

BERNADETA LELONEK-KULETA

POMOC RODZINIE
Z PROBLEMEM PATOLOGICZNEGO HAZARDU
– PRZYKŁADY POLSKIE I PROGRAM KANADYJSKI

Problem patologicznego hazardu istnieje w Polsce od dawna, jednak na przestrzeni ostatnich lat stanowi coraz częściej przedmiot dyskusji różnych środowisk – zarówno politycznych, jak i medycznych czy naukowych. Uwarunkowań takiego stanu rzeczy jest kilka. Po pierwsze – hazard, będący bardzo dochodową branżą rozrywkową, interesuje wiele środowisk – zarówno operatorów gier, jak również państwo, które pobiera od operatora stosowne podatki (przykładowo – podatek od gier losowych za rok 2011 wyniósł w Polsce 1 483 502 PLN)¹. W kontekście tego toczą się dyskusje na temat zwiększenia kontroli nad grami hazardowymi lub nawet ich delegalizacji, jednak przynoszą one niewiele konkretnych ustaleń. Drugą przyczyną wzrastającego zainteresowania tym zjawiskiem jest to, że problem nadmiernego grania hazardowego staje się coraz bardziej widoczny. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy wzrosło jego nasilenie w Polsce, czy też rośnie świadomość ludzi zwracających się po pomoc z powodu nadmiernego grania (w związku z czym więcej spośród nich udaje się do poradni zajmujących się leczeniem uzależnień). Faktem jest też, że od kilku lat rośnie zapotrzebowanie terapeutów uzależnień na podnoszenie kwalifikacji w zakresie terapii patologicznego hazardu, co wynika ze wzrastającej liczby pacjentów zwracających się do nich po pomoc². Dyskusje toczone wokół problemu uzależnienia od

Dr BERNADETA LELONEK-KULETA – adiunkt Katedry Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: bernadetalonek@kul.lublin.pl

¹ Informacja o realizacji ustawy o grach hazardowych w 2011 roku, Warszawa: Ministerstwo Finansów 2012.

² Zapotrzebowanie to terapeuci deklarują w badaniu Stowarzyszenia Natanaelum; szczegółowy raport można znaleźć na stronie: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880>.

grania skłoniły z kolei naukowców do podjęcia prób bliższego poznania oraz wyjaśniania tego zjawiska, dzięki czemu pojawiają się kolejne wyniki badań, które wnoszą istotną wiedzę w rozumienie specyfiki i powstawania uzależnienia od hazardu³. Niejako w odpowiedzi na zainteresowanie różnych środowisk pogłębianiem wiedzy dotyczącej omawianego zjawiska utworzony został, na mocy ustawy z 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych, Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Jego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast przychód Funduszu stanowi 3% wpływów z dopłat od gier objętych monopolem państwa (art. 88). Sposób zarządzania funduszem reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 roku (Dz.U. z 2011 r., nr 6, poz. 27). W tym miejscu warto tylko zaznaczyć, że jego środki przeznaczone są obecnie na pięć programów obejmujących badania, profilaktykę, podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, działania edukacyjno-informacyjne oraz rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnienia⁴. Możliwość finansowania pomocy dla osób uzależnionych od hazardu i ich bliskich przyczyniła się do poszerzenia oferty pomocowej dla tej grupy. Niemniej jednak w Polsce nadal możliwości zgłoszenia się po profesjonalną pomoc przez rodzinę patologicznego gracza są ograniczone. Ukazują to wyniki badań mających na celu poznanie oferty pomocowej dla hazardzistów i ich rodzin w Polsce, przeprowadzonych w 2011 i 2012 roku.

Artykuł ma na celu zaprezentowanie polskich zasobów pomocowych dla rodzin dotkniętych patologicznym hazardem, a także przykładu kanadyjskiego programu takiej pomocy. Wykorzystano w tym celu wyniki przeprowadzonych badań własnych oraz dostępną literaturę.

1. ZASOBY POMOCOWE DLA RODZIN Z PROBLEMEM PATOLOGICZNEGO HAZARDU W POLSCE

Pomysł dokonania diagnozy zasobów pomocowych dla rodzin z problemem patologicznego hazardu zrodził się w 2011 roku, jako odpowiedź na zapro-

³ Badania w ostatnich latach były prowadzone m.in. przez B. Lelonek (2009); N. Ogińską-Bulik (2010); Fundację Totalizatora Sportowego Milion Marzeń (2012, 2011) czy Centrum Badania Opinii Społecznej (2012).

⁴ Szczegółowe informacje znajdują się na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768264>

szenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji badania w tym zakresie. Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową, na przełomie 2011 i 2012 roku. Podzielone zostało na dwa etapy⁵. W punkcie wyjścia wyodrębniono placówki deklarujące świadczenie pomocy patologicznym hazardzistom i ich rodzinom w Polsce. Wykorzystano do tego kilka dróg, w tym – przeszukiwanie baz internetowych, analizę bazy placówek NFZ mających zakontraktowane usługi świadczenia pomocy osobom z zaburzeniami nawyków i popędów, w tym hazardu patologicznego (F 63.0), analizę placówek terapii uzależnień rekomendowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBdsPN) pod kątem udzielania przez nie tego rodzaju świadczeń. Informacje weryfikowano także telefonicznie i mailowo, dzięki czemu uzyskano w sumie liczbę 801 placówek SP ZOZ, NZOZ i prywatnych deklarujących pomoc patologicznym graczom i ich bliskim. Do placówek tych rozesłana została drogą pocztową i elektroniczną ankietą badawcza, której wyniki pozwoliły przybliżyć zakres pomocy, jaką w Polsce mogą otrzymać rodziny doświadczające problemów wynikających z patologicznego hazardu. Na ankietę odpowiedziało 101 placówek. Po analizie jej wyników zaplanowano realizację drugiego etapu badań, o pogłębionym charakterze, w celu bardziej szczegółowego poznania charakteru tego rodzaju świadczeń pomocowych. Drugi etap polegał na rozesłaniu drogą pocztową i elektroniczną ankiety badawczej do 120 placówek potwierdzających posiadanie oferty pomocy rodzinom dotkniętym patologicznym hazardem (w tym 101 wyłonionych w pierwszym etapie). Na ankietę odpowiedziały 24 placówki, a jej wyniki pozwoliły na dokonanie szczegółowej analizy oferowanych świadczeń⁶.

Wyniki badań pozwalają stwierdzić, że specjalistyczną pomoc rodzinom dotkniętym hazardem w Polsce deklaruje 120 placówek, co na tle wszystkich placówek świadczących terapię uzależnienia nie jest dużą liczbą (samych placówek publicznych zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu

⁵ Pierwszy etap – działanie „Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego / patologicznego w Polsce” otrzymało w trybie konkursowym dofinansowanie z Funduszu Zapobiegania Problemom Hazardowym (FZPH). W artykule odniesiono się tylko do wyników dotyczących patologicznego hazardu.

⁶ Drugi etap badania otrzymał dofinansowanie z dotacji dla młodych naukowców Wydziału Teologii KUL.

było w 2011 roku 735, do tego należy dodać placówki finansowane z innych źródeł, prywatne, zajmujące się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji oraz od zachowań⁷. Bardziej obrazowe jest odniesienie tej liczby do województw – przykładowo w województwie mazowieckim pomoc taką zadeklarowało dziesięć placówek, w lubelskim pięć, w świętokrzyskim cztery, a w lubuskim tylko dwie⁸. Należy przypuszczać, a także wierzyć w to, że wyniki są niedoszacowane. Biorąc pod uwagę szacowaną liczbę osób uzależnionych od hazardu w Polsce, zasoby te nie są wystarczające. Badania CBOS wykazały, że 3,7% dorosłych Polaków gra w sposób mogący prowadzić do uzależnienia, w tym 0,2% doświadcza poważnych problemów z powodu hazardu⁹. Należy zaznaczyć, że jedna osoba uzależniona od grania ma potencjalnie od kilku do kilkunastu osób bliskich, które doświadczą konsekwencji tego zaburzenia (partnerzy, dzieci, rodzice, rodzeństwo itd.), co rodzi jeszcze większą potrzebę dostępnej pomocy.

Jeżeli chodzi o rodzaje pomocy, jaką mogą uzyskać bliscy, w 64 placówkach zadeklarowano prowadzenie terapii indywidualnej, a w 43 – terapii grupowej. Ponadto 79 placówek oferuje poradnictwo dla rodzin, 63 – prowadzenie zajęć edukacyjnych, natomiast 15 placówek zgłasza podejmowanie działań profilaktycznych wobec osób bliskich hazardzistów. Tylko nieliczne placówki mają w swojej ofercie doradztwo prawne (cztery placówki), finansowe (trzy) i socjalne (siedem), co – biorąc pod uwagę specyfikę tego zaburzenia (wysokie długi partnerów, problemy prawne związane z ich uregulowaniem, wspólne zobowiązania finansowe, brak środków do zaspokojenia podstawowych potrzeb itp.) – wydaje się zdecydowanie niewystarczające. Przydatność tego rodzaju wsparcia potwierdzają ankietowani terapeuci, którzy ważność doradztwa prawnego oceniają na 85%, finansowego na 71%, natomiast socjalnego – 54%. Pomoc dla osób uzależnionych od grania prezentuje się natomiast następująco: terapia indywidualna – 89 placówek, terapia grupowa – 68, poradnictwo – 86, edukacja – 84, profilaktyka – 27.

⁷ J. F u d a ł a, *Polskie lecznictwo odwykowe w liczbach*, „Świat Problemów” 2012, nr 11, s. 5-9.

⁸ Szczegółowy raport z badań znajduje się na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880>

⁹ B. B a d o r a, M. G w i a z d a, M. H e r m a n n, J. K a l k a, J. M o s k a - l e w i c z, *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*, Warszawa: CBOS 2012.

Analiza wyników pogłębionego badania pozwala stwierdzić, że specjaliści pracujący z osobami uzależnionymi są świadomi dużego zapotrzebowania w zakresie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od hazardu, co rzuca pozytywne światło na niezbyt satysfakcjonujące wyniki dotyczące dostępnej pomocy. Wśród wyrażanych przez nich potrzeb w odniesieniu do pracy z patologicznymi graczami i ich bliskimi znajdują się: szkolenia (90%), staże krajowe (56%), staże zagraniczne (44%), literatura (79%), superwizja (71%), filmy szkoleniowe (64%), metody diagnostyczne (72%), metody ewaluacyjne (52%).

2. CHARAKTERYSTYKA SPECJALISTYCZNEJ POMOCY DLA RODZIN Z PATOLOGICZNYM HAZARDEM W POLSCE

Coraz więcej polskiej literatury poświęconej problemowi patologicznego hazardu i więcej przeprowadzonych badań pozwala na lepsze poznanie realizowanych aktualnie działań pomocowych na rzecz rodzin dotkniętych tym zaburzeniem. Poniżej zostanie dokonana charakterystyka tego rodzaju form pomocy. Pierwszym źródłem informacji są wyniki zrealizowanych badań, natomiast drugim – dostępna literatura.

W analizie form pomocy uwzględniono m.in. posiadanie przez placówkę programu terapeutycznego wypracowanego dla rodzin patologicznych graczy. Wyniki ankiet ukazują, że 40 na 101 placówek deklaruje posiadanie programu terapii indywidualnej wypracowanego dla osób bliskich patologicznych hazardzistów, natomiast 34 placówki zgłaszają, że dysponują programem terapii grupowej dla bliskich. W przypadku patologicznych graczy program terapii indywidualnej ma 59 placówek, natomiast grupowej – 53 placówki. Można wnioskować na podstawie tych informacji, że pozostałe placówki prowadzą terapię dla uzależnionych hazardzistów i ich rodzin według programów terapeutycznych wykorzystywanych wcześniej w placówce – najczęściej są to programy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ich bliskich, co terapeuci potwierdzają w ankietach. Autorskie programy wypracowane dla tej grupy pacjentów opierają się najczęściej na podejściu motywującym, nurcie poznawczo-behawioralnym, podejściu integracyjnym, psychoedukacji. Najwięcej działań prowadzonych jest jednak nadal tylko wobec uzależnionego członka rodziny. Brakuje opracowań, które opisywałyby pracę z członkami rodziny nałogowego gracza w Polsce.

Przykładowe programy autorskie, wypracowane na potrzeby patologicznych graczy i ich rodzin, są realizowane w niewielu jeszcze ośrodkach w Polsce. Poniżej opisane zostaną działania podejmowane w Wojewódzkiej Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu oraz w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień, które jako jedne z pierwszych podjęły tego rodzaju pracę.

2.1. POMOC RODZINOM W WOJEWÓDZKIEJ PORADNI TERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIENIA W TORUNIU

Program terapeutyczny dla hazardzistów został opracowany w Toruniu w 2007 roku i wyrósł z zaobserwowanej w poradni potrzeby dostosowania pomocy do problemu patologicznego hazardu (wcześniej pacjenci włączani byli do grup terapeutycznych dla osób z uzależnieniami od substancji, jednak szybko rezygnowali z terapii w tych grupach). Program oparty jest głównie na założeniach nurtu poznawczo-behawioralnego oraz wykorzystuje techniki terapii motywującej¹⁰. Jednym z bardziej znanych specjalistów, który opracował podwaliny terapii patologicznego hazardu w nurcie poznawczo-behawioralnym, jest profesor z Kanady, Robert Ladouceur¹¹. Praca z pacjentem rozpoczyna się od diagnozy uzależnienia dokonywanej w oparciu o kryteria patologicznego hazardu według klasyfikacji zaburzeń Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10, a także z wykorzystaniem dodatkowych metod diagnostycznych – The South Oaks Gambling Screen¹² oraz 20 pytań Anonimowych Hazardzistów¹³. Podstawową formą terapii jest grupa terapeutyczna. Skuteczność tej terapii jest uważana za wyższą niż terapii indywidualnej¹⁴. Program obejmuje 18 spotkań, odbywających się raz w tygodniu. Pacjent w trakcie terapii zobowiązuje się do abstynencji od wszelkich gier hazard-

¹⁰ W. R. Miller, S. Rollnick, *Wywiad motywujący*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.

¹¹ R. Ladouceur, A. Gaboury, C. Duvall, A. Letarte, J. Tremblay, *Modification des verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette américaine et prise de risque monétaire*, „Science et Comportement” 1988, nr 18, s. 58-68.

¹² H. R. Lesieur, S. B. Blume, *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*, „American Journal of Psychiatry” 1987, nr 9, s. 1184-1188.

¹³ <http://www.anonimowihazardzisci.org/20-pytan.html>

¹⁴ J. Celebucka, *Terapia dla hazardzistów w Toruniu*, „Świat Problemów” 2011, nr 7, s. 31-34.

dowych (sporadycznie dopuszczana jest gra w karty lub toto-lotka), a także od środków psychoaktywnych, jeśli od nich także jest uzależniony. Złamanie abstynencji nie powoduje wykluczenia z terapii, wymagane jest jednak omówienie takiej sytuacji w grupie. Początkowy etap terapii ma na celu przekazanie pacjentom wiedzy na temat tego, czym jest patologiczny hazard i jaka jest dynamika jego rozwoju; następnie sami dokonują oni autodiagnozy własnego problemu. Centralnym elementem terapii jest praca nad iluzyjnym – irracjonalnym myśleniem na temat hazardu i możliwości wygranej, identyfikacja go i próba powrotu do myślenia racjonalnego sprzed uprawiania hazardu. Trzecia część obejmuje pracę nad destrukcją w życiu z powodu hazardu. Kolejny obszar tematyczny odnosi się do sfery emocjonalnej – umiejętności rozpoznawania własnych uczuć i radzenia sobie z emocjami, a także kontroli impulsów. Następne zagadnienie dotyczy nawrotów i pracy nad zapobieganiem im. W trakcie terapii szczególny nacisk kładzie się na szczerłość i uczciwość, mając na uwadze powszechne przekonanie o patologicznym kłamstwie graczy uzależnionych. Część pacjentów korzysta jednocześnie z terapii indywidualnej, jednak nie jest to wymagane. Ukończenie terapii nie zamyka drogi do jej kontynuowania, gdyż grupa ma charakter otwarty. W toruńskiej poradni pomoc udzielana jest także członkom rodziny osoby uzależnionej od hazardu, jednak według jej pracowników rzadko decydują się oni na własną terapię. Partner gracza może uczestniczyć w terapii grupowej dla partnerów osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i hazardu. Zalecane są także sesje rodzinne. W pracy z partnerami graczy sugerowane jest przejmowanie przez nich kontroli nad domowymi finansami, przynajmniej w początkowym okresie terapii hazardzisty. Prawie zawsze członkami rodzin zgłaszającymi się po pomoc są kobiety. Pojawiają się one w sytuacji kryzysu i często po jego zażegnaniu już nie wracają. Najczęściej korzystają one z porad indywidualnych, m.in. doradztwa finansowego. Mogą skorzystać także z porady prawnej. Ważna jest praca nad radzeniem sobie z własnymi emocjami, umiejętnością wyrażania ich, a także nad radzeniem sobie z emocjami uzależnionego partnera. Elementem pracy z rodziną jest pisanie listu do partnera przez gracza. List ten jest odczytywany na jednym ze spotkań grupowych, na które zapraszani są partnerzy (przychodzą jednak sporadycznie).

2.2. POMOC RODZINOM W KRAKOWSKIM CENTRUM TERAPII UZALEŻNIENI

Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień (KCTU) niesie pomoc osobom doświadczającym problemów wynikających z patologicznego hazardu od 2000 r. Początkowo zgłaszający się gracze kierowani byli do grup terapeutycznych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Kolejnym etapem było utworzenie grupy wsparcia dla hazardzistów, możliwość uczestniczenia w terapii indywidualnej, a także w grupach motywacyjnych, edukacyjnych i treningowych wraz z osobami z innymi uzależnieniami. W roku 2009 wypracowany został program terapeutyczny dla hazardzistów oraz uruchomiono grupę terapeutyczną dla nich. Wśród czynników znaczących w konstruowaniu programów terapii hazardzistów specjaliści z KCTU podkreślają znacznie pracy zespołowej, wiedzy wszystkich pracowników zespołu na temat mechanizmów patologicznego hazardu, umiejętności diagnozowania tego zaburzenia, a także współpracy różnych specjalistów (lekarz, psychiatra, prawnik, pracownik socjalny, doradca finansowy)¹⁵. Pracownicy KCTU starają się włączać do terapii całą rodzinę, co jest ważne ze względu na przełamywanie tabu, jakim dla uzależnionego gracza jest jego zaburzenie. Zachowywanie problemu w tajemnicy sprzyja podtrzymywaniu mechanizmów uzależnienia. Drugi czynnik, ważny ze względu na konieczność zaangażowania rodziny, stanowi kontrola finansowa. Pieniądze są dla gracza silnym wyzwaczem chęci grania, dlatego też wsparcie ze strony rodziny – poprzez przejęcie, przynajmniej czasowe, kontroli nad finansami – może być ważnym czynnikiem przyczyniającym się do zdrowienia gracza. W krakowskim ośrodku podkreśla się szczególne znaczenie struktury i jasno określonych ram leczenia – kontraktu i etapowości. Kontrakt zobowiązuje do abstynencji od grania i substancji psychoaktywnych, a także regularnego uczęszczania na sesje. Program w KCTU obejmuje trzy główne etapy: diagnoza, etap podstawowy terapii oraz etap pogłębiony. Duża część pacjentów przerywa terapię po przejściu etapu podstawowego, na którym uczy się radzenia sobie z przymusem grania oraz wprowadza w swoim życiu istotne dla zdrowienia zmiany. Wiele z tych osób nie widzi potrzeby pogłębionej pracy nad mechanizmami uzależnienia, pomimo to, iż najczęściej jej potrzebują. Istotnym elementem terapii jest motywowanie do zmiany na wszystkich jej etapach.

¹⁵ A. D u d a - K u b i k, *Nasze doświadczenia*, „Terapia Uzależnień i Współuzależnienia” 2012, nr 1, s. 16-18.

Motywacja hazardzisty szybko fluktuuje, na przykład w związku z chwilową poprawą sytuacji finansowej czy poczuciem radzenia sobie z chęcią grania. Pacjentom, którzy zrealizowali podstawowy program leczenia i utrzymują co najmniej czteromiesięczną abstynencję od grania oraz wprowadzili w swoim życiu pewne zmiany sprzyjające zdrowieniu, zmotywowanym do dalszej pracy nad swoim uzależnieniem, proponowana jest psychoterapia grupowa – psychodramatyczny trening roli¹⁶. Spotkania grupy odbywają się raz w tygodniu i animowane są przez dwoje terapeutów. Mają one charakter półotwarty (można dołączać do grupy); jeden pacjent uczestniczy w nich przez rok. Charakter pracy jest stały: runda początkowa, wyłonienie tematu grupowego lub indywidualnego do pracy na sesji, przedstawienie zadania przygotowanego przez pacjenta i omówienie go, runda końcowa. Praca z pacjentem na tym etapie wymaga następujących procesów: 1) przeciwwarunkowania, czyli wypracowania zdrowych odpowiedników nałogowych rozwiązań; 2) kontrolowania środowiska, przede wszystkim wyzwalaczy zewnętrznych; 3) nagradzania (wzmacniającego poczucie własnej skuteczności); 4) wsparcia i pomocy innych.

W KCTU zwraca się uwagę na wyższą skuteczność terapii grupowej niż indywidualnej. Poza tym podkreślane jest znaczenie dostosowywania programów terapeutycznych do specyfiki problemu, ponieważ nie wszystkie standardy stosowane w terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych sprawdzają się w terapii patologicznych graczy.

2.3. PSYCHOTERAPIA OSOBY WSPÓLUZALEŻNIONEJ OD PATOLOGICZNEGO HAZARDU W POLSCE

W relacji z osobą uzależnioną istnieje ryzyko rozwoju współuzależnienia, obejmującego zespół dysfunkcyjnych objawów charakteryzujących partnera osoby uzależnionej. Współuzależnienie zaczęto postrzegać w kategoriach choroby w latach siedemdziesiątych minionego stulecia¹⁷. Najwięcej opracowań dotyczy współuzależnienia w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu. Według M. Beattie „Współuzależnioną jest osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara

¹⁶ Materiały konferencyjne Międzynarodowej konferencji „Psychoterapia hazardzistów i ich rodzin-doświadczenia europejskie”, Kraków, KSTU 27-28.09.2012.

¹⁷ B. W o r o n o w i c z, *Hazard i rodzina*, [w:] *Hazard, historia, zagrożenia i drogi wyjścia*, red. B. Woronowicz, Poznań: Media Rodzina 2012, s. 176.

się kontrolować zachowanie oddziałującej w ten sposób na nią osoby”¹⁸. Głównymi wyznacznikami współzależnienia są według M. Kisiel nadodpowiedzialność i nadkontrola¹⁹. H. Szczepańska wskazuje natomiast na następujące objawy tego problemu: zaprzeczanie swojej sytuacji i chorobie alkoholowej, skupienie się na zewnętrznych sprawach, przejmowanie odpowiedzialności za alkoholika, chaos w życiu emocjonalnym, zagubienie poczucia własnej wartości²⁰.

B. Woronowicz podaje wyznaczniki współzależnienia w patologicznym hazardzie, na które składają się: funkcjonowanie w rytmie grania hazardzisty, obsesyjne kontrolowanie go, pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie do tego, aby ponosił konsekwencje swojego grania i swoich nieodpowiedzialnych decyzji), wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania hazardzisty, z jednoczesnym występowaniem poczucia winy i poczucia małej wartości oraz wyraźnym zaniedbywaniem samego siebie, częste zaprzeczanie faktom (zwłaszcza temu, że partner jest uzależniony) i stosowanie zasady, że „rodzinnych brudów nie pierze się na zewnątrz”²¹.

Psychoterapia osoby współzależnionej w patologicznym hazardzie, według A. Derwich-Nowak pracującej z hazardzistami i ich rodzinami we Wrocławiu, obejmuje następujące zagadnienia: 1) Czym jest uzależnienie?, 2) Jak funkcjonuje osoba uzależniona, jak rozumieć jej zachowania?, 3) Leczenie uzależnienia, 4) Wpływ uzależnienia na życie rodzinne, 5) Współzależnienie – twój udział w podtrzymywaniu problemu grania, 6) Nadkontrola i bezsilność we współzależnieniu, 7) Nadodpowiedzialność we współzależnieniu, 8) Konsekwencje współzależnienia, 9) Zajęcie się własnym życiem, 10) Twoje uczucia, 11) Twoje potrzeby, 12) Jak budować dobre relacje z ludźmi?, 13) Zachowania asertywne, 14) Dzieci w rodzinie z problemem uzależnienia, 15) Przemoc, 16) Rozwój osobisty²².

¹⁸ *Koniec współzależnienia*, Poznań: Media Rodzina 2002, s. 53.

¹⁹ M. K i s i e l, *Zajęcia psychoedukacyjne dla współzależnionych*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP 2001, s. 48.

²⁰ H. S z c z e p a ń s k a, *Trening asertywności dla współzależnionych (TAW) poradnik terapeuty*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP 1996, s. 6-14.

²¹ W o r o n o w i c z, *Hazard i rodzina*, s. 181.

²² A. D e r w i c h - N o w a k, *Patologiczny hazard*, Warszawa: Difin 2010, s. 163-164.

2.4. PROGRAM WSPARCIA ZADŁUŻONYCH I ICH NAJBLIŻSZYCH W POZNANIU

Interesującym i wartym uwagi działaniem jest uruchomiony od marca 2011 r. w Poznaniu program wsparcia osób zadłużonych, w tym patologicznych hazardzistów i ich bliskich, których problem zadłużenia dotyczy prawie zawsze²³. Program opracowano na gruncie teorii wyuczonej bezradności w ujmowaniu problemu niewypłacalności. W świetle tej teorii, w sytuacji niekontrolowanej dochodzi do określonego rodzaju uczenia się. Człowiek podejmuje różne działania w celu rozwiązania określonego problemu, kiedy jednak okazują się one nieskuteczne, nabiera on przekonania, że nie ma żadnego związku między jego zachowaniami a ich konsekwencjami. Przekonanie to utrwała się także w odniesieniu do przyszłości, w związku z tym rośnie w nim przekonanie, że żadne jego działania nie wpłyną na regulację zadłużenia²⁴. Podejście to wyjaśnia charakterystyczne zachowania dłużników, do których należą m.in. skłonności ucieczkowe, opór i pasywność, postawy agresywne i roszczeniowe, skłonności do manipulowania otoczeniem²⁵. Program pomocowy ma charakter grupowy i skierowany jest do dłużników i ich rodzin. Trwa osiem tygodni i poprzedza go indywidualne spotkanie z psychologiem lub doradcą finansowym. Na cykl zajęć składa się – po pierwsze – grupa edukacyjna (realizowane na niej zajęcia dotyczą m.in. radzenia sobie z trudnymi emocjami, elementów prawa, umiejętności zarządzania budżetem domowym), po drugie – grupa warsztatowa, w której uczestnicy zdobywają podczas treningów umiejętność radzenia sobie z zadłużeniem, następnie – doradztwo indywidualne, poszerzone o zajęcia w punkcie konsultacyjno-informacyjnym i w grupie Anonimowych Dłużników. Mając na uwadze to, iż problem zadłużenia integralnie wpisuje się w patologiczny hazard, inicjatywa podjęta w Poznaniu stanowi cenny krok w niesieniu pomocy rodzinom dotkniętym tym zaburzeniem.

²³ Dokładne informacje o programie znajdują się na stronie internetowej: <http://hrrp.blog.onet.pl/>

²⁴ M. E. P. S e l i g m a n, *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań: Media Rodzina 2010.

²⁵ R. P o m i a n o w s k i, *Zadłużenie i niewypłacalność. Problemy osoby zadłużonej*, [w:] *Hazard, historia, zagrożenia i drogi wyjścia*, s. 197-231.

3. SPECJALISTYCZNA POMOC RODZINOM Z PATOLOGICZNYM HAZARDEM W KANADZIE NA PRZYKŁADZIE PODEJŚCIA ROBERTA LADOUCEURA

Poszukiwania skutecznych i profesjonalnych form pomocy patologicznym hazardzistom i ich bliskim w Kanadzie zapoczątkowano już w latach siedemdziesiątych XX wieku. Ich Inicjatorem był Robert Ladouceur, który wraz ze swoim zespołem stale prowadzi badania wyjaśniające patologiczny hazard w świetle podejścia poznawczego²⁶. Według tego podejścia patologiczny hazard powstaje na skutek błędnych przekonań gracza dotyczących możliwości wygranej²⁷.

Pomoc rodzinie uzależnionego gracza jest podzielona na trzy etapy²⁸. W pierwszym etapie rodzina zapoznaje się z fazami rozwoju patologicznego hazardu: faza wygranych, faza strat, faza utraty nadziei²⁹. Ma to na celu zrozumienie chorobowego charakteru zaburzenia, co może pomóc w zaakceptowaniu faktu, że działania uzależnionego członka rodziny, na które składają się kłamstwa, kradzieże, wybuchy agresji itd., nie wynikają z jego złej woli, ale są przejawem zaburzenia.

W drugim etapie osoba bliska zapoznaje się z dynamiką przeżyć towarzyszących jej samej – składa się na nie faza wątpliwości, stresu i wyczerpania. Dzięki temu ma ona możliwość zrozumienia, że jest uwikłana w pewien proces, którego ostatnia faza niesie wiele szkód dla niej samej i której pojawieniu się powinna w miarę możliwości zapobiec.

Etap trzeci polega na opracowywaniu strategii radzenia sobie. Obejmuje on kolejne cele do realizacji przez osobę bliską hazardzistę. Pierwszy cel zakłada zabezpieczenie własnej sytuacji – finansowej i psychologicznej. W zabezpieczeniu sytuacji finansowej pomocne jest omówienie możliwych

²⁶ A. L e t a r t e, R. L a d o u c e u r, M. M a y r a n d, *Primary and Secondary Illusory Control and Risk-Taking in Gambling (Roulette)*, „Psychological Reports” 1986, nr 58, s. 299-302.

²⁷ L a d o u c e u r, M a y r a n d, D u s s a u l t, L e t a r t e, T r e m b l a y, *Illusion of Control: Effects of Participation and Involvement*, s. 47-52.

²⁸ C. B o u t i n, R. L a d o u c e u r, *Y a-t-il un joueur dans votre entourage? Tout ce que les proches doivent savoir*, Paris: Les Éditions de l'Homme 2006.

²⁹ Fazy rozwoju patologicznego hazardu opracował Robert Custer, który wyodrębnił cztery fazy: wygranych, strat, desperacji, utraty nadziei (R. C u s t e r, *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families*, New York: Facts on File 1985).

strategii zabezpieczenia siebie i rodziny z pracownikiem socjalnym, prawnikiem czy doradcą finansowym. Przykładowymi strategiami mogą być: dookreślenie własnej współodpowiedzialności za różne zobowiązania finansowe i zabezpieczenie się przed kolejnymi długami, zadbanie o własne zobowiązania finansowe, np. opracowanie planu ich spłacania, ograniczenie limitu wspólnych kart kredytowych itp., założenie odrębnego konta, sporządzenie bilansu własnych zabezpieczeń finansowych, opracowanie budżetu wydatków itd. Zabezpieczenie własnej sytuacji psychologicznej zakłada przede wszystkim przełamanie izolacji, np. poprzez stworzenie bazy pomocnych kontaktów, w następnej kolejności zrozumienie własnych emocji, rozpoznanie własnych szkodliwych przekonań (typu: „Nikt nie jest w stanie zrozumieć tego, co przeżywam”; „Skoro to jest moja wina, to ja jestem odpowiedzialna za znalezienie rozwiązania, moi przyjaciele nie są w stanie nic zrobić”; „Wiem, co usłyszę od innych: Zostaw go”) oraz budowanie przekonań konstruktywnych (np. „Jest wiele osób, które są w stanie zrozumieć, co przeżywam”; „Moi przyjaciele także doświadczali przeróżnych problemów w życiu”; „Również doświadczyli cierpienia” itp.).

Drugim celem jest ustalenie własnych granic, poprzez m.in. nabranie zdrowego dystansu do problemu członka rodziny (dzięki wyeliminowaniu zachowań w rodzaju: spłacanie długów, za które odpowiedzialny jest tylko gracz, kłamstwa w celu ochrania hazardzisty przed konsekwencjami jego grania, pożyczanie graczowi pieniędzy itp.), a także nauczenie się umiejętności myślenia o sobie (zadbanie o siebie).

Trzecim celem jest systematyczne prowadzenie dziennika, w którym osoba określa poziom zabezpieczenia siebie, rodziny, a także stopień zmian (w kierunku konstruktywnym lub destrukcyjnym) we własnym nastawieniu do zaburzenia członka rodziny.

Istotnym elementem terapii jest kształtowanie umiejętności poprawnej komunikacji z partnerem uzależnionym. Przede wszystkim ważna jest świadomość znaczenia odpowiedniego czasu i miejsca na rozmowę o problemie, unikanie barier komunikacyjnych (w rodzaju: krytykowanie, atmosfera wrogości, prawienie morałów, szantażowanie itp.). Osoba bliska hazardzisty powinna nauczyć się jasnego określania oczekiwań oraz przedstawiania konkretnych (oczekiwanych) zmian w zachowaniu osoby uzależnionej poprzez podjęcie przez nią możliwie najmniejszych działań (metoda małych kroków). Formulowanie oczekiwań dotyczących wdrażanych w zachowanie zmian powinno opierać się na wskazywaniu płynących z nich korzyści dla obojga partnerów (np. zabranie dzieci na 20 minut do parku → odciążenie żony, odnowienie

kontakty z dziećmi, alternatywne do grania źródło rozrywki dla hazardzisty; 20 minut poświęconych na przejrzenie opracowanego przez żonę budżetu domowego → poczucie współodpowiedzialności za dom, nadzieja bliskiej osoby na zmiany, uświadomienie sobie przez gracza rodzinnej sytuacji finansowej). Osoba bliska graczowi uczy się także w trakcie terapii sposobów zachęcania go do współpracy, ale przede wszystkim jest nastawiona na pracę nad sobą, co opiera się na przeświadczeniu, że nikt nie jest w stanie zmienić gracza bez udziału jego woli, a partner/partnerka nie może tego zakładać jako swojego celu podczas terapii. Ma on/ona wpływ jedynie na zmianę własnego zachowania, a ewentualna zmiana gracza może być tego konsekwencją.

Założenia terapii osoby bliskiej graczowi w Kanadzie w wielu punktach są zbliżone do założeń terapii współzależnienia realizowanej w Polsce. Istnieje jednak kilka kluczowych elementów specyficznych dla tego problemu, które należy wziąć pod uwagę we wsparciu osób z tym problemem.

*

Problem patologicznego hazardu niesie ze sobą wiele negatywnych następstw dla całego systemu rodzinnego. Wśród dolegliwości, na które cierpią bliscy hazardzisty oraz cały system rodzinny, wymienia się problemy: fizjologiczne (m.in. chroniczne zmęczenie, bóle głowy, palpacje serca, utrata apetytu), psychologiczne (m.in. depresja, wyczerpanie, myśli samobójcze, zachowania kompulsywne), finansowe (m.in. przejęcie dóbr rodzinnych przez komornika, utrata pracy, narastające odsetki zadłużeń), rodzinne (rozwód, problemy szkolne dzieci, przemoc małżeńska)³⁰. W kontekście tego, a także nasilającego się problemu patologicznego hazardu w naszym kraju, istotne jest podejmowanie działań mających na celu niesienie profesjonalnej pomocy całej rodzinie, w której ten problem występuje. Jak ukazują badania, w Polsce są już podejmowane wartościowe działania w tym zakresie, jednak cały czas nie są one wystarczająco dostępne. Pozytywny jest jednak fakt zwiększającej się świadomości specjalistów odnośnie do koniecznych działań. Według terapeutów uzależnień czynnikami, które warunkują zdrowienie rodziny z patolo-

³⁰ P. Desrosiers, Ch. Jacques, *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*, Québec: L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) 2009, s. 20.

gicznym hazardem, są: łatwy dostęp do specjalistów dla wszystkich członków rodziny; równoległa praca z całą rodziną (wszystkimi jej członkami); praca członków rodziny nad poczuciem własnej wartości; wiedza członków rodziny na temat funkcjonowania hazardzisty; pomoc w radzeniu sobie z trudnościami w obszarze relacyjnym i emocjonalnym; niezależność finansowa członków rodziny hazardzisty i praca nad ustabilizowaniem sytuacji finansowej; wsparcie w dalszej rodzinie lub w środowisku społecznym; pozytywny stosunek danej osoby i jej otoczenia do korzystania z terapii zarówno przez hazardzistę, jak i przez pozostałych członków rodziny; dostęp do specjalistów prawa i finansów; dostęp do grup samopomocowych; szeroka psychoedukacja społeczna.

BIBLIOGRAFIA

- B a d o r a B., G w i a z d a M., H e r r m a n n M., K a l k a J., M o s k a - l e w i c z J.: Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych, Warszawa: CBOS 2012.
- B e a t t i e M.: Koniec współuzależnienia, Poznań: Media Rodzina 2002.
- B o u t i n C., L a d o u c e u r R.: Y a-t-il un joueur dans votre entourage? Tout ce que les proches doivent savoir, Paris: Les Éditions de l'Homme 2006.
- C e l e b u c k a J.: Terapia dla hazardzistów w Toruniu, „Świat Problemów” 2011, nr 7, s. 31-34.
- C u s t e r R.: When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families, New York: Facts on File 1985.
- D e r w i c h - N o w a k A.: Patologiczny hazard, Warszawa: Difin 2010.
- D e s r o s i e r s P., J a c q u e s Ch.: Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de bonnes pratiques et offre de services de base, Québec: L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) 2009, s. 20.
- D u d a - K u b i k A.: Nasze doświadczenia, „Terapia Uzależnień i Współuzależnienia” 2012, nr 1, s. 16-18.
- F u d a ł a J.: Polskie lecznictwo odwykowe w liczbach, „Świat Problemów” 2012, nr 11, s. 5-9.
- Fundacja Totalizatora Sportowego Milion Marzeń: Sprawozdania merytoryczne za rok 2010 i 2011.
- Guide de bonnes pratiques et offre de services de base, Québec: L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) 2009.

- Informacja o realizacji ustawy o grach hazardowych w 2011 roku, Warszawa: Ministerstwo Finansów 2012.
- K i s i e l M.: Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP 2001.
- L a d o u c e u r R., G a b o u r y A., D u v a l C.: Modification des verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette américaine et prise de risque monétaire, „Science et Comportement” 1988, nr 18, s. 58-68.
- L a d o u c e u r R., M a y r a n d M., D u s s a u l t R., L e t a r t e A., T r e m b l a y J.: Illusion of Control: Effects of Participation and Involvement, „The Journal of Psychology” 1984, nr 117, s. 47-52.
- L e s i e u r H. R., B l u m e S. B.: The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, „American Journal of Psychiatry” 1987, nr 9, s. 1184-1188.
- L e l o n e k B.: Uzależnienie od hazardu – zmienne psychospołeczne współwystępujące z nałogowym graniem, „Przegląd Psychologiczny” 2010, nr 53(2), s. 177-194.
- L e t a r t e A., L a d o u c e u r R., M a y r a n d M.: Primary and Secondary Illusory Control and Risk-Taking in Gambling (Roulette), „Psychological Reports” 1986, nr 58, s. 299-302.
- Materiały konferencyjne Międzynarodowej konferencji „Psychoterapia hazardzistów i ich rodzin-doświadczenia europejskie”, Kraków, KSTU 27-28.09.2012.
- M i l l e r W. R., R o l l n i c k S.: Wywiad motywujący, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.
- O g i ń s k a - B u l i k N.: Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?, Poznań: Difin 2010.
- P o m i a n o w s k i R.: Zadłużenie i niewypłacalność. Problemy osoby zadłużonej, [w:] Hazard, historia, zagrożenia i drogi wyjścia, red. B. Woronowicz, Warszawa: Media Rodzina 2012, s. 197-231.
- S e l i g m a n M. E. P.: Optymizmu można się nauczyć, Poznań: Media Rodzina 2010.
- S z c z e p a ń s k a H.: Trening asertywności dla współuzależnionych (TAW) poradnik terapeuty, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP 1996.
- W o r o n o w i c z B.: Hazard i rodzina, [w:] Hazard, historia, zagrożenia i drogi wyjścia, red. B. Woronowicz, Warszawa: Media Rodzina 2012, s. 169-196.

Strony internetowe

<http://hrrp.blog.onet.pl>

<http://www.anonimowihazardzisci.org>

<http://www.kbnp.gov.pl>

AIDING FAMILIES
WITH THE PATHOLOGICAL GAMBLING PROBLEM
– EXAMPLES FROM POLAND AND THE CANADIAN PROGRAM

S u m m a r y

The article discusses the forms of aiding families with the pathological gambling problem that are available in Poland as well as the example of the Canadian program. Among others, the results are presented of studies conducted in 2011 and 2012 that aimed at making a diagnosis of the aid resources for the gambling problem in Poland. In the studies 801 institutions took part that conduct therapy of addictions. Among them 120 declared that they offer aid to families affected by pathological gambling. In the forms of aid individual therapy, counseling and education dominate. Less than half of the institutions have a therapeutic program worked out for pathological gamblers, and the remaining institutions conduct therapy according to programs prepared for people addicted to psychoactive substances. Addiction therapists say there is a great need of improving their qualifications in the sphere of supporting people with behavioral addiction – including pathological gambling.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: zasoby, pomoc, terapia, patologiczny hazard, rodzina, uzależnienie, współuzależnienie.

Key words: resources, aid, therapy, pathological gambling, family, addiction, co-addiction.