

*W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiło wiele zmian na globalnym rynku gier hazardowych, a zaburzenia hazardowe coraz częściej postrzegane są w kategoriach zagrożenia dla zdrowia publicznego. Zwiększyła się dostępność gier hazardowych, co było spowodowane wprowadzaniem nowych rodzajów gier, zwłaszcza wykorzystujących internet i urządzenia mobilne (St-Pierre i in., 2014).*

# CZYNNIKI PRZYCZYNIAJĄCE SIĘ DO PODEJMOWANIA LECZENIA PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek  
Katarzyna Dąbrowska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Poszukiwanie leczenia w populacji osób z zaburzeniami hazardowymi często następuje po kryzysie wywołanym wystąpieniem negatywnych konsekwencji. W wielu sytuacjach problemy finansowe są główną przyczyną i motywacją do poszukiwania pomocy. Niemniej ważne są problemy rodzinne, w relacjach ze współmałżonkiem lub partnerem. Innymi przyczynami są obawy dotyczące zdrowia fizycznego lub psychicznego. Wśród czynników, które nie były aż tak istotne, ale jednak miały wpływ na podjęcie decyzji o poszukiwaniu pomocy, znalazły się uwagi pochodzące od personelu zatrudnionego w punktach uprawiania hazardu na temat grania, problemy prawne, problemy w pracy oraz wynikające z warunków życia. Wiele czynników motywujących do podejmowania leczenia, takich jak problemy finansowe, w relacjach z innymi, problemy ze zdrowiem somatycznym i psychicznym, problemy prawne, w pracy mają charakter ponadnarodowy. Oznacza to, że te same motywy są identyfikowane przez osoby z zaburzeniami hazardowymi zamieszkujące różne części świata (Suurvali i wsp., 2009; Suurvali i wsp., 2010; Gainsbury i wsp., 2014).

Celem artykułu jest identyfikacja czynników przyczyniających się do podejmowania leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi. Czynniki te mogą zawierać się wśród motywów mających wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy, czynników determinujących wybór placówki oraz barier i ułatwień, na które osoby z zaburzeniami hazardowymi natrafiają, podejmując leczenie.

## Materiał i metoda

W badaniach<sup>1</sup> wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semi-strukturyzowanego. Wywiady prowadzono wśród osób z zaburzeniami hazardowymi oraz w grupie profesjonalistów – lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (pierwszego kontaktu), psychiatrów, terapeutów oraz pracowników socjalnych z ośrodków pomocy społecznej (OPS). Próba liczyła 90 respondentów i obejmowała 30 pacjentów z zaburzeniami hazardowymi i po 15 osób w każdej grupie profesjonalistów. W badaniach wykorzystano trzy rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pracowników socjalnych oraz profesjonalistów zatrudnionych w sektorze medycznym.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 24/2015), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Badanie było anonimowe, wypowiedzi respondentów oznaczano jedynie kodem. Dane personalne nie były zbierane, udział w badaniu był dobrowolny.

## Wyniki

### Motywy mające wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy

Przez wiele lat osoby z zaburzeniami hazardowymi nie szukają pomocy, chociaż doświadczają negatywnych

konsekwencji wynikających z grania. Decyzja o rozpoczęciu leczenia pojawia się, gdy problemy dotyczą wielu obszarów życia, stają się tak poważne, że nie można już dłużej ich lekceważyć, a osoby z zaburzeniami hazardowymi nie są w stanie same sobie z nimi poradzić.

*Myszę, że może to być w różnych sytuacjach. Tak naprawdę leczę ludzi, którzy są w wielkim kryzysie, na przykład, gdy tracą pracę, dom lub kontakt z rodziną, która nie może znieść długów i wierzycieli, którzy ich nękają. Są to takie sytuacje, kiedy zaczyna walić im się całe życie.* (T2603F2)<sup>2</sup>

Nawet wtedy osoby z zaburzeniami hazardowymi rzadko poszukują leczenia bez presji pochodzącej z zewnątrz. Jednak w opinii osób z zaburzeniami hazardowymi decyzja o zmianie ich zachowania została podjęta przede wszystkim pod wpływem własnych refleksji o sposobie grania. Poczucie winy wynikające z niespełniania ról społecznych rodzica i współmałżonka oraz brak poczucia bezpieczeństwa rodziny były czynnikami, które respondenci postrzegali jako wewnętrzną motywację do zmiany zachowania.

*W tym czasie (kiedy grałem – autorzy) byłem w związku, mamy dziecko i nie mogłem patrzeć, jak oni przeze mnie cierpią, przez to, co wydarzyło się w naszym życiu, przez brak bezpieczeństwa. Jedna sytuacja była dla mnie szokująca, kiedy wróciłem do domu po graniu, a mój syn stracił przytomność, zadzwoniłem po karetkę pogotowia, byłem bez pieniędzy. Potem poczułem się zdruzgotany, ciężko mi było wytrzymać ze sobą.* (PG2204M1)

Jak wynika z naszych badań, decyzja o poszukiwaniu leczenia bardzo często podejmowana jest pod presją osób ważnych dla gracza – na przykład partnera, rodziców. Przedstawiciele wszystkich grup profesjonalistów wspominali o tych motywach. Presja rodziny jest motywacją zewnętrzną, która nie jest ugruntowana refleksją o własnym graniu. Zdarza się, że rodzina wyrzuca z domu osobę mającą problemy z graniem, partner grozi rozwodem bądź separacją. Dzieje się tak, gdy rodzina jest zmęczona problemami spowodowanymi przez gracza lub gdy problem z hazardem, ukrywany przez lata, pojawia się nagle. Pracownicy socjalni wspomnieli, że czasami inne problemy rodzinne, takie jak przemoc, są motywem, który wywołuje zmianę zachowania.

*Niektórzy pacjenci podejmują leczenie pod wpływem najbliższych, małżonka, partnera, dzieci, to zależy od wieku pacjentów.* (GP0503F1)

Bardzo ważnym motywem zmian w życiu, często wspomnianym przez osoby z zaburzeniami hazardowymi, a także przez profesjonalistów, były problemy finansowe wynikające z niespłacania długów w bankach i parabankach, zaciągniętych u znajomych i członków rodziny. Dodatkowo, długi obejmują zaległości w czynszu za mieszkanie, co w konsekwencji może doprowadzić do jego utraty i bezdomności. Do innych problemów z tego obszaru zaliczają się kradzieże pieniędzy na grę z budżetu domowego, defraudacje pieniędzy służbowych, sprzedawanie wyposażenia domowego. Czasami pożyczanie pieniędzy na hazard powoduje występowanie problemów prawnych.

*Straty, które pacjenci mają w przypadku hazardu, związane z wpadaniem w pętlę zadłużenia, kiedy pozbawieni są środków na grę, stoją pod ścianą i mają coraz mniejsze możliwości zdobycia pieniędzy, są motywami podejmowania leczenia.* (PS2804M2)

*Konsekwencje prawne motywują ich do szukania pomocy, na przykład ktoś, kto kradnie i policja go łapie, i tak dalej. Te zachowania występują, ponieważ cały czas szukają pieniędzy na hazard.* (PS2805M1)

Inną grupą problemów, które mogą mieć wpływ na rozpoczęcie poszukiwania leczenia, są problemy emocjonalne i psychiczne. Lekarze pierwszego kontaktu, psychiatrzy i terapeuci wspomnieli o depresji, próbach samobójczych, lęku, współwystępowaniu uzależnienia od substancji jako czynnikach, które mogą przyspieszyć proces decyzji o poszukiwaniu leczenia. Wśród motywów związanych z występowaniem problemów emocjonalnych, psychiatrzy zidentyfikowali takie doświadczenia, jak: ból, cierpienie, lęk, wyrzuty sumienia, poczucie winy.

*Kiedy tracą pieniądze i pojawia się stres, nastrój się obniża, rodzina wywiera presję, wtedy zaczynają szukać pomocy.* (GP2302F1)

*Osoby z zaburzeniami hazardowymi mają depresję, czasami próbują popełnić samobójstwo. Jest to perspektywa szpitala psychiatrycznego, w której widoczne są efekty problemów emocjonalnych, a później dopiero się zauważa, że ich przyczyną był hazard* (PS2301M1).

Lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej dodają do listy motywów problemy ze zdrowiem fizycznym, dla których trudno jest znaleźć przyczynę, takie jak bóle głowy, bóle brzucha, zaburzenia snu, kołatanie serca.

*Osoby z zaburzeniami hazardowymi narzekają na zaburzenia snu, bezsenność, kołatanie serca, ucisk*

w klatce piersiowej, niepokój, różne zaburzenia somatyczne, na przykład bóle pleców. (GP1604F2)

### Czynniki determinujące wybór placówki

Zanim osoby z zaburzeniami hazardowymi rozpoczną leczenie, oni lub ich rodziny szukają placówki, która spełni ich oczekiwania. Decyzja o wyborze placówki podejmowana jest przez graczy bądź przez ich partnera życiowego, współmałżonka lub innych bliskich członków rodziny, na przykład w sytuacji, gdy to oni płacą za leczenie w prywatnej placówce. Osoby z zaburzeniami hazardowymi są również kierowane na leczenie przez lekarzy pierwszego kontaktu, psychiatrów, pracowników socjalnych i pod wpływem ich sugestii wybierają placówkę. Te same determinanty mogą być istotne przy wyborze placówki zarówno dla osób z zaburzeniami hazardowymi, jak również dla członków rodziny. Odnoszą się one do dostępności placówki, infrastruktury i jakości prowadzonego leczenia, opinii o placówce i aktualnie doświadczanych problemów.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wspominały, że bardzo często wybór placówki jest determinowany przez praktyczne kwestie, takie jak odległość od miejsca zamieszkania, możliwość uczestniczenia w terapii indywidualnej lub grupowej w różnych godzinach w zależności od codziennych obowiązków, na przykład przed południem lub w weekendy, niskie koszty leczenia lub jego bezpłatność, długa obecność placówki na rynku, jej renoma, kompleksowość oferty terapeutycznej i doświadczenie w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi.

*Dostałem skierowanie do placówki, która znajduje się w pobliżu mojego domu. Jechałem na rowerze około 15 minut, co jest dość blisko.* (PG1605M1)

*Głównym powodem, dla którego wybrałem właśnie tę placówkę, było to, że leczenie było bezpłatne. Moje długi nie pozwoliły mi na rozpoczęcie leczenia w innych miejscach, oddalonych od mojego miejsca zamieszkania.* (PG2603M1)

*Dziewięćdziesiąt procent osób z zaburzeniami hazardowymi jest leczonych w (nazwa ośrodka – autorzy). To najsłynniejsza placówka w Warszawie, a terapeuci mają największe doświadczenie.* (PG0605M1)

Zdaniem profesjonalistów prywatne placówki wybierane są głównie dlatego, że warunki lokalowe są lepsze niż w placówkach sektora publicznego. Respondenci wspominali również o większej dostępności terapeutów oraz o możliwości zapewnienia większej anonimowości niż w sektorze publicznym. Lekarze pierwszego kontaktu i terapeuci potwierdzili, że zapewnienie anonimowości jest jednym z czynników decydujących o wyborze placówki.

*Niektórzy pacjenci uważają, że w prywatnych placówkach będą lepiej leczeni niż w sektorze publicznym.*

*Twierdzą – jeśli zapłacę za leczenie, muszą mi zaoferować coś specjalnego, lepszy standard.* (T2703M2)

*W opinii osób z hazardem problemowym sektor prywatny jest w stanie zapewnić lepszą anonimowość, nie ma potrzeby zakładania dokumentacji medycznej, a wizyty nie są rejestrowane. (...) Pacjenci szukają takiej placówki, która gwarantuje im, że informacje o hazardzie nie pojawią się poza jej murami.* (T2703M2)

Wiedza o rynku usług terapeutycznych może decydować o wyborze konkretnej placówki.

Zdaniem pracowników socjalnych ci, którzy są lepiej zorientowani w możliwościach otrzymania pomocy lub leczenia, będą jej szukać w wyspecjalizowanych placówkach, ponieważ pozwoli im to skrócić ścieżkę i uzyskać pomoc wcześniej. Źródłem informacji o ofercie terapeutycznej jest głównie internet i spotkania Anonimowych Hazardzistów. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie tylko szukają informacji o placówce, takich jak adres, numer telefonu, ale także próbują poznać opinie o niej i zatrudnionych tam terapeutach od osób, które były tam leczone.

*Zacząłem od udziału w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, gdzie wylądowałem przez forum inter-*

*Wyniki badań pokazują, że tylko około 30% osób z zaburzeniami hazardowymi podejmuje leczenie. Jest to spowodowane istnieniem barier indywidualnych i strukturalnych. Najbardziej rozpowszechnione bariery na poziomie indywidualnym to wstyd i strach przed rozmową o problemach osobistych, emocjach, uczuciach i doświadczeniach podczas terapii.*

netowe. Na spotkaniach inni uczestnicy powiedzieli mi, gdzie powinienem jechać, którą placówkę powinienem wybrać, że są otwarte i zamknięte terapie, placówki stacjonarne i ambulatoryjne. (PG1504M1)

Na wybór placówki wpływ ma rodzaj doświadczanych problemów. W opinii pracowników socjalnych z oferty ośrodka pomocy społecznej korzystają przede wszystkim ci, którzy nie znają oferty pomocy psychologicznej lub doświadczają problemów finansowych.

*Na pewno ci, którzy szukają wsparcia finansowego odwiedzą ośrodek pomocy społecznej. Ich warunki życia są tak trudne, że nie mogą sobie nawet pozwolić na podstawowe potrzeby. Może to być przyczyną szukania pomocy u nas. Także długi wynikające z niezapłacenia czynszu. Te sytuacje mogą być przez nas wspierane i z takimi problemami mogą się u nas zjawić.* (SW2904F1)

*Myślę, że ci, którzy nie mają żadnych środków na utrzymanie, są opuszczeni przez rodzinę lub rodzina nie jest im w stanie już więcej pomóc, mogą odwiedzić ośrodek pomocy społecznej.* (SW1002F1)

Również lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej są zdania, że wybór specjalisty zależy od tego, jaki problem w danej chwili jest najpilniejszy do rozwiązania. Jeśli osoby z zaburzeniami hazardowymi doświadczają dolegliwości somatycznych, skorzystają z oferty podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli jednak pacjent uzna, że jego głównym problemem są zaburzenia hazardowe, pójdzie do psychiatry lub psychologa. Psychiatrzy podkreślali, że w praktyce możliwość wyboru jest ograniczona, ponieważ oferta leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi jest dość wąska. Bardzo często decyduje o tym dostępność usługi, ponieważ ludzie nie chcą zbyt długo czekać na rozpoczęcie terapii.

### **Bariery w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi**

Decyzja o leczeniu i poszukiwaniu pomocy może zostać odroczone z powodu barier, które napotykają osoby z zaburzeniami hazardowymi podczas poszukiwania placówki. Bariery zidentyfikowane przez respondentów można podzielić na dwie główne kategorie – indywidualne i strukturalne. Barie-

ry indywidualne obejmują problemy emocjonalne i przekonania, które utrudniają podjęcie leczenia. Z kolei bariery strukturalne są związane z organizacją systemu leczenia, infrastrukturą, personelem i programem terapii.

#### **Bariery indywidualne**

Najbardziej rozpowszechnione bariery na poziomie indywidualnym to wstyd i strach przed rozmową o problemach osobistych, emocjach, uczuciach i doświadczeniach podczas terapii. Leczenie w placówkach z obszaru psychiatrycznej opieki zdrowotnej wiąże się również z większym poczuciem stygmatyzacji i uzyskaniem etykiety osoby chorej psychicznie.

*Byłem na dwóch spotkaniach z psychologiem i ona skierowała mnie do grupy terapeutycznej. Wstydziłem się tam iść i zrezygnowałem z leczenia.* (PG0605M1)

*Wstydzę się swojego uzależnienia, nigdy o tym nie rozmawiam i nie obnoszę się z nim. Myślę, że jeśli ktoś nie może sobie poradzić z własnym życiem, jest trochę gorszy od innych, jest chory. Jeśli ktoś jest chory, jest nieco gorszy od innych, a ja nie chcę być traktowany jak ktoś gorszy, chcę być normalny i traktowany jak normalna osoba.* (PG3103M1)

Terapeuci twierdzili, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie wierzą, że mogą uzależnić się od hazardu, a jeśli będą doświadczali dotkliwych problemów w związku z graniem, poradzą sobie bez profesjonalnej pomocy. Takie przekonania sprawiają, że nie mają oni motywacji do podejmowania leczenia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi podkreślały, że czują się samotne, marginalizowane i źle rozumiane, ponieważ są leczone w tych samych grupach terapeutycznych co osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków.

#### **Bariery strukturalne**

Większość barier zidentyfikowanych przez respondentów miała charakter strukturalny. Bariery z tego obszaru, która była najczęściej identyfikowana przez respondentów z niemal każdej kategorii, był brak oferty leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi w poradniach ambulatoryjnych. Tylko kilka placówek oferowało terapię specjalnie przeznaczoną dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Najczęściej szukają oni pomocy w placówkach przeznaczonych dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Oferta

terapeutyczna w tych miejscach jest postrzegana jako nieadekwatna, skoncentrowana na substancjach psychoaktywnych i nieuwzględniająca potrzeb osób z zaburzeniami hazardowymi.

*Istnieją różne placówki, które oferują terapię dla uzależnionych od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnych, w tym opioidów, stymulantów, nowych substancji psychoaktywnych i tak dalej. Nie ma oferty leczenia skierowanej bezpośrednio do osób z zaburzeniami hazardowymi. Czasami jest to bardzo skromna oferta spotkań indywidualnych prowadzonych w poradniach ambulatoryjnych. Jeśli chodzi o ofertę leczenia stacjonarnego, jest to typowa oferta dla osób uzależnionych od alkoholu.* (PS2805M1)

W wyniku braku oferty dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pacjenci z tym schorzeniem mieszanym są z pacjentami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. W tak zorganizowanej grupie terapeutycznej osoby z zaburzeniami hazardowymi są w mniejszości, co sprawia, że program terapii grupowej koncentruje się na zaburzeniach związanych z alkoholem i narkotykami. Podobnie, materiały edukacyjne są zaprojektowane i przeznaczone do leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

*Jak już rozpocząłem leczenie w poradni, cała terapia skupiała się na uzależnieniu od alkoholu. Nawet uzależnieni od narkotyków lub tacy jak ja, z zaburzeniami hazardowymi, musieliśmy się skupić na uzależnieniu od alkoholu.* (PG1605M1)

*Materiały edukacyjne są nieprawidłowe. Myślę, że należy zmienić materiały dla pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, którzy pojawiają się w placówce, ponieważ są adresowane głównie do uzależnionych od alkoholu i może to stanowić problem.* (T0705F1)

Na jakość leczenia ma również wpływ duża liczba uczestników grupy. Osoby z zaburzeniami hazardowymi twierdziły, że grupy są przepełnione, co powoduje, że nie mają oni wystarczająco dużo czasu, by mówić o swoich problemach lub ćwiczyć umiejętności praktyczne, a to z kolei może mieć wpływ na pozostawanie w procesie terapeutycznym.

Terapeuci i osoby z zaburzeniami hazardowymi twierdzili, że harmonogram zajęć grupowych nie zawsze pasuje do codziennych obowiązków, szczególnie tych, którzy pracują popołudniami. W rezultacie mogło to doprowadzić do częstych nieobecności podczas spotkań grupowych, a w konsekwencji do

przerwania terapii. Dodatkowo, na ogół poradnie są zamykane w weekendy, co również wpływa na dostępność leczenia.

Z doświadczeń terapeutów i pacjentów wynika, że nie zawsze leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi jest bezpłatne. Zwłaszcza osoby, które nie mają ubezpieczenia zdrowotnego, nie mogą go rozpocząć, ponieważ z powodu trudnej sytuacji materialnej nie mogą sobie pozwolić na leczenie w placówkach prywatnej służby zdrowia. Czasami, aby ominąć te przepisy, podejmują leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, ponieważ dla tej grupy pacjentów jest ono refundowane, nawet dla osób, które nie mają ubezpieczenia zdrowotnego.

*Jeśli NFZ refunduje leczenie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, to jestem zaskoczony, że tak nie jest w przypadku osób z zaburzeniami hazardowymi, gdzie problem braku ubezpieczenia jest powszechny.* (PG3003M2)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wspomniały o długim czasie oczekiwania na pierwszą konsultację z terapeutą. Może mieć to wpływ na zmianę decyzji o podjęciu leczenia, szczególnie jeśli jego rozpoczęcie zostanie opóźnione z powodu kolejki oczekujących. Respondenci zidentyfikowali także bariery odnoszące się do personelu placówki. Osoby z zaburzeniami hazardowymi mają poczucie, że terapeuci nie mają wystarczającego doświadczenia i wiedzy na temat leczenia takich zaburzeń. Oferta leczenia oparta jest na paradygmacie terapeutycznym uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Brak wiedzy na temat specyfiki zaburzeń hazardowych potwierdzali terapeuci. Byli zdania, że nie czują się odpowiednio przygotowani do udzielenia pomocy. W niektórych placówkach pracownicy nie ufają pacjentom tworzącym atmosferę kontroli. Pacjenci musieli wyjaśnić każdą nieobecność na terapii.

Lekarze pierwszego kontaktu, psychiatry i pracownicy socjalni zidentyfikowali specyficzne bariery charakterystyczne dla miejsca ich zatrudnienia. Lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze wiedzą, że mają do czynienia z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Nie przeprowadzają badań przesiewowych w tym kierunku, nie pytają pacjentów o granie w gry hazardowe, dodatkowo to zaburzenie jest „niewidoczne” podczas badania lekarskiego. Diagnoza

hazardu jest również trudna ze względu na krótki czas wizyty, która trwa nie dłużej niż 15 minut. Lekarze pierwszego kontaktu nie chcą przeprowadzać diagnostyki zaburzeń hazardowych, ponieważ nie mają wystarczającej wiedzy na ten temat i nie znają specjalistycznej oferty terapeutycznej. W opinii lekarzy pacjenci nie wiedzą nawet, że mogą rozmawiać z nimi o problemie hazardu, ponieważ są postrzegani jako specjaliści w leczeniu zaburzeń somatycznych. Nie pytają oni o hazard, ponieważ traktują to jako kwestię intymną; nie mają takiego poczucia w przypadku palenia papierosów czy picia alkoholu.

*Nie wiem, jak leczyć takich pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, nie mam pojęcia, co mogę zmienić, nie mam doświadczenia i wiedzy. (GP1902F1)*

*Pytam o alkohol i papierosy, ale nie pytam o hazard, ponieważ to zbyt ingeruje w prywatność. Czy chciałby pan, żeby ktoś pana o to spytał? (GP1604F2)*

Leczenie w placówkach psychiatrycznych łączy się ze stygmatyzacją, ale większość barier wiąże się z dostępnością leczenia psychiatrycznego. Pacjenci nie wiedzą, że podjęcie leczenia w placówkach tego sektora nie wymaga skierowania. W poradniach psychiatrycznych są kolejki, przez które wydłuża się czas oczekiwania na leczenie. Jest to związane z niedoborem personelu, ponieważ psychiatrzy częściej niż lekarze innych specjalności przenoszą się do sektora prywatnego.

*Barierą z naszej strony, to, co wiem, a pacjenci nie wiedzą, to częste problemy z personelem, zwłaszcza jeśli chodzi o personel medyczny, wśród terapeutów sytuacja jest trochę lepsza. Obserwuję tendencję do przenoszenia się psychiatrów do sektora prywatnego. (PS2805M1)*

Specyficzne bariery były identyfikowane również przez pracowników socjalnych. Ośrodki pomocy społecznej postrzegane są jako instytucje dla osób biednych i zmarginalizowanych społecznie. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie wiedzą, że oferta ośrodków jest o wiele szersza niż zapewnienie wsparcia finansowego.

*Nie myślą nawet, że taka instytucja jak pomoc społeczna, która kojarzy się tylko z pomocą dla biednych ludzi o niskim statusie materialnym (może im pomóc – autorzy). Musieliby być bardzo zdesperowani, aby do nas przyjść. (SW1002F1)*

Odsetek osób z zaburzeniami hazardowymi w ośrodkach pomocy społecznej jest tak niski, że pracownicy socjalni nie mają doświadczenia w pracy z tego rodzaju klientami, a problem „nie istnieje” w formularzach opisu sytuacji klienta i nie jest rozpoznawany w diagnozie. W konsekwencji pracownicy socjalni nie rozpoznają tego problemu wśród swoich klientów.

Klienci OPS są zobowiązani do spełniania zobowiązań w zamian za udzieloną pomoc. Ingerencja pracowników socjalnych w życie prywatne, próby kontrolowania klientów mogą powstrzymać przed skorzystaniem z usług ośrodka. Dodatkowo, pracownicy socjalni mogą mieć obawy, że przyznane środki finansowe mogą zostać zmarnowane w wyniku przeznaczenia ich na gry hazardowe, i przez to niechętnie udzielają tego rodzaju wsparcia.

### **Ułatwienia w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi**

Zidentyfikowano niewiele ułatwień w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi. Podobnie jak w przypadku barier, można podzielić je na indywidualne i strukturalne.

#### **Ułatwienia indywidualne**

Terapia dostarcza wiedzy na temat zaburzenia, jego mechanizmów i sposobów zapobiegania nawrotom. Podczas leczenia osoby z zaburzeniami hazardowymi mają możliwość poznania swoich stanów emocjonalnych, rozpoznawania ich, identyfikacji problemów oraz wypracowania możliwości ich rozwiązania.

*Jak wróciłem do hazardu, było mi łatwiej to rzucić po tym doświadczeniu (z leczeniem – autorzy). (PG3003M2)*

Czynnikiem ułatwiającym podejmowanie leczenia na poziomie indywidualnym związanym z terapią w prywatnych placówkach była większa szansa na zachowanie anonimowości.

#### **Ułatwienia strukturalne**

Darmowe leczenie dla osób posiadających ubezpieczenie było przez respondentów traktowane jako ułatwienie w podejmowaniu terapii. Dodatkowo, gdy pacjenci podejmują leczenie, nie muszą mieć skiero-

wania od lekarza pierwszego kontaktu i psychiatry, co zapewnia im większe poczucie anonimowości.

*Na leczenie ambulatoryjne możesz iść od razu i jest ono bezpłatne. Nawet jeśli nie masz ubezpieczenia, to oni w jakiś sposób przyjmują cię na leczenie uzależnienia od alkoholu, a 90% osób z zaburzeniami hazardowymi to alkoholicy, którzy mają leczenie za darmo.* (PG0605M1)

Ułatwieniem strukturalnym związanym z organizacją leczenia uzależnień jest zróżnicowanie form terapii. Osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą wybierać pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym, które jest przede wszystkim przeznaczone dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, terapią oferowaną w oddziałach dziennych oraz uczestnictwem w mityngach Anonimowych Hazardzistów. Leczenie w poradniach sprawia, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie muszą opuszczać swojego środowiska, rezygnując z codziennych czynności i pracy, pozostawiając rodzinę.

*W poradni (ambulatoryjnej – autorzy) nie muszę przychodzić codziennie, ale raz, dwa razy lub trzy razy w tygodniu. Żyję normalnie, pracuję, utrzymuję relacje rodzinne. Podczas pobytu na oddziale byłoby to trudne.* (PG0806M1)

W niektórych poradniach czas oczekiwania na leczenie nie był zbyt długi, a pacjenci potrzebowali około tygodnia na rozpoczęcie terapii.

*Było to dość szybko, ponieważ otrzymałem skierowanie do poradni, pani (recepjonistka – autorzy) powiedziała mi, że powinienem przyjść w ciągu najbliższych 3-4 dni.* (PG1605M1)

Na etapie kwalifikacji do poradni osoby z zaburzeniami hazardowymi miały konsultacje z terapeutą i psychiatrą w tym samym dniu i w tym samym budynku. Dzięki temu nie musieli pojawiać się w placówce następnego dnia, co przyspieszało proces podjęcia terapii. W opinii osób z zaburzeniami hazardowymi dobry pierwszy kontakt z terapeutą pomaga podjąć decyzję o rozpoczęciu terapii. Pacjenci i terapeuci twierdzili, że rośnie liczba profesjonalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń hazardowych, co poprawia dostępność oferty.

*Najważniejszy jest pierwszy kontakt z pacjentem, że przyszli do nas i coś ich tu zatrzymało, wizyta ich nie zniechęciła. Pierwszy kontakt, zarówno twa-*

*rzę w twarz, jak i przez telefon, jest bardzo ważny.* (T2603F1)

Większość ułatwień została zidentyfikowana przez pracowników socjalnych w dostępie do ośrodka pomocy społecznej. Ich zdaniem najważniejszymi ułatwieniami są: możliwość uzyskania darmowej pomocy, wsparcia finansowego, pod warunkiem uczestnictwa w terapii, brak kolejek, kompleksowość pomocy świadczonej w ośrodkach pomocy społecznej. *W związku z pojawieniem się problemów hazardowych pojawia się również wiele innych problemów, takich jak problemy z wychowaniem dzieci, w relacjach, związane z utratą pracy, problemami finansowymi. Ośrodek pomocy społecznej może pomóc większości z nich. Odsyłamy tych, którzy mają zaburzenia hazardowe do specjalistycznych placówek na terapię, ale nasza oferta pozwala na rozwiązanie ich problemów w wielu innych obszarach. W poradniach leczenia uzależnień osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą uzyskać pomoc tylko w jednym obszarze, tutaj mogą uzyskać pomoc w wielu problemach, na szerszej płaszczyźnie, nie tylko dla nich, ale także dla rodziny.* (SW1201F1)

Lekarze psychiatrzy zwrócili uwagę na korzyści płynące z leczenia w prywatnych placówkach, takie jak włączenie farmakoterapii podczas terapii psychologicznej, co może poprawić funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Lekarze pierwszego kontaktu podkreślili brak rejonizacji leczenia uzależnień, tak więc osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą podejmować je wszędzie, nie tylko w miejscu zamieszkania. Zwracali również uwagę, że w niektórych przypadkach poradnia terapii uzależnień zatrudniająca terapeutów i psychiatrów jest częścią ośrodka opieki zdrowotnej, dzięki czemu istnieje możliwość konsultacji innych problemów zdrowotnych.

## Podsumowanie

Czynniki determinujące podejmowanie leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi można podzielić na cztery kategorie: motywy mające wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy, czynniki decydujące o wyborze placówki, bariery i ułatwienia w dostępie do leczenia. Wyniki różnych badań pokazują, że tylko około 30% osób z zaburzeniami hazardowymi podejmuje leczenie (Suurvali i wsp., 2008; Gainsbury i wsp., 2014). Uwzględnienie

zidentyfikowanych w naszym badaniu determinantów podczas projektowania oferty leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi bądź jej zmiany może skutkować zwiększeniem odsetka osób podejmujących terapię. Ich identyfikacja jest również ważna, ponieważ pozwala zwiększyć szanse na wcześniejsze włączenie tych osób do leczenia bądź systemu pomocy społecznej, co pozwoli przeciwdziałać pogłębieniu problemów wynikających z hazardu.

Identyfikacja motywów odpowiedzialnych za zmianę zachowania hazardowego jest ważna, ponieważ pozwala odpowiedzieć na pytanie, które strategie są skuteczne, aby ją wywołać. Z kolei poznanie czynników determinujących wybór placówki oraz barier i ułatwień w dostępie do leczenia pozwala lepiej zrozumieć potrzeby tej grupy i ulepszyć dla niej ofertę pomocy. Badania pokazują, że indywidualne bariery są najbardziej istotne i trudniejsze do przezwyciężenia niż strukturalne (Gainsbury i wsp., 2014). Eliminacja barier i rozwijanie ułatwień to zadania, które powinny być implementowane na poziomie krajowych i lokalnych polityk zdrowotnych, a także na poziomie indywidualnych placówek. Ponadto identyfikacja ułatwień w podejmowaniu leczenia daje możliwość wymiany wiedzy i dobrych praktyk na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Wyniki badania pokazują również, że istnieją grupy zawodowe (lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, pracownicy socjalni), którzy

bardzo rzadko rozpoznają zaburzenia hazardowe wśród swoich klientów. Wynika to z braku wiedzy na temat problemu, ograniczeń administracyjnych a także niechęci do diagnozy lub rozpoznawania zaburzeń hazardowych. Osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmują leczenie na późnym etapie rozwoju uzależnienia, na ogół po kryzysie, gdyż nie mają wiedzy o problemie oraz napotykać na bariery w dostępie do placówek. To pokazuje, że istnieje potrzeba edukacji społecznej i konkretnych specjalistów, mająca na celu zwiększenie świadomości problemu i upowszechnianie wiedzy o możliwościach pomocy. W placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodkach pomocy społecznej należy stosować testy przesiewowe, które ułatwiają rozpoznawanie osób z zaburzeniami hazardowymi, które są na wcześniejszym etapie uzależnienia, kiedy szkody wynikające z grania są mało dotkliwe.

### Przypisy

- <sup>1</sup> Źródło finansowania: Badanie „Dostępność leczenia dla problemowych i patologicznych hazardzistów w Warszawie” zostało sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer: 72/HE/2014; 3/HEK/2015).
- <sup>2</sup> Sposób kodowania: TR – terapeuta; G – osoba z zaburzeniami hazardowymi; GP – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, PS – psychiatra; S – pracownik socjalny; XXXX – numer wywiadu; M – mężczyzna, K – kobieta; Y – numer wywiadu przeprowadzony tego samego dnia.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*