

Z subiektywnej perspektywy pacjentów problem hazardu nie jest wystarczająco podkreślany przez terapeutów. Czasami mają oni poczucie, że główna uwaga skupiona jest na zaburzeniach, których leczenie jest zgodne z profilem placówki, do której uczęszczają – zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, a problem zaburzeń hazardowych jest przez terapeutów pomijany. Jest to zgodne z wynikami polskich badań, prowadzonych wśród osób z zaburzeniami hazardowymi leczonymi w ośrodkach dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, ale także z wynikami badań prowadzonych w innych krajach.

POTRZEBY TERAPEUTYCZNE OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI ICH ZASPOKOJENIA

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

Wprowadzenie

Koncept współwystępowania odnosi się do zaburzeń, których symptomy występują w tym samym czasie bądź do zaburzeń pojawiających się niezależnie podczas całego życia (Petry, 2005). Rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń wynikających z używania substancji (alkoholu i narkotyków) psychoaktywnych jest stosunkowo wysokie (Weinstock i współ., 2006; Ferentzy i współ., 2013), jednak nierozpoznane, ponieważ pacjenci nie demonstrują symptomów zaburzeń hazardowych podczas leczenia skoncentrowanego na terapii uzależnienia od alkoholu i narkotyków (Séguin i współ., 2010). Badania prowadzone w populacjach klinicznych, w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków, pokazują, że między 40 a 70% pacjentów przejawiało minimum jedno dodatkowe zaburzenie psychiczne (Castel i współ., 2006). Zaburzenia hazardowe występują od 4 do 10 razy częściej w grupie osób nadużywających alkoholu lub narkotyków niż w populacji generalnej (Rodriguez-Monguio i współ., 2017).

Wiele osób z zaburzeniami hazardowymi nie podejmuje leczenia; jedynie 7-12% osób z zaburzeniami hazardowymi decyduje się podjąć terapię (Achab i współ., 2014). Wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych, które podejmują leczenie – 30% go nie kończy, a połowa z rezygnujących z leczenia, robi to w ciągu pierwszych 10 dni (Stinchfield, Winters, 2001). Jednym z powodów jest niezaspokajanie potrzeb pacjentów. Świadomość potrzeb i ich uwzględnienie w procesie terapeutycznym przyczynia się do utrzymywania się pacjentów w terapii (Kelly i współ., 2010).

Niewiele jest badań na temat potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami współwystępującymi i oferty, która by je zaspokajała (Petry, 2007). Badania prowadzone w tym obszarze pozwalają na identyfikację indywidualnych potrzeb pacjentów dzięki czemu mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności oddziaływań terapeutycznych (Lorains i współ., 2011). Najczęściej potrzeby terapeutyczne opisywane są z perspektywy profesjonalistów, którzy czerpią

swoją wiedzę z badań, charakterystyki osób, które znajdują się w systemie, historii chorób i własnego doświadczenia zawodowego (Guggenbühl i współ., 2000). Prezentowany materiał badawczy obejmuje również perspektywę pacjentów.

Metodologia badania¹

W badaniu wykorzystano perspektywę badań jakościowych, pozwalającą na lepsze zrozumienie przyczyn badanego zjawiska (Ulin i współ., 2004). Zastosowaną techniką był wywiad semi-strukturyzowany. Badanie było prowadzone w dwóch miastach – w Warszawie i Wrocławiu. Próbę stanowiły osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji (alkoholu i narkotyków), jak również profesjonaliści – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz lekarze psychiatry. Informacje od pacjentów pochodziły z ich osobistych doświadczeń wynikających z leczenia, natomiast profesjonaliści przekazywali informacje w oparciu o osobiste kontakty z osobami z zaburzeniami współwystępującymi.

Dobór próby miał charakter celowy. Próba liczyła 65 respondentów, w tym 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu, 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od narkotyków, 5 lekarzy psychiatrów, 10 terapeutów uzależnień zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i tyle samo terapeutów zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

Badanie uzyskało pozytywną zgodę Komisji Bioetycznej działającej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (ref. 16/2015). Udział w badaniu był dobrowolny. Przed rozpoczęciem wywiadu respondenci otrzymywali informację o badaniu: jego anonimowości, celach, istotności dla poprawy organizacji systemu leczenia oraz programów terapeutycznych, szacowanym czasie wywiadu oraz danych kontaktowych do badaczy. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w badaniu oraz podpisać formularz zgody na udział w nim. Było to warunkiem niezbędnym do uczestnictwa w badaniu. Wywiady zostały oznaczone jedynie numerem, dane osobiste nie były zbierane.

Respondenci nie otrzymywali gratyfikacji za udział w badaniu.

Wyniki

Potrzeby terapeutyczne

Potrzeby terapeutyczne można podzielić na: 1) potrzeby psychologiczne, 2) potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym oraz 3) potrzeby związane ze strukturą leczenia.

Potrzeby psychologiczne

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami najczęściej szukają pomocy w sytuacjach kryzysowych, kiedy doświadczyły wielu negatywnych konsekwencji wywołanych przez hazard lub używanie substancji, np. próby samobójcze, depresja. Często ich kondycja psychiczna jest zła i szukają wsparcia w placówkach leczenia uzależnień. Tym samym poprawa kondycji psychicznej była potrzebą, którą często zgłaszali. Podobnego zdania byli profesjonaliści, którzy twierdzili że pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami potrzebują wsparcia psychiatrycznego i psychologicznego. Czasami konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *W szpitalu chciałem popełnić samobójstwo, chciałem przeciąć sobie żyły. W szpitalu psychiatrycznym opiekował się mną psychiatra, przepisał lek. Myślę, że to były bardzo dobre leki, ponieważ szybko wróciłem do poprzedniego stanu psychicznego. (GA1204MWAW²)*

Profesjonalista: *W pierwszym okresie terapii ważną potrzebą osób z chorobami współwystępującymi jest stabilizacja ich stanu psychofizycznego. Bardzo często hazardziści są w tym momencie życia, że nie widzą jego sensu, podejmując próby samobójcze. Pogłębiając terapię, wpływ na różne sfery życia psychicznego jest silniejszy, na przykład na zrozumienie samych siebie, emocji. (TA2104FWAW²)*

W opinii osób ze współwystępującymi zaburzeniami diagnoza przeprowadzona w placówkach ma związek z problemami manifestowanymi przez pacjenta i nie

jest dostatecznie pogłębianą. Zdaniem pacjentów terapeuci powinni pogłębiać diagnozę, która identyfikowałaby inne problemy, z którymi pacjentom trudno jest sobie poradzić. Pogłębienie diagnozy poprawiłoby także skuteczność leczenia.

Zdecydowanie bardziej szczegółowe diagnozowanie przez lekarzy psychiatrów i wywiady [terapeutyczne – autorzy]. Ponieważ w moim przypadku myślę, że to nie tylko kwestia czystych zaburzeń [zachowania i wynikających z używania substancji – autorzy]. (GA2902MWAW)

Ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami mają potrzebę, aby dzielić się swoimi przemyśleniami z pacjentami, którzy mają podobne doświadczenia życiowe, rozumieją ich. Tak więc, oprócz kontaktów z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków, chcą mieć również kontakty z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Często jest to bardzo trudne w leczeniu, które koncentruje się na zaburzeniach związanych z używaniem substancji.

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi potrzebują kontaktów z innymi osobami z zaburzeniami hazardowymi. Stąd propozycja uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, podczas których mają kontakt z ludźmi borykającymi się z podobnym problemem. (TN2204FWRO)

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami obawiają się stygmatyzacji wynikającej z podejmowania leczenia. Nie chcą być postrzegane jako osoby uzależnione, szczególnie na początku terapii. Dlatego też chcą zachować anonimowość i oczekują tego od profesjonalistów.

W placówce szukałem anonimowości. Nie chciałem, żeby to wyszło. Teraz nie wstydę się tego, ale kiedy szukałem pomocy, wstydziłem się, że potrzebuję tego leczenia i szukam go. (GA0903MWRO)

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym odzwierciedlają sytuację życiową osoby ze współwystępującymi zaburzeniami i są głównie związane z rozwojem zaburzeń. W trakcie rozwoju zaburzeń ludzie tracą domy, pracę, popadają w długi itp. W przypadku pacjentów podjęcie leczenia powinno się przyczynić do poprawy ich warunków życia. Pilne potrzeby wiążą się głównie z doradztwem prawnym i w sprawach finansowych. Ludzie ze współwystę-

pującymi zaburzeniami potrzebują przedstawiciela, który negocjowałby w ich imieniu spłatę długów, bo sami nie mają takich umiejętności.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Hazard całkowicie zniszczył moje życie, straciłem mieszkanie, standard życia obniżył się, a alkohol pomógł w nim. Wylądowałem na ulicy, jestem bezdomny i potrzebuję pomocy.* (GA0904MWRO)

Profesjonalista: *Ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami bardzo często potrzebują pomocy prawnej. Żeby ktoś im powiedział, jak powinni postępować, ustalił plan spłaty długów, negocjował z komornikami. Powinni wiedzieć, jakie mają prawa.* (TA1503FWAW)

Bardzo ważne dla respondentów było poprawienie relacji z rodziną i innymi ważnymi osobami. Osoby z zaburzeniami współwystępującymi odczuwają wstyd za to, co zrobili przed podjęciem leczenia.

Odbudowa więzi rodzinnych. Chodzi mi o to, że widzimy się razem, ale strasznie mi wstyd za wszystko, co się wydarzyło. Chciałbym porozmawiać, przeprosić i podziękować im, ale to jeszcze nie ten moment. To samo powinno się wydarzyć z moją żoną. (GD-2705MWRO)

Potrzeby związane z dostępnością i jakością leczenia

Potrzeby związane z dostępnością i jakością leczenia rozumiane były jako czynniki istotne z punktu widzenia otrzymywania pomocy i utrzymania się w nim. Respondenci twierdzili, że nie mają problemów z dostępnością leczenia (ambulatoryjnego lub stacjonarnego) zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, kiedy to one dominują w ich życiu. Brakuje placówek, w których większy nacisk podczas terapii, zwłaszcza grupowej, kładziony jest na zaburzenia hazardowe. Większość sesji grupowych zorientowana jest na zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych. W trakcie procesu terapii osoby ze współwystępującymi zaburzeniami potrzebowały też większej liczby sesji indywidualnych, aby omówić swoje codzienne problemy. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków chciały leczyć choroby zakaźne oraz przyjmować metadon w tej samej placówce.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Przyzwyczałem się do takich mieszanych (grup – autorzy). Ale tak się złożyło, że w grupie terapeutycznej było ośmiu pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, atmosfera była dla mnie lepsza. Czuję się komfortowo. Kiedy ktoś przyznał się, że jest hazardzistą, czuję taką więź. (GD1605MWAW)*

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *W poradni pojawiła się możliwość leczenia metadonem i spróbowałem. Nie miałem wyboru. Oddział zakaźny również był i z tego powodu zostałem. (GD0812MWAW)*

Możliwości zaspokojenia potrzeb w ramach istniejącego systemu leczenia

Potrzeby, które trudno zaspokoić

Potrzeby związane ze strukturą leczenia, które w ocenie respondentów nie są zaspokojone, zostały zidentyfikowane głównie przez profesjonalistów. Zdaniem terapeutów większy nacisk kładzie się na terapię zaburzeń substancji. Nie ma możliwości równoległego leczenia współwystępujących zaburzeń. Terapia prowadzona jest w placówkach zajmujących się leczeniem zaburzeń wynikających

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Kiedy po raz pierwszy przyjechałem do placówki i zobaczyłem tych alkoholików, powiedziałem - nie, to nie moja bajka. (GD2402MWAW)*

Profesjonalista: *Zdecydowanie większy nacisk kładzie się na leczenie uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Większość placówek jest skierowana do pacjentów uzależnionych od substancji. Brak jest placówek zapewniających leczenie pacjentom z zaburzeniami behawioralnymi lub współwystępującymi zaburzeniami. Terapia odbywa się w ramach podstawowego programu leczenia urozmaiconego o spotkania grupowe lub treningi dotyczące zaburzeń behawioralnych i w ramach indywidualnego kontaktu z terapeutą podczas, którego leczone są zaburzenia hazardowe. Mityngi Anonimowych Hazardzistów uzupełniają tę ofertę. (TA0812FWAW)*

z używania alkoholu i narkotyków, a uczestnikami są głównie osoby od nich uzależnione. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami twierdziły, że ten model terapii nie odpowiada na ich potrzeby. Mają problem z identyfikacją z innymi członkami grupy, co wpływa na uczestnictwo w spotkaniach grupowych, podczas których powinni dzielić się swoimi doświadczeniami.

Brak ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji jest legitymizowany przez koncepcję uzależnienia, która zakłada, że mechanizmy jego rozwoju są takie same, bez względu na to, od czego ktoś jest uzależniony.

Nie ma potrzeby rozróżniania typów uzależnienia, ponieważ mechanizm, który je wyzwala, jest taki sam. Diagnozą jest uzależnienie, niezależnie od czego. Ludzie, którzy podejmują leczenie, postrzegają zaburzenia hazardowe jako konsekwencję uzależnienia od narkotyków. Nigdy nie lecę zaburzeń hazardowych i uzależnienia od narkotyków osobno, ale lecę uzależnienie ogólnie. (TN0611FWAW)

Zdaniem profesjonalistów zbyt mało czasu poświęca się na pracę indywidualną z pacjentami z rozpoznaniem współwystępujących zaburzeń. Potrzebują oni więcej uwagi ze strony terapeuty, ponieważ ich problemy i sytuacja życiowa są często bardziej skomplikowane. Również dostęp do terapii rodzinnej nie jest łatwy. Ta forma pomocy nie jest częścią programu terapeutycznego, chociaż istnieje na nią duże zapotrzebowanie w tej grupie pacjentów. Terapia rodzinna często jest realizowana poza programem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Profesjonaliści: *Na pewno terapia osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest bardziej czasochłonna. Pracuję w placówce, w której istnieje z góry założony plan leczenia, a warto byłoby poświęcić więcej godzin na terapię indywidualną. (TN1304FWAW)*

Profesjonaliści: *Dodatkowo prowadzimy terapię rodzinną, poza programem realizowanym w placówce. Ponieważ sesje z rodziną nie są objęte podstawowym programem leczenia i nie są finansowane. Kiedyś mieliśmy możliwość prowadzenia sesji rodzinnych finansowanych przez urząd miasta. Pacjenci mają duże zapotrzebowanie na te sesje. (TA2203FWAW)*

Placówki nie są w stanie zapewnić wszystkich usług, które byłyby ważne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów i pomocne w rozwiązywaniu ich problemów. Większość placówek nie jest w stanie pomóc pacjentom rozwiązać ich problemów finansowych, np. przygotować plan spłaty długów lub negocjować z bankami w imieniu pacjenta. Te osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, które mają problemy prawne lub problemy mieszkaniowe, również muszą szukać pomocy poza placówką.

Pacjenci nie mają szans na uzyskanie w placówce pomocy w sprawach finansowych. Myślę, że potrzebujemy specjalisty, który pomógłby w przygotowaniu planu spłaty długów, w rozmowach z bankami lub innymi instytucjami, gdzie zaciągali długi. Ja w tej kwestii nie czuję się kompetentny. (TN3004FWRO)

Potrzeby, które mogą być zaspokojone

Mocną stroną sektora leczenia uzależnień jest bezpłatna pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, a także dla osób z zaburzeniami uprawiania hazardu. Tym samym osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mają również bezpłatny dostęp do leczenia.

Mam bezpłatne leczenie. Podobno u hazardzisty łatwo jest zdiagnozować współwystępujące zaburzenia alkoholowe, dzięki czemu masz darmowe leczenie nawet bez ubezpieczenia. (GD2402MWAW)

Potrzeby osób ze współwystępującymi zaburzeniami mogą być zaspokojone w różnych formach leczenia – ambulatoryjnej (w tym w placówkach dziennego pobytu) lub w stacjonarnej. Istnieją placówki oferujące tylko jedną formę leczenia, ale są również takie, które oferują zróżnicowane formy terapii. Dzięki temu, po zakończeniu leczenia stacjonarnego istnieje możliwość kontynuowania terapii w formie ambulatoryjnej w tym samym ośrodku. Również możliwość detoksykacji jako formy poprawy zdrowia fizycznego po destrukcyjnym użyciu substancji była jedną z mocnych stron systemu leczenia. Poddanie się detoksykacji pozwalało poprawić kondycję fizyczną. *Pozostawanie na oddziałach detoksykacyjnych stawiało mnie fizycznie na nogach. Pierwszy pobyt był ambulatoryjny, otrzymałem kroplówkę. Podczas pobytu na oddziale stacjonarnym otrzymywałem dużo kroplówek, witamin, środków uspokajających, i to pomogło.* (GA2902MWAW)

Dostępny personel, zwłaszcza terapeuta, sprawiał, że łatwiej można było zaspokoić potrzeby pacjentów. Z doświadczeń osób ze współwystępującymi zaburzeniami wynika, że mogli oni w każdej chwili konsultować swoje problemy z terapeutami. W ocenie pacjentów terapeuci są kompetentni i potrafią skutecznie leczyć zaburzenia. Szczególnie doceniani i pożądanymi byli terapeuci, którzy w przeszłości byli uzależnieni, ukończyli leczenie i teraz utrzymują abstynencję.

Pamiętam, że kiedy byłem w Lublinie, było dwóch terapeutów, którzy byli trzeźwiejącymi alkoholikami. To była zupełnie inna rozmowa z tym ludźmi, oni wiedzieli, o czym mówię, doświadczyli tego samego co ja, doświadczyli halucynacji. (GA1705MWAW)

Z punktu widzenia zaspokajania potrzeb pacjentów istotnym elementem terapii były bezpłatne treningi interpersonalne uzupełniające leczenie. Ale nie były to treningi specjalnie zaprojektowane dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Mimo to badani twierdzili, że mogli tam spotkać innych pacjentów, będących na bardziej zaawansowanym etapie terapii. Treningi interpersonalne były prowadzone w weekendy, co czyniło je bardziej dostępnymi, szczególnie dla tych, którzy pracowali w ciągu tygodnia. Kontakty z innymi pacjentami pomagały budować sieć wsparcia, co wpływa na poprawę funkcjonowania społecznego i utrzymanie abstynencji po zakończeniu terapii. Niektórzy terapeuci zachęcali pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Alkoholików oraz różnych grupach wsparcia i w ten sposób budowania sieci kontaktów z innymi abstynentami. *Od początku leczenia terapeuci informują pacjentów o konieczności uczestnictwa w mityngach po zakończeniu terapii. Wiem od pacjentów, że wiele placówek tego nie robi. Tutaj wyraźnie mówimy, że terapia kiedyś się kończy i pacjenci muszą znaleźć sieć wsparcia poza poradnią, aby nie wrócić do picia czy grania.* (GA1305MWAW)

Niektóre placówki oferowały pacjentom możliwość udziału w specjalnych grupach terapeutycznych przeznaczonych dla osób, które zakończyły terapię, ale z różnych powodów nie udało im się utrzymać abstynencji. Podobnie jak w przypadku wspomnianych treningów interpersonalnych, grupy te były przeznaczone dla wszystkich byłych pacjentów, a nie dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami. W opinii

profesjonalistów uczestnictwo w grupie nawrotów było ważnym elementem programu terapeutycznego, który przeciwdziała pogłębianiu problemów.

Kierujemy pacjentów np. na grupę nawrotów w naszej poradni, tym samym dbamy o nich nawet po zakończeniu leczenia. (TA2104FWAW2)

Zdolność do zaspokajania potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji zależy od możliwości konkretnych instytucji oraz ich współpracy z innymi placówkami. Niektóre instytucje oferują pomoc lekarza psychiatry, pomoc prawną, w rozwiązywaniu problemów finansowych. Placówka może również nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej, który jest w stanie zapewnić wsparcie w zaspokajaniu potrzeb społecznych i życiowych. W razie potrzeby pacjenci są kierowani do innych instytucji, gdzie ich potrzeby z innych obszarów mogą zostać zaspokojone.

Profesjoniści: *W zakresie pomocy w wychodzeniu z bezdomności i pokonania problemów finansowych zapewniona jest pomoc społeczna – konsultacje z pracownikiem socjalnym w lokalnym ośrodku pomocy społecznej. (TA0812FWAW)*

Profesjoniści: *Współpracujemy z różnymi placówkami, hostelami w których pacjenci mogą otrzymać pomoc, jeśli są w potrzebie, np. gdy są bezdomni. Placówka i terapeuci współpracują z różnymi klubami abstynenta, Anonimowymi Hazardzistami lub Alkoholikami i byłymi pacjentami. Tutaj, we Wrocławiu, działa klub abstynenta, w którym pacjenci mogą skorzystać z bezpłatnych konsultacji finansowych i prawnych. (TA2503FWRO)*

Podsumowanie

Niski odsetek osób z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji i z zaburzeniami hazardowymi, które podejmują leczenie i wysoki odsetek osób, które go nie kończą, może wiązać się między innymi z niespełnieniem potrzeb terapeutycznych pacjentów. Zidentyfikowane w badaniu potrzeby można podzielić na: potrzeby psychologiczne, związane z funkcjonowaniem społecznym i związane ze strukturą leczenia. Są one w dużej mierze zaspokajane przez istniejącą ofertę leczenia. Ale są również

obszary, które wymagają poprawy, zwłaszcza kwestia potrzeb psychologicznych. Ten obszar obejmuje takie potrzeby, jak poprawa stanu zdrowia psychicznego, pogłębienie diagnozy, chęć dzielenia się doświadczeniami z innymi osobami ze współwystępującymi zaburzeniami.

Wśród potrzeb związanych z funkcjonowaniem społecznym, które nie zostały zaspokojone, zidentyfikowano niemożność otrzymania pomocy w rozwiązywaniu problemów finansowych, mieszkaniowych i prawnych. Istnieją placówki, które pomagają radzić sobie z tymi problemami. Jednak na ogół problemy te nie mogą być rozwiązane w placówce, w której odbywa się leczenie. Niektóre poradnie współpracują z konkretnymi instytucjami z obszaru opieki społecznej, np. z ośrodkami pomocy społecznej, które są w stanie rozwiązać takie problemy. Z perspektywy pacjentów warto poprawić taką współpracę międzyinstytucjonalną, nie tylko w obszarze opieki społecznej, aby pacjenci mogli otrzymywać kompleksową pomoc, która pozwoli na lepsze funkcjonowanie społeczne. Współpraca między instytucjami nie powinna obciążać życia pacjentów, na przykład poprzez konieczność stawienia się w różnego rodzaju placówkach, i to raczej pracownicy tych instytucji powinni być dostępni w placówce, w której odbywa się leczenie.

Brak ścieżki terapeutycznej adresowanej specjalnie dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami może się wydawać dużym problemem z punktu widzenia subiektywnych potrzeb. Jednak kwestia ta została podniesiona jedynie przez profesjonalistów, którzy mają większą wiedzę o systemie leczenia. Dla pacjentów ważniejsze niż uczestnictwo w programie terapeutycznym dostosowanym do leczenia współwystępujących zaburzeń było zaspokojenie ich indywidualnych potrzeby. Z subiektywnej perspektywy pacjentów problem hazardu nie jest wystarczająco podkreślany przez terapeutów. Czasami mają poczucie, że główna uwaga skupiona jest na zaburzeniach, których leczenie jest zgodne z profilem placówki, do której uczęszczają – zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, a problem zaburzeń hazardowych jest przez terapeutów pomijany. Jest to zgodne z wynikami polskich badań, prowadzonych wśród osób z zaburzeniami hazardowymi leczonymi w ośrodkach dla osób uzależnionych od alkoholu lub

narkotyków (Dąbrowska i współ., 2017), ale także z wynikami badań prowadzonych w innych krajach, w których programy leczenia zaburzeń współwystępujących oparte są również na programach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków (Petry, 2007). Paradoksalnie na zaspokojenie potrzeb pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami może mieć wpływ leczenie w placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i narkotyków, w których można wyróżnić różne style pracy z pacjentami. Z jednej strony może to być traktowane jako mocna strona systemu, ponieważ podejście terapeutyczne może być modyfikowane przez terapeutę specjalnie dla osób o szczególnych potrzebach. Z drugiej strony brak jasnej ścieżki terapeutycznej i standardów terapii dla tej grupy pacjentów sprawia, że niektóre podejścia czy też style pracy są nieodpowiednie do ich potrzeb, a zatem nieskuteczne. Badania pokazują, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają bardziej intensywnych oddziaływań terapeutycznych, ponieważ ich zaburzenia mogą mocniej wpływać na codzienne aktywności (Bukstein i współ., 1989). Zidentyfikowane potrzeby powinny być wzięte pod uwagę przy tworzeniu oferty terapeutycznej. W rezultacie byłaby ona bardziej akceptowana przez pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami, przyczyniała się do poszukiwania leczenia na wcześniejszym etapie rozwoju zaburzeń i poprawiała wskaźnik utrzymania się w leczeniu.

W celu zaspokojenia szerokiego spektrum potrzeb pacjentów ważne wydaje się stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego weszliby, poza terapeutami, przedstawiciele innych specjalności, takich jak lekarz psychiatra pomocny w leczeniu zaburzeń psychicznych, pracownik socjalny pomocny w rozwiązywaniu problemów prawnych i finansowych. Występowanie dwóch zaburzeń sprawia, że pacjenci mają większą potrzebę spotkań indywidualnych, pogłębienia diagnozy psychiatrycznej, zapewnienia anonimowości, czyli ogólnie rzecz biorąc – położenia większego nacisku na zaspokajanie ich potrzeb psychologicznych. W obszarze funkcjonowania społecznego należy poprawić dostęp do terapii rodzinnej. Natomiast w obszarze potrzeb odnoszących się do systemu leczenia istotne wydaje się wsparcie pacjentów w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych.

Przypisy

- ¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- ² Metoda kodowania: GA – osoba ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu; GD – osoba ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków; PS – Lekarz psychiatra; TA – Terapeuta zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu; TN – Terapeuta zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od narkotyków; XXXX – Numer wywiadu; M – Mężczyzna, F – Kobieta; WRO – Wrocław, WAW, Warszawa; Y – Numer wywiadu przeprowadzony tego samego dnia.

Bibliografia

- Achab S., Chatton A., Khan R., Thorens G., Penzenstadler L., Zullino D. et al., „Early Detection of Pathological Gambling”, *Betting on GPs' Beliefs and Attitudes*, 2014.
- Bukstein O.G., Brent D.A., Kaminer Y., „Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents”, *Am J Psychiatry*. 1989 Sep;146(9): 1131-41.
- Castel S., Rush B., Urbanoski K., Toneatto T., „Overlap of clusters of psychiatric symptoms among clients of a comprehensive addiction treatment service”, *Psychol Addict Behav*. 2006 Mar;20(1): 28-35.
- Dąbrowska K., Moskalewicz J., Wiczorek Ł., „Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence?”, *J Gambl Stud*. 2017;33(2): 487-503.
- Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I., „Illicit drug use and problem gambling”, *ISRN Addict*. 2013;2013:342392.
- Guggenbühl L., Uchtenhagen A., Paris D., „Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT). Part II: Treatment and Support Needs of Drug Addicts. Country Reports and Assessment Procedures”, *Addiction Research Institute: Zurich*, 2000 http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=12847
- Kelly S.M., O'Grady K.E., Brown B.S., Mitchell S.G., Schwartz R.P., „The role of patient satisfaction in methadone treatment”, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 May;36(3): 150-4.
- Lorains F.K., Cowlshaw S., Thomas S.A., „Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys”, *Addiction*. 2011 Mar;106(3): 490-8.
- Petry N.M., „Gambling and substance use disorders: current status and future directions”, *Am J Addict*. 2007 Feb;16(1): 1-9.
- Petry N.M., „Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment (1st ed.)”, Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- Rodriguez-Monguio R., Errea M., Volberg R., „Comorbid pathological gambling, mental health, and substance use disorders: Health-care services provision by clinician specialty”, *J of Behav Addict*. 2017; 6(3):406-15. from: <http://doi.org/10.1556/2006.6.2017.054>
- Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M. et al., „Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking”, *Psychol Addict Behav*. 2010 Sep;24(3): 541-7.
- Stinchfield R., Winters K.C., „Outcome of Minnesota's gambling treatment programs”, *J Gambl Stud*. 2001;17(3): 217-45.
- Ulin P.R., Robinson E.T., Tolley E.E., „Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research. 1 edition”, San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004
- Weinstock J., Blanco C., Petry N.M., „Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic”, *Exp Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;14(1): 87-93.