularz samoobserwacji - rodzaj gry, czas poświęcany na grę, środki, częstotliwość grania, miejsca uprawiania hazardu, sytuacje, które wywołują chęć grania
- zapisywania ustalonych limitów i kontraktu terapeutycznego
- dzienniczek zysków i strat
- monitorowania trudności związanych z utrzymaniem limitów
- plan wydatków pozwalający na racjonalizację ustalenia limitów finansowych
- aplikacje finansowe
- harmonogram tygodnia, który pozwala ocenić ile czasu pozostaje na graniu i kiedy,
- narzędzie do prezentacji wybranych technik z zakresu regulacji emocji oraz wskazań do zmiany niekonstruktywnych zachowań.

5.7. Ustalanie limitów czasowych

Wyznaczenie częstotliwości grania

Dla osób, które grały codziennie ten limit musi być inny niż dla osoby, która grała raz na tydzień. Chodzi o to, by limity były realistyczne, żeby pacjent rzeczywiście był w stanie ich przestrzegać. Nie oznacza, że są ustalone raz na zawsze. Po jakimś czasie można spróbować znowu ograniczyć czas, wtedy do celu dochodzi się stopniowo.

Uprawianie hazardu nie może kolidować z obowiązkami

Ustalone limity powinny pozwalać pacjentowi wywiązywać się bez problemu z obowiązków zawodowych i rodzinnych. Należy wziąć pod uwagę obowiązki domowe, ale również czas spędzany z rodziną, np. zabawa z dziećmi, czy wspólny spacer.

Hazard nie powinien być jedyną rozrywką, formą spędzania wolnego czasu

Chodzi o doprowadzenie do takiej sytuacji, żeby hazard był jedną z form aktywności, wykonywaną w czasie przeznaczonym na rozrywkę i nie dominował innych sfer życia. Dobrze, by klient poszukał również innych atrakcyjnych dla siebie form spędzania wolnego czasu, czy zabawy.

Powiązane limitów czasowych ze specyfiką gry hazardowej

Respondenci zwrócili uwagę, że niektóre dni, czy okresy mogą być dla graczy bardziej atrakcyjne, na przykład w tych dniach odbywa się wiele rozgrywek sportowych, które można obstawiać. W tej sytuacji proponują, by limity czasowe dopasować właśnie do tej charakterystyki, do rodzaju gry hazardowej.

Ustalanie czasu w jakim obowiązują limity

- wyznaczenie konkretnych dni na grę, np. w czwartki
- wyznaczanie dni weekendowych, bo zwykle wtedy pacjenci mają mniej zobowiązań,
- wyznaczenie limitów dziennych, a nie tygodniowych (jeśli limit jest tygodniowy, to mogłoby się zdarzyć, że pacjent i tak wykorzystałby go jednego dnia, nie rozkładając na pozostałe dni),
- wyznaczanie limitów tygodniowych, a nie miesięcznych (podobne uzasadnienie jak powyżej),
- powiązanie limitów dziennych i tygodniowych, czyli np. 2 godziny dziennie, nie więcej niż 2 razy w tygodniu.

Unikanie codziennej aktywności hazardowej

Należy tak ustalać limity, by pacjent nie grał codziennie. Chodzi o to, by granie nie było częścią codziennej rutyny, czymś co kojarzy się z codzienną aktywnością. W programach kontrolowanego picia wspomina się na przykład, by dwa dni w tygodniu, najlepiej nie następujące po sobie były dniami wolnymi od picia.

5.8. Ustalanie limitów finansowych

Wyznaczenie limitów finansowych

Brakuje konkretnych sugestii w odniesieniu do ustalania poziomu limitów finansowych. Należy je wyznaczać w zależności od dochodów gracza. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Wysokość mogłaby stanowić np. 5% miesięcznego wynagrodzenia.

Limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków, które niezbędne są na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów, oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczać pieniądze na grę.

Wśród propozycji strategii ustalania limitów finansowych pojawiły się różne propozycje:

- ustalania limitu finansowego na okres czasu (np. miesiąc)
- na jeden zakład (niskie stawki)

Granie na niskich stawkach

Istotne jest ustalenie z pacjentem, aby grał na niskich stawkach. Pozwoli mu to doświadczyć emocji wynikających z grania i będzie zapobiegało szybkim przegrany. Jednocześnie gracze nie będą mieli tak dużej potrzeby, żeby się odegrać.

Ustalenie limitów na koncie

Pomocne przy utrzymywaniu limitów finansowych jest ustalenie limitów na koncie bankowym, których w razie przegranych nie można przekroczyć.

Granie tylko gotówką

Ustalając strategię ograniczania grania należy dążyć do grania z wykorzystaniem pieniędzy rzeczywistych (gotówki). Pozwala to w lepszym stopniu kontrolować przepływ pieniędzy.

5.9. Pilotaż i ewaluacja, wdrażanie

Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuwać nad jakością i skutecznością oddziaływań. Pierwszym etapem implementacji

programu powinien być pilotaż z pomiarem efektywności programu wśród pacjentów kończących leczenie.

Wdrażać tego typu programu powinni jedynie terapeuci znający jego założenia i mający przekonanie, że pacjent może odnieść korzyści z tego typu leczenia.

6. Podsumowanie

Część respondentów nie wierzy w możliwość uprawiania hazardu w sposób kontrolowany. W definicji kładziony jest nacisk na stosowanie się do założonych limitów czasowych i finansowych, ograniczanie lub wyeliminowanie strat, utrzymywanie grania w gry hazardowe na poziomie charakterystycznym dla innych rozrywek. Podnoszone jest, że to podejście mniej stygmatyzuje pacjentów, gdyż w jego centrum jest samostanowienie i odpowiedzialność pacjenta.

Głównie próby samoograniczania związane są z nakładaniem na grę limitów czasowych i finansowych. Limity finansowe mogą dotyczyć zarówno konkretnych kwot, jak i postanowienia, że priorytetowe jest zabezpieczenie potrzeb życiowych, a dopiero nadwyżki przeznaczane są na grę. Limity czasowe mogą dotyczyć godzin, czy dni przeznaczanych na granie, ale również odnosić się do zobowiązań, czasu przeznaczanego na inne aktywności. Duża część respondentów podkreśla, że nawet jeśli na początku udaje się stosować do założonych limitów, to po pewnym czasie gra znowu wymyka się spod kontroli. Może dziać się tak z powodu nieadekwatnych, trudnych do osiągnięcia celów. Próby samoograniczenia mogą obejmować również unikanie miejsc, w których można uprawiać hazard, jak i osób, z którymi się gra. Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują również ograniczać szkody zmieniając rodzaj gry, na taki, który w ich rozumieniu jest mniej szkodliwy.

Pomimo, że wielu respondentów wypowiada się sceptycznie o możliwości kontrolowania grania, to jednak uważają, że dobrze, by pacjent mógł skorzystać z takiego celu leczenia, bo łatwiej mu jest dążyć do abstynencji, jeśli sam się przekona, że nie potrafi utrzymać założonych limitów. Dzięki takiemu celowi można ściągnąć pacjenta do leczenia, a nawet niewielkie, korzystne zmiany mogą owocować zmianami w grze. Wydaje się jednak, że profesjonaliści i osoby z zaburzeniami hazardowymi nie mają wystarczającej wiedzy na temat tego podejścia.

W opinii respondentów osobami, które mogłyby skorzystać z programów ograniczania picia są osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są

bardzo natężone oraz takie, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymywać założone limity. Z jednej strony respondenci wskazują, że osoby zmotywowane są dobrymi adresatami takich programów, z drugiej strony mówią, że osoby niezmotywowane, które nie są gotowe, by utrzymywać abstynencję również mogłyby odnieść korzyści z udziału.

Osoby, których uzależnienie jest zaawansowane, doznają już dotkliwych strat związanych ze swoim graniem, takie, które doświadczają problemów w życiu osobistym, społecznym, finansowym, borykają się z innymi uzależnieniami, bądź zaburzeniami psychicznymi, podejmowały próbę lub próby samobójcze nie powinny być według respondentów adresatami programów kontrolowanego picia.

Wdrożenie programów kontrolowanego grania mogłoby przynieść szereg korzyści, chociażby zachęcić do leczenia pacjentów nie przekonanych do utrzymywania abstynencji. To pacjenci na podstawie własnego doświadczenia mogliby rewidować cele leczenia, nikt by im tego nie narzucał. Poza tym pacjenci trafiając do leczenia mogliby zyskać wiele umiejętności, które z pewnością miałyby korzystny wpływ na ich funkcjonowanie, np. mieliby szansę nauczyć się lepiej zarządzać swoimi emocjami. Pacjenci dzięki leczeniu mogliby również poprawić swoją sytuację materialną, ograniczyć ponoszone straty.

W badaniu udało się zidentyfikować ograniczenia programu kontrolowanego uprawiania hazardu. W ocenie niektórych respondentów są nimi ryzyko pogłębiania uzależnienia poprzez utrzymywanie kontaktu z zachowaniem, które generuje problemy oraz wspieranie osób z zaburzeniami hazardowymi w graniu. Wydaje się to istotne szczególnie dla terapeutów i osób z zaburzeniami hazardowymi, które nie traktują na równi podejścia abstynencyjnego oraz związanego z ograniczeniem grania. Dla niektórych terapeutów ograniczeniem programu kontrolowanego grania może być brak możliwości weryfikacji przekazywanych przez graczy informacji. Jednak w przypadku tradycyjnej formy terapii również nie mają narzędzi do sprawdzenia deklaracji pacjentów. Ograniczeniem programu kontrolowanego grania mogą być także trudności w utrzymywaniu założonych limitów gry, które mogą rodzić negatywne emocje i być frustrujące dla pacjentów, a przekraczanie limitów może doprowadzić do powrotu do starych wzorów grania, które obarczone były dotkliwymi konsekwencjami.

Z wypowiedzi respondentów wynika, że istnieje szereg barier utrudniających wprowadzenie programu kontrolowanego uprawiania hazardu do oferty terapeutycznej.

Niektóre z nich związane są z postawami pracowników systemu leczenia uzależnień i brakiem akceptacji dla tego typu oddziaływań. Dla osób osadzonych w nurcie abstynencyjnym jest to metoda nieterapeutyczna. Część barier związana była z podejściem oraz formą terapii. W ramach tej kategorii znalazły się bariery związane z abstynencyjnym celem leczenia, który jest mocno zakorzeniony w ofercie terapeutycznej. W dalszym ciągu są placówki, w których łamanie abstynencji wiąże się z usunięciem z terapii. Zdaniem badanych, są terapeuci, którym trudno będzie zaakceptować cel jakim jest ograniczenie grania i praca z ustalonymi limitami. Jednak podobnie jest w terapii uzależnienia od alkoholu, gdzie różnorodność terapeutów i przyjętych celów zwiększa dostępność leczenia. Kolejna kategoria barier związana była z organizacją systemu leczenia uzależnienia od hazardu. Respondenci podkreślali, że program ograniczania grania byłoby trudno realizować w placówkach terapii stacjonarnej, do których trafiają osoby z najcięższym przebiegiem zaburzenia i na zaawansowanym etapie choroby. Bariery są również wspólne uczestnictwo w grupie terapeutycznej osób utrzymujących całkowitą abstynencję oraz ograniczających granie. Zdaniem terapeutów pacjenci, którzy utrzymują abstynencję mieliby poczucie, że są gorsi, bardziej uzależnieni przez co trudniej byłoby im się identyfikować z grupą, a praca dla specjalistów byłaby trudniejsza. Zidentyfikowane w badaniu rekomendacje dla wprowadzenia programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej można również osadzić w trzech wymiarach, jednak trochę innych niż w przypadku barier. Jeden z nich związany jest z systemem kontroli nad dostępnością do gier hazardowych w Polsce i odnosi się do funkcjonowania indywidualnych kont gracza, na których można ustalać indywidualne limity czasowe i finansowe. W ramach tej kategorii rekomendacji wyróżniliśmy również konieczność przeprowadzenia kampanii edukacyjnej o zróżnicowanych celach leczenia oraz o samym problemie grania w gry hazardowe. Oprócz tego, wprowadzenie programu do lecznictwa wymaga przygotowania wytycznych dla obierania celu kontrolowania grania. Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuwać nad jakością i skutecznością oddziaływań.

Kolejny wymiar rekomendacji odnosił się do prowadzonych oddziaływań terapeutycznych. Zdaniem respondentów program powinien być prowadzony w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów. Niektórzy specjaliści psychoterapii uzależnień dopuszczają uczestnictwo na terapii grupowej osób ze zróżnicowanymi celami terapeutycznymi –

abstynencja i kontrolowane granie. Nie obawiają się oni konfliktów w grupie, czy że osoby utrzymujące abstynencję ją złamią, ponieważ zróżnicowanie uczestników jest istotne w procesie grupowym. Jednak jest także grupa terapeutów, którzy uważają, że należy rozdzielić ścieżki terapeutyczne dla osób, które przyjmują za cel leczenia abstynencję i kontrolowane granie. Ich zdaniem uczestnictwo w grupie osób z różnymi celami terapeutycznymi może wywoływać chęć ich zmiany. Szczególnie obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania a nie utrzymywania abstynencji.

Skuteczne wdrożenie programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej wymaga przeprowadzenia szkoleń dla specjalistów psychoterapii uzależnień. Pozwoliłyby one oswoić ich z tematem, otworzyć na nowe podejścia, przekonać środowisko.

W badaniu zidentyfikowaliśmy szereg zagadnień, które wiążą się z praktyką ustalania celów terapeutycznych dla kontrolowanego uprawiania hazardu. Istotną kwestią dla ustalania limitów czasowych i finansowych jest rozpoznanie stopnia zaawansowania zaburzenia hazardowego. Poziom uzależnienia może mieć wpływ na powodzenie terapii dlatego ważny jest wywiad diagnostyczny i rozpoznanie wzoru grania, który będzie wyznaczał strategię ustalania limitów. Wiąże się to z indywidualizacją limitów czasowych i finansowych, będących wypadkową wzoru grania, sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza. Wywiad diagnostyczny powinien również uwzględniać poprzednie doświadczenia graczy z samoograniczaniem oraz uczestnictwem w programach kontrolowania grania w przeszłości.

Respondenci podkreślają, że należy ustalać zarówno częstotliwość gry, limity czasowe jak i finansowe. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii. Włączenie rodziny w ustalanie celów leczenia oraz angażowanie jej przez cały proces pozwala na większą akceptację i zrozumienie dla idei programu oraz zwiększa szansę na powodzenie terapii. Gracze nie pozostają sami podczas procesu leczenia, a rodzina może przyglądać się realizacji celów.

Istotne jest również ustalenie formy uprawiania hazardu. Brakuje tu jednoznacznej odpowiedzi ponieważ część respondentów rekomendowała uprawianie hazardu w punktach stacjonarnych, które najczęściej oddalone są od miejsca zamieszkania. Z kolei niektórzy byli zdania, że granie z wykorzystaniem internetu może być bardziej przyjazne ponieważ osoby z zaburzeniami hazardowymi nie spotykają innych graczy.

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania są ograniczenia dla grania, np. gdzie nie należy grać, w jakich sytuacjach, w jakim stanie emocjonalnym, ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków. Wyłączenia sytuacji ryzykowanych zwiększają szansę na utrzymanie limitów.

Pomocne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania mogą być narzędzia, które należałoby opracować i poddać ewaluacji - formularz samoobserwacji, zapisywania ustalonych limitów i kontraktu terapeutycznego, dzienniczek zysków i strat, monitorowania trudności związanych z utrzymaniem limitów. Narzędziem, które można wykorzystać w programie jest plan wydatków pozwalający na racjonalizację ustalenia limitów finansowych.

Limity czasowe zawsze powinny opierać się o dogłębną diagnozę sytuacji pacjenta: jego zobowiązania, sytuację rodzinną, rodzaj gry, dotychczasowy wzór grania. Limity powinny być takie, żeby pacjent był w stanie ich przestrzegać, co nie oznacza, że w przyszłości nie można ich zmniejszyć. Należy dążyć do takiej sytuacji, żeby hazard nie dominował innych aktywności, był tylko jedną z form spędzania wolnego czasu. Warto zwrócić uwagę, by epizody grania nie kumulowały się w czasie, zapobiegać temu może ustalenie konkretnych dni przeznaczonych na grę. Istotny jest również rodzaj gry, bo z perspektywy gracza niektóre dni mogą być bardziej atrakcyjne, np. w przypadku zakładów bukmacherskich, w niektóre dni jest więcej rozgrywek, niż w inne. Poważnym czynnikiem utrudniającym kontrolę czasu grania może być wygrywanie w grze.

Brakuje konkretnych sugestii w odniesieniu do ustalania poziomu limitów finansowych. Należy je wyznaczać w zależności od dochodów gracza. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Wysokość mogłaby stanowić np. 5% miesięcznego wynagrodzenia. Limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków jakie niezbędne są na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów, oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczać pieniądze na grę. Przygotowanie planu wydatków może być pomocne przy określaniu limitów finansowych.

Wśród propozycji strategii ustalania limitów finansowych pojawiły się różne propozycje – ustalania limitu finansowego na okres czasu (np. miesiąc) oraz na jeden zakład (niskie stawki). Do ich utrzymania pomocne może być ustalenie limitów na koncie bankowym, których w razie przegranych nie można przekroczyć. Zdaniem niektórych respondentów, ustalając strategię ograniczania grania należy dążyć do grania z wykorzystaniem

pieniędzy rzeczywistych (gotówki). Zdaniem respondentów pozwala to w lepszym stopniu kontrolować przepływ pieniędzy.

Literatura

1. Andrerwartha, L., Dowling, N. (2006) Pre-treatment attrition for problem gambling. In M. Katsikitis (ed.) *Psychology bridging the Tasman :Science, culture and practice* (pp.16-20). Sydney: Australian Psychological Society
2. Auer, M., & Griffiths, M. D. (2013). Voluntary limit setting and player choice in most intense online gamblers: an empirical study of gambling behaviour. *Journal of gambling studies*, 29(4), 647–660. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9332-y>
3. Bagot, K.L., Cheetham, A., Lubman, D.I. *et al.* Predictors of Strategy Engagement for the Prevention and Reduction of Gambling Harm: a Prospective Application of the Theory of Planned Behaviour. *Int J Ment Health Addiction* 19, 1812–1828 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00265-5>
4. Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86, 299–306. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x
5. Currie, S. R., Brunelle, N., Dufour, M., Flores-Pajot, M. C., Hodgins, D., Nadeau, L., & Young, M. (2020). Use of Self-control Strategies for Managing Gambling Habits Leads to Less Harm in Regular Gamblers. *Journal of gambling studies*, 36(2), 685–698. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09918-0>
6. Dickerson, M., Hinchy, J., & Legg England, S. (1990). Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation. *Journal of gambling studies*, 6(1), 87–102. <https://doi.org/10.1007/BF01015751>
7. Dickerson, M. (1993) Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *J Gambling Stud* 9, 225–245. <https://doi.org/10.1007/BF01015920>
8. Dowling, N., & Smith, D. (2007). Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 335–345. doi:10.1007/s10899-007-9064-6.
9. Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25, 201–214. doi:10.1007/s10899-009-9116-1

10. Evans L, Delfabbro PH (2005) Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133-155
11. Flores-Pajot, M. C., Atif, S., Dufour, M., Brunelle, N., Currie, S. R., Hodgins, D. C., Nadeau, L., & Young, M. M. (2021). Gambling Self-Control Strategies: A Qualitative Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 586. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020586>
12. Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 51–59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9.
13. Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
14. Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical psychology review*, 27(8), 944–958. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.004>
15. Nower, L., & Blaszczynski, A. (2008). Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1844–1864. <https://doi.org/10.1080/10826080802285810>
16. Rhodes, T. (2000) The multiple roles of qualitative research in understanding and responding to illicit drug use, [w:] Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research, [red.:] Greenwood, C., Robertson, K., EMCDDA Scientific monograph series, 4,21-36
17. Robson, E., Edwards, J., Smith, G., & Colman, I. (2002). Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *Journal of gambling studies*, 18(3), 235–255. <https://doi.org/10.1023/a:1016888705033>
18. Rodda, S. & Bagot, K. & Manning, V. & Lubman, D. (2019). ‘ Only take the money you want to lose’ strategies for sticking to limits in electronic gaming machine venues. *International Gambling Studies*. 19. 1-19. 10.1080/14459795.2019.1617330.
19. Rosecrance, J. (1985). Compulsive Gambling and the Medicalization of Deviance. *Social Problems*, 32(3), 275–284. <https://doi.org/10.2307/800687>
20. Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.

21. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407-424
22. Toneatto, T., & Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral versus twelve-step therapy. *The American Journal on Addictions*, 17, 298–303. doi:10.1080/10550490802138830.
23. Ulin, P.,R., Robinson, E.,T., Tolley , E.,E. (red.) (2005) *Qualitative methods in Public Health. A field guide for applied research*, Jossey-Bass, San Francisco, CA
24. Walker, D.M., Litvin, S.W., Sobel, R.S. *et al.* Setting Win Limits: An Alternative Approach to “Responsible Gambling”?. *J Gambl Stud* 31, 965–986 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9453-6>
25. Wasilewska, E. (2008) *Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów*. Wydawnictwo SGGW, Warszawa
26. Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2007). Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 185–193. doi:10.1037/0893-164X.21.2.18.
27. Wiebe, J., Mun, P., & Kauffman, N. (2006). *Gambling and Problem Gambling in Ontario 2005*. Toronto, ON: Responsible Gambling Council (Ontario).
28. Wilson, V., A. (1998) *Qualitative research: An Introduction. Purposes, Methodology, Criteria for Judgement and Rationale for Mixed Methodology*.

Załącznik 1. Scenariusz do Zogniskowanych Wywiadów Grupowych

Scenariusz spotkania z ekspertami

- W leczeniu alkoholowym istnieje program ograniczania picia, którym są wytyczne do postępowania z pacjentami.
- Istnieją też badania, które potwierdzają skuteczność programów, które stawiają sobie za cel ograniczanie grania.
- Streszczenie przeglądu literatury

Pytania do dyskusji

Wprowadzenie oferty
– Co Państwo sądzicie o wprowadzeniu oferty kontrolowania grania w Polsce? Czy ma to sens?
Doświadczenia
– Czy macie Państwo jakieś doświadczenia z tego typu programami? – Czy prowadziliście Państwo swoich pacjentów indywidualnie pracując nad ograniczaniem grania?
Ustalanie celów
– Jak ustalać cele leczenia?
Kryteria dla pacjentów
– Jakich pacjentów można by objąć programami ograniczania grania? <ul style="list-style-type: none">○ wiek i płeć,○ zaawansowanie zaburzenia○ dotkliwość szkód,○ wsparcie rodziny.
Założenia programu
– Jakie kryteria należy wziąć pod uwagę konstruując program ograniczania grania? – Limity wypracowane z pacjentem, czy narzucone odgórnie dla całej grupy? – Jak wypracowywać z pacjentem limity oraz jak ustalać limity dla grupy? – Na jakim poziomie je ustalać? – Czy celem powinna być całkowita abstynencja?
Możliwości wprowadzenia programu

<ul style="list-style-type: none"> – Jakie widzą przeszkody i zagrożenia związane z wprowadzeniem tego typu oddziaływań do leczenia? – Jak mogłoby to wyglądać w praktyce: <ul style="list-style-type: none"> ○ w formie wytycznych dla placówek przygotowanych przez ekspertów lub w postaci bardziej szczegółowego programu? ○ Czy należałoby zrobić pilotaż takiego programu? ○ Czy należałoby zrobić projekt badawczy, który byłby wdrożony w wybranej placówce?
Możliwość konsolidacji trzech filarów ograniczania grania
<ul style="list-style-type: none"> – Ograniczanie grania może mieć miejsce na poziomie indywidualnych decyzji jednostek, celów leczenia oraz rozwiązań prawno-administracyjnych. W jakim zakresie leczenie może czerpać z rozwiązań wypracowanych przez graczy oraz rozwiązań na poziomie legislacji? Czy terapeuci według Państwa wiedzy są świadomi tych rozwiązań/strategii?

Załącznik 2. Scenariusz do wywiadów indywidualnych

Dyspozycje do wywiadów z profesjonalistami

Definiowanie uprawiania hazardu w sposób kontrolowany
<ul style="list-style-type: none"> – Czy spotkał się Pan/Pani z pojęciem „kontrolowane uprawianie hazardu”?
<ul style="list-style-type: none"> – Co Pan/Pani rozumie pod pojęciem „kontrolowane uprawianie hazardu”?
Kontrolowanie uprawiania hazardu jako cel leczenia
<ul style="list-style-type: none"> – Co Pan/Pani sądzi, na temat tego, żeby kontrolowane uprawianie hazardu było celem leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi?
<ul style="list-style-type: none"> – Czy powinien być to etap przejściowy w dążeniu do abstynencji?

– Dla kogo kontrolowane uprawianie hazardu byłoby odpowiednim celem leczenia?
– Jakie cechy gracza lub zachowania powinny dyskwalifikować przed wyznaczeniem kontrolowania grania jako celu leczenia?
– Jak ten cel leczenia wpisywałby się w dotychczasową ofertę terapeutyczną?
Kontrolowanie uprawiania hazardu jako cel leczenia
– Co należy wziąć pod uwagę ustalając z pacjentem zasady kontrolowanej gry?
<i>Jeśli nie pojawią się spontanicznie to należy dopytać:</i>
– Jak ustalać z pacjentem limity finansowe, których nie można przekroczyć podczas jednej sesji grania? Co należy wziąć pod uwagę podczas ich ustalania?
– Jak wyznaczać maksymalną wysokość środków przeznaczaną w danym miesiącu na grę? Na jakim poziomie należy ją wyznaczyć?
– Jak ustalać z pacjentem limit czasu spędzonego podczas jednej sesji gry? Czy należy ustalać limity dzienne, tygodniowe czy miesięczne? Co należy wziąć pod uwagę podczas ich ustalania?
– Jak ustalić ograniczenia w liczbie dni w tygodniu/miesiącu, w których pacjent gra? Co należy wziąć pod uwagę?
– Jak tworzyć plany spłacania zadłużenia?
Samoograniczanie się

– Czy Pana/Pani zdaniem pacjenci sami narzucają sobie ograniczenia związane z graniem/starają się ograniczać granie?
– W jaki sposób to robią?
Możliwości wprowadzenia strategii kontrolowanego uprawiania hazardu jako oferty terapeutycznej
– Jakie widzi Pan/Pani korzyści związane z wyborem takiego celu leczenia?
– A jakie dostrzega Pan/Pani ograniczenia związane z wyborem takiego celu?
– Jakie identyfikuje Pan/Pani bariery we wprowadzeniu tego celu leczenia?
– Czy byłby Pan/Pani w stanie zaakceptować „kontrolowane uprawianie hazardu” jako cel leczenia/program leczenia prowadzonego w Pana/Pani placówce?

Dyspozycje do wywiadów z osobami z zaburzeniami hazardowymi

Definiowanie uprawiania hazardu w sposób kontrolowany
– Czy spotkał się Pan/Pani z pojęciem „kontrolowane uprawianie hazardu”?
– Co Pan/Pani rozumie pod pojęciem „kontrolowane uprawianie hazardu”?
Kontrolowanie uprawiania hazardu jako cel leczenia
– Co Pan/Pani sądzi, na temat tego, żeby kontrolowane uprawianie hazardu było celem leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi?
– Dla kogo kontrolowane uprawianie hazardu byłoby odpowiednim celem leczenia?

<ul style="list-style-type: none"> – Jakie cechy gracza lub zachowania powinny dyskwalifikować przed wyznaczaniem kontrolowania grania jako celu leczenia?
<p>Kontrolowanie uprawiania hazardu jako cel leczenia</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Co należy wziąć pod uwagę ustalając zasady kontrolowanej gry?
<p><i>Jeśli nie pojawią się spontanicznie to należy dopytać:</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> – Jak należałoby ustalać limity finansowe, których nie można przekroczyć podczas jednej sesji grania? Co należy wziąć pod uwagę podczas ich ustalania?
<ul style="list-style-type: none"> – Jak wyznaczać maksymalną wysokość środków przeznaczaną w danym miesiącu na grę? Na jakim poziomie należy ją wyznaczyć?
<ul style="list-style-type: none"> – Jak należałoby ustalić limit czasu spędzonego podczas jednej sesji gry? Czy należy ustalać limity dzienne, tygodniowe czy miesięczne? Co należy wziąć pod uwagę podczas ich ustalania?
<ul style="list-style-type: none"> – Jak ustalić ograniczenia w liczbie dni w tygodniu/miesiącu, w których się gra? Co należy wziąć pod uwagę?
<ul style="list-style-type: none"> – Jak tworzyć plany spłacania zadłużenia?
<p>Samoograniczanie się</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Czy Pana/Pani zdaniem gracze sami narzucają sobie ograniczenia związane z graniem/starają się ograniczać granie?
<ul style="list-style-type: none"> – W jaki sposób to robią?

Możliwości wprowadzenia strategii kontrolowanego uprawiania hazardu jako oferty terapeutycznej

– Jakie widzi Pan/Pani korzyści związane z wyborem takiego celu leczenia?

– A jakie dostrzega Pan/Pani ograniczenia związane z wyborem takiego celu?

– Jakie identyfikuje Pan/Pani bariery we wprowadzeniu tego celu leczenia?

– Jak Pan/Pani sądzi, czy konkretnie w Pana/Pani przypadku opcja „kontrolowanego uprawiania hazardu” sprawdziłaby się jako cel leczenia? Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.