

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia. Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie szukało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych.

OFERTA POMOCY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I REKOMENDACJE DLA JEJ POPRAWY

Łukasz Wieczorek
Katarzyna Dąbrowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Wprowadzenie

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy (*compulsive gambling*) i patologiczny (*pathological gambling*). Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe (*gambling disorders*), który używany jest coraz częściej.

Według różnych badań, głównie amerykańskich, od 70 do 90% dorosłej populacji miała do czynienia z hazardem w trakcie całego życia. Podobne odsetki występują w przypadku młodzieży. Badania prowadzone w różnych krajach przy użyciu nieco odmiennych instrumentów przesiewowych wskazują na rozpowszechnienie problemowego hazardu dotyczące ostatniego roku, wahające

się w przedziale od 0,3% w Szwecji do 5,3% w Hong Kongu. W Ameryce Północnej rozpowszechnienie hazardu problemowego w ostatnim roku jest bardzo podobne i waha się od 0,3 do 3,5%. W Polsce wskaźnik ten wynosi 0,7%.

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia. Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie szukało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Nawet jeżeli uwzględniono materiały samopomocowe dostępne on-line lub w formie wydruku, to blisko połowa (47%) patologicznych graczy nie poszukiwała pomocy w związku z problemem hazardu. Dwa duże badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, *Gambling Impact and Behavior Study*

i *National Epidemiological Survey on Alcohol*, pokazały, że odpowiednio 7,1% i 9,9% osób uprawiających patologicznie hazard poddało się profesjonalnemu leczeniu lub uczestniczyło w grupach samopomocowych w związku z problemem hazardu. Przyczyny, dla których hazardziści nie podejmują leczenia, mają charakter złożony, nakładają się tu czynniki społeczne, kulturowe, uwarunkowania indywidualne, a także niezadowolenie z istniejącej oferty.

Oferta leczenia dla osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny jest w dużej mierze tożsama z ofertą terapeutyczną dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Formy pomocy obejmują leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i wsparcie niemedyczne w formie oferty samopomocowej – Anonimowych Hazardzistów.

W ofercie specjalistycznej dominuje leczenie farmakologiczne, terapia behawioralna, poznawcza oraz poznawczo-behawioralna. Jest bardzo mało badań nad skutecznością krótkich interwencji oraz nauki grania kontrolowanego, które mogą być alternatywą dla tradycyjnego podejścia terapeutycznego.

Celem niniejszego artykułu jest analiza oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi oraz sformułowanie rekomendacji dla jej poprawy.

Metoda

W badaniach wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semistrukturyzowanego. Wywiady przeprowadzono z osobami z zaburzeniami hazardowymi, pracownikami socjalnymi, terapeutami zatrudnionymi w placówkach leczenia uzależnień, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i z lekarzami psychiatrami. Łącznie przeprowadzono 90 wywiadów. Dobór respondentów był celowy. Kryteriami włączenia do badania dla osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia postawiona przez lekarza psychiatrę. Z kolei w przypadku profesjonalistów, kryteriami włączenia do badania był status zatrudnienia w placówce, gdzie leczą się osoby z zaburzeniami hazardowymi i wykonywany zawód.

Przygotowano 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.

Wyniki badania

Oferta pomocy

Oferta pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi różni się w zależności od profilu placówki, którą reprezentowali respondenci. Na stosunkowo najskromniejszą ofertę mogą liczyć osoby zgłaszające się do lekarzy pierwszego kontaktu. Niewielu z nich miało wśród swoich pacjentów osoby, o których wiedzieliby, że cierpią na zaburzenia hazardowe. W większości przypadków lekarze POZ swoją rolę widzą w skierowaniu pacjenta do opieki specjalistycznej, głównie do psychologa lub psychiatry. Sami nie czują się zbyt kompetentni w temacie uzależnienia od hazardu. Lekarze POZ deklarują, że ich pomoc może polegać na zmotywowaniu do leczenia oraz wskazaniu miejsca, w którym można otrzymać pomoc specjalistyczną.

Mam wrażenie, że takie osoby nie szukają pomocy u internistów. (...) To znaczy, że tak jakby same sobie odpowiadają, że to nie jest kompetencja tej osoby, tego lekarza, tej specjalności. (POZ1802_M_1)

Lekarze psychiatry różnią się doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Część z nich nigdy tego rodzaju pacjentów nie leczyła. Oferują oni postawienie diagnozy, ale w zależności od ich kompetencji jest to diagnoza o różnym stopniu zaawansowania: od wstępnej diagnozy/rozpoznania po kompleksową diagnozę uzależnienia (obejmującą również współwystępowanie zaburzeń), pomoc w zakresie problemów psychiatrycznych: depresja, zaburzenia zachowania, myśli samobójcze, trudności w relacjach interpersonalnych oraz skierowanie do poradni leczenia uzależnień. Część lekarzy psychiatrów musiałaby poszukać odpowiedniej placówki w bazie danych, a część zna konkretne placówki lub terapeutów i współpracuje z nimi.

Wydaje mi się, że mało jest placówek tym się zajmujących, mało jest terapeutów. Jak do mnie trafiały rodziny i mówiły, że nie mogą znaleźć, bo tu mówią, że nie przyjmują, hazardem się nie zajmują. Ja miałem z tym problem, trudno mi było znaleźć ośrodki terapii, ale takiej zamkniętej dla osób uzależnionych od hazardu. To często jest traktowane

jako wspólny mianownik, uzależnienie i jeden wspólny tryb terapii. Jak mówię, z dostępnością takich miejsc jest problem, nawet w takim mieście, w którym jesteśmy. (PS2804_M_2)

Dość szeroką ofertą dysponują ośrodki pomocy społecznej. Nie są to jednak placówki, do których zgłaszają się osoby z zaburzeniami hazardowymi, stąd jest to oferta raczej niewykorzystywana przez tę grupę klientów. Może to być związane ze społecznym postrzeganiem tego typu instytucji – korzystanie z nich może stygmatyzować. Dodatkowo ośrodki pomocy społecznej kojarzone są jako placówki świadczące głównie pomoc finansową.

Myślę, że ten problem [zaburzeń hazardowych – autorzy] nie jest głównym problemem osób zgłaszających się do ośrodka. Myślę, że nie stanowi on przesłanki do tego, żeby osoby zgłaszały się, zwracały się z prośbą o pomoc. Myślę, że jest to problem nie występujący często. (OPS1201_K_2)

Wśród działań składających się na ofertę OPS-ów respondenci wymienili przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym OPS-y stwarzają możliwość uzyskania pomocy finansowej oraz pomocy w znalezieniu pracy. *Mogę mu zaferować obiady. Jak ma kontrakt socjalny, to ma bilet, że może na terenie Warszawy poruszać się swobodnie i może przyjeżdżać na obiady. Więc jeden posiłek ma zapewniony. No i pomoc w formie talonów, żeby nie spieniżył. Wszystkie takie możliwości w obrębie zabezpieczenia materialnych potrzeb z niedawaniem pieniędzy, żeby nie kusilo, bo to byłoby bez sensu. Ale przede wszystkim nakierowanie się na terapię i egzekwowanie tego. (OPS1002_K_1)*

Stosunkowo najwięcej do zaferowania osobom z zaburzeniami hazardowymi mają ośrodki leczenia uzależnień. W zależności od placówki istnieje możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej i stacjonarnej, indywidualnej i grupowej. Terapię poprzedza postawienie diagnozy. Oferowana przez ośrodki terapia w głównej mierze opiera się na założeniach terapii behawioralno-poznawczej lub czerpie z filozofii 12 Kroków. Celem leczenia jest utrzymywanie abstynencji.

Tak naprawdę programy leczenia oparte są na tym samym, ale jedne bardziej idą w jakiś system oddzia-

ływań poznawczo-behawioralnych, inne w programy Minnesota. To wszystko jest jakoś łączone. Te pierwsze miesiące pracy to tak czysto poznawczo-behawioralnie, no a później otwierają się płaszczyzny do dalszej pracy psychoterapeutycznej. (TR705_K_1)

W niektórych placówkach istnieje również możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym.

Mamy prawnika również tutaj. Często [pacjenci – autorzy] korzystają z pomocy prawnej, takiej pomocy, za którą nie płacą. Tak średnio cztery, pięć osób w czasie dyżuru. On pracuje chyba od 16.00 w poniedziałki, więc te osoby gdzieś tam są zazwyczaj. Są to hazardziści. Częściej na pewno niż osoby uzależnione od substancji, dlatego że tam są duże straty finansowe i są problemy właśnie – banki, długi, kredyty, więc prawnik jest tutaj w stanie naprawdę trochę pomóc. Jest też na miejscu pracownik socjalny, więc też mogą korzystać z jego pomocy. Natomiast zdecydowanie rzadziej korzystają z pomocy pracownika socjalnego. Z pomocy prawnika często. (TR705_K_1)

Również tylko niektóre placówki proponują swoim pacjentom udział w warsztatach, które dotyczą szeroko rozumianych kompetencji społecznych, pozwalają uzyskać pogłębiony wgląd w źródła doświadczanych problemów. Warsztaty zwykle organizowane są w dni wolne od pracy. *Mamy sporo warsztatów i zawsze są one wypełnione osobami, pacjentami, także to wskazuje na to, że oni chcą z nich korzystać i chwala je sobie bardzo. Często jest tak, że jak wezmą udział w jednym, to chcą kolejne, kolejne i kolejne, i być w tym jakoś jeszcze bardziej i głębiej nad sobą pracować. (TR705_K_1)*

W zasadzie osoby z zaburzeniami hazardowymi leczone są w tych samych grupach co osoby z innymi uzależnieniami, głównie od alkoholu. Związane jest to z jednej strony z przeświadczeniem, że mechanizmy uzależnień są uniwersalne, a z drugiej z tym, że z powodu niewielkiej zgłaszalności do leczenia osób z takimi problemami trudno utworzyć grupę przeznaczoną wyłącznie dla nich.

Oferta pomocy postterapeutycznej

Oferta w zakresie opieki postterapeutycznej jest dość ograniczona. Pacjenci w zależności od poradni mogą liczyć na kontakt z terapeutą lub poradnią w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej.

M: Myślał pan już co będzie po terapii?

No właśnie. Grupa wsparcia, siatka wsparcia przede wszystkim i mityngi, i trzeba żyć.

M: A nie będzie panu brakowało tej terapii?

Będzie i ja będę tam się na pewno pojawiał, bo to nie jest tak, że my kończymy terapię i nie możemy się pojawiać, tylko w każdym momencie, sygnalizując spotkania indywidualne, możemy normalnie przyjeżdżać i spotykać się, rozmawiać, co się dzieje w życiu. (H0806_M_1)

Dość powszechnie po zakończeniu terapii rekomenduje się udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, gdzie pacjenci otrzymują wsparcie w utrzymaniu abstynencji. Osoby kończące leczenie mogą również czasem liczyć na udział w warsztatach dotyczących radzenia sobie z trudnymi emocjami i innymi ważnymi kwestiami pozwalającymi na dobre funkcjonowanie społeczne.

Bo terapia się kończy w pewnym momencie, są warsztaty tematyczne, które człowiek może sobie wybrać. Na przykład ja mam problem ze złością, drugi ma z nawrotami, trzeci ma inny i dobrze by było, żeby sobie wybrać tematyczne warsztaty dla siebie. Ale najważniejszy dla mnie jest program 12 Kroków, najbardziej mi pomaga program. (H1704_M_2)

Na ofertę postterapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi, składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego.

Pomoc pozamedyczna

Osoby z zaburzeniami hazardowymi, oprócz szukania pomocy czy podejmowania leczenia w specjalistycznych placówkach, szukają również pomocy poza systemem leczenia. Dość powszechne jest korzystanie z grup Anonimowych Hazardzistów, po zakończeniu terapii, by utrzymać jej pozytywne efekty, a w okresie oczekiwania na terapię, żeby podtrzymać motywację do leczenia. Udział w grupach jest często rekomendowany przez lekarza czy terapeutę jako oferta uzupełniająca. Osoby uczestniczące w grupach chwalą sobie możliwość spotkania ludzi z podobnymi doświadczeniami oraz wymiany informacji. Część osób zwraca się w kierunku religii czy ruchów religijnych. Jest to głównie religia katolicka, ale jeden z respondentów wymienił buddyzm.

Dużą pomoc okazało mi środowisko buddyjskie, czy też zmiana troszkę myślenia, światopoglądu. Ja jestem

ateistą, niewierzącym w Boga. Jednak buddyzm dawał pewne rozwiązania, takie rozsądniejsze wydawałoby mi się, gdzie czułem, i rzeczywiście czuję nadal, że daje mi możliwość niegrania, zmiany w ogóle. Ja muszę i chcę pracować nad sobą. (H2404_M_1)

Część osób upatruje szansy na powrót do zdrowia w niekonwencjonalnych metodach leczniczych, np. biorezonansie czy homeopatii.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi powszechnie poszukują pomocy w internecie. Jest on podstawowym źródłem pozyskiwania informacji o programach terapeutycznych, placówkach, naturze uzależnienia, ale również pozwala poznać opinie innych na temat konkretnych placówek czy terapeutów. Na forach internetowych istnieje możliwość wymiany doświadczeń i uzyskania wsparcia.

Dość intensywnie czytałem to forum dla hazardzistów, czasami posty umieszczałem na tym forum i to też było takie pomocowe, że mogę gdzieś dostać pomoc, wyrzucić z siebie parę rzeczy i to też fajna rzecz była. Także fora i czytanie też, szukanie pomocy, gdy coś się dzieje. (H1505_M_3)

Innym źródłem informacji są audycje w radio i telewizji poświęcone problematyce uzależnień, a także telefony zaufania.

Jest „12 Krok”, audycja w telewizji Republika, też „12 Krok” Rafała Porzezińskiego, w Plusie kiedyś była taka audycja Jacka Racięckiego. Przynajmniej mi to pomogło, bo ja często tego słuchałem i wiem, że dużo osób słucha tych audycji. Fajnie, że coś takiego jest. (H1505_M_3)

Również znajomi, osoby poznane na spotkaniach Anonimowych Hazardzistów mogą stanowić krąg oparcia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują radzić sobie z problemem bez wsparcia instytucjonalnego. Zdarza się, że podejmują próby samodzielnego przezwyciężenia nałogu, a jeden z lekarzy psychiatrów zwrócił uwagę na próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

Rekomendacje dla poprawy oferty pomocy

Potrzebę powstawania nowych wyspecjalizowanych programów lub ośrodków widzą w zasadzie wszystkie grupy respondentów, zarówno osoby cierpiące z powodu zaburzeń związanych z hazardem, jak i lekarze oraz terapeuci.

Więcej placówek, większa dostępność, większa wiedza, kolejność odwrotna. Na zasadzie uświadomienia problemu, pokazania, czym jest ten problem i możliwości działania przy większej dostępności terapeutów i ośrodków NFZ. Dostępność poradni prywatnych, wydaje mi się, że tam jest krótszy czas oczekiwania, natomiast może być problem z dofinansowaniem. (PS2804_M_2)

Jednak oprócz fizycznej dostępności leczenia kluczową rolę odgrywa zapewnienie dostępu do informacji o leczeniu. Potrzebę taką widzą przede wszystkim sami pacjenci, mimo iż wszyscy mają za sobą doświadczenia z leczeniem, a więc znaleźli drogę do leczenia. Informacja taka powinna być dostępna w środkach masowego przekazu, w internecie, ale także w miejscach uprawiania hazardu. Nie za bardzo słyszałem, że są jakieś kluby, gdzie mogę iść, sobie pomóc. Wydaje mi się, że później zawsze coś takiego może komuś zakiełkować; kurde mam przekichane teraz, ale jest gdzieś miejsce, gdzie mogę iść. (H1605_M_1)

Terapeuci zwracają przede wszystkim uwagę nie tylko na niedostateczną informację w mediach, ale także na brak wrażliwości na problemy hazardowe wśród innych specjalności, których przedstawiciele nie tylko nie kierują, ale nawet nie informują o możliwościach leczenia.

[Lekarze POZ – autorzy] mogą użyć swojego autorytetu do tego, żeby powiedzieć, tu jest w poradni psycholog, może pan z nim porozmawiać albo do psychiatrii musi pan pójść, że oni w ogóle powiedzą, że trzeba użyć psychologa albo psychiatrii. (TR1802_K_1)

W celu poprawy oferty pomocy osobom z zaburzeniami hazardowymi należałoby zintensyfikować współpracę międzyinstytucjonalną. Potrzebę współpracy, zwłaszcza między różnymi działami opieki, szczególnie ostro widać z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mamy tak mało kontaktów z innymi specjalistami, że tak naprawdę jest zapaść między lekarzami rodzinnymi, z którymi jednak pacjenci mają najwięcej kontaktu, a psychiatrami czy psychologami tymi rejonowymi, czy lekarzami rodzinnymi a ośrodkami pomocy społecznej, z którymi też niby powinniśmy współpracować. Nie ma tego kompletnie i generalnie, jeżeli udałoby się w jakiś sposób to poprawić, na pewno byłoby w jakiś sposób łatwiej na przykład kierować takie osoby tam i mieć poczucie, że one nie są wysyłane gdzieś i nie wiadomo, co się z nimi dzieje. (POZ1704_K_1)

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie ograniczają swojej roli do kierowania do specjalistów w zakresie hazardu. Chcieliby pacjentom z problemem hazardowym poświęcić nieco więcej czasu, którego im chronicznie brakuje. Proponują również testy przesiewowe, które pacjent wypełniałby przed wizytą. Rejestracja, która rejestruje pacjenta, to zanim trafi tutaj do mnie na tę kanapę, tutaj do gabinetu, to mógłby już ten test rozwiązać. Ja bym już wiedziała, o czym z pacjentem porozmawiać, niż to z czym do mnie przyszedł, myślę, że to mogłoby być pomocne. (POZ1704_K_1)

Pacjenci podkreślali potrzebę opracowania wyspecjalizowanych programów terapii. Nie wszyscy czuli się dobrze w grupach dla uzależnionych od alkoholu czy narkotyków.

Przydałby się w ogóle program leczenia hazardzistów. Ja się z takimi nie spotkałem. Ten, z którym gdzieś tam [nazwa placówki – autorzy] się korzysta, jest taki, bym powiedział, uniwersalny. Moim zdaniem bardzo byłoby przydatne, żeby istniała możliwość leczenia się w grupie samych hazardzistów. (H3003_M_2)

Według terapeutów nie chodzi tu o tworzenie nowych wyspecjalizowanych ośrodków, ale o specjalistyczne programy realizowane w istniejących placówkach leczenia uzależnień, a nawet w poradniach zdrowia psychicznego.

Kontrowersyjna kwestia redukcji szkód, stworzenie alternatywnych do paradygmatu abstynencyjnego podejść, pojawiła się prawie wyłącznie w wypowiedziach terapeutów, najbardziej doświadczonych z badanych profesjonalistów.

Taka grupa wstępna np. dla hazardzistów, którzy nie rezygnują z hazardu, ale bardziej taka grupa edukacyjna skoncentrowana na procesie. (TR2702_M_1)

Strategie redukcji szkód mogą również włączać pracowników sektora gier hazardowych, którzy czasami są szkoleni do prowadzenia krótkich interwencji.

Spośród specyficznych dla leczenia zaburzeń hazardowych elementów terapii, których brakuje w dostępnych programach, wymieniano kwestię braku umiejętności gospodarowania pieniędzmi oraz wychodzenia z długów. Absolutnie nieliczne są programy, które oferowałyby kompleksowość oddziaływań, na które składałoby się np. doradztwo finansowe, prawników, którzy by np. negocjowali z bankami restrukturyzację długu, rozkładanie tego długu na dłuższe okresy, zmniejszenie

odsetek, skonsolidowanie długów i te wszystkie rzeczy, z którymi normalny człowiek nie jest sobie w stanie poradzić, a co dopiero hazardzista. (PS2301_M_1)

Hazard, oprócz uszczerplenia budżetu, zaburza głęboko relacje w rodzinie. Z jednej strony znika wzajemne zaufanie, z drugiej – członkowie rodziny popadają we współuzależnienie. Według naszych respondentów objęcie terapią całej rodziny ma kluczowe znaczenie dla jej powodzenia. Mówią o tym nie tylko sami hazardziści, ale także psychiatrzy.

Jeśli chodzi o osoby współuzależnione, to jest mega istotna rzecz i brakująca. Bardzo tego brakuje w ofercie leczenia, ale to jest ważne też z punktu widzenia osób uzależnionych, żeby osoby bliskie też miały dostęp do takiego leczenia. (H3003_M_2)

Uzależnienia behawioralne, w tym hazard, podobnie jak uzależnienie od substancji, są zaburzeniami, które charakteryzuje znaczna częstotliwość nawrotów. Nawet po skutecznym leczeniu, po jakimś czasie pojawia się ryzyko ponownego podjęcia gry i utraty kontroli. Co więcej, nad uzależnionym od hazardu ciągle wisi ryzyko podjęcia innych zachowań kompulsywnych oraz uzależnienia od substancji. Dlatego też utrzymanie pozytywnych wyników leczenia wymaga zapewnienia jakichś form opieki postterapeutycznej, ciągłości opieki. Nie muszą to być złożone, kosztowne programy. Czasami wystarczy grupa wsparcia, organizująca co jakiś czas spotkania podtrzymujące w abstynencji.

Ja skończyłem terapię i nagle miałem taki rok, że faktycznie nie piłem, miałem jakąś wpadkę tam dwa razy z graniem, ale to też były jakieś mniejsze – jakiś tydzień czy coś takiego. Czuję się coraz bardziej samotny w swoim problemie, bo nie piłem załóżmy, nie grałem, ale nie miałem z kim o tym porozmawiać. (H1605_M_1)

Podsumowanie

Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie poszukują wcale lub poszukują rzadko pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, w leczeniu psychiatrycznym, a także w ośrodkach pomocy społecznej. O ile w przypadku dwóch pierwszych rodzajów instytucji oferta nie jest zbyt bogata, o tyle OPS-y deklarują dość szeroki wachlarz usług, między innymi przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji

prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym jest możliwość uzyskania pomocy finansowej i pomocy w znalezieniu pracy. W placówkach leczenia uzależnień pacjent ma możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej bądź stacjonarnej, indywidualnej lub grupowej. Oferta ta w niektórych przypadkach jest uzupełniona o możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym oraz warsztatów rozwoju osobistego.

Na ofertę postterapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi poszukują pomocy również poza systemem lecznictwa. Biorą udział we wspomnianych już spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, szukają wsparcia w ruchach religijnych, czerpią informacje z audycji radiowych i telewizyjnych, korzystają z telefonów zaufania oraz forów internetowych. Zdarzają się próby samodzielnego przezwyciężenia problemu, a także próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

Wśród rekomendacji w zakresie poprawy oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi można wymienić te, które wiążą się z jej dostępnością oraz jakością i adekwatnością. W ramach poprawy dostępności rekomenduje się zwiększenie liczby programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, poprawę informacji na temat możliwości leczenia oraz kierowanie do leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów. Z kolei wśród rekomendacji odnoszących się do jakości i adekwatności pomocy znalazły się: poprawa współpracy między profesjonalistami, instytucjami, oferta wielodyscyplinarna, zapewnienie minimalnej, odpowiedniej oferty w podstawowej opiece zdrowotnej, rozwój wyspecjalizowanych programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, w tym programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi uzależnionych od substancji, poszerzenie oferty dla czynnych hazardzistów (programy grania kontrolowanego, zmiana wzoru, ograniczanie szkód), uczenie umiejętności zarządzania finansami, zapewnienie terapii rodzin, wsparcie dla ruchów samopomocowych/organizacji społecznych i zapewnienie opieki postterapeutycznej.