**KONTROLOWANE GRANIE W GRY HAZARDOWE – OCENA WIEDZY I POSTAW PROFESJONALISTÓW I PACJENTÓW. REKOMENDACJE DLA POSZERZENIA OFERTY TERAPEUTYCZNEJ – WYCIĄG Z BADAŃ**

1. **WSTĘP**

W latach 2022-2023 dr hab. Katarzyna Dąbrowska oraz dr hab. Łukasz Wieczorek, badacze z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, przeprowadzili badanie pt. *Kontrolowane granie w gry hazardowe – ocena wiedzy i postaw profesjonalistów i pacjentów. Rekomendacje dla poszerzenia oferty terapeutycznej.*

Głównym celem projektu było określenie poziomu wiedzy profesjonalistów, jak i pacjentów na temat programów ograniczenia grania w gry hazardowe a także gotowości i możliwości wdrożenia takich programów.

Badanie przeprowadzono metodą wywiadów indywidualnych w dwóch grupach respondentów, z których jedną grupę stanowiło 20 specjalistów psychoterapii uzależnień, drugą 20 osób przejawiających zaburzenia hazardowe.

1. **CZY ABSTYNENCJA ZAWSZE JEST POŻĄDANYM CELEM TERAPII UZALEŻNIEŃ?**

Całkowita abstynencja od hazardu, jako pożądany cel leczenia, stanowi podstawę dominującego – tak w Polsce, jak i za granicą – paradygmatu leczniczego. W opozycji do niego istnieje pogląd, że zaoferowanie pacjentom opcji leczniczej niewymagającej zachowania abstynencji może stanowić bardziej realistyczną propozycję wychodzenia z uzależnienia.

W Polsce taka metoda stosowana jest w leczeniu osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych:

* Dla osób pijących problemowo lub z uzależnieniem od alkoholu od 2016 roku prowadzony jest Program Ograniczania Picia (POP). Jest to terapia krótkoterminowa, składająca się z 12 sesji, adresowana głównie do osób młodych, na początkowym etapie uzależnienia.
* Dla osób używających problemowo przetworów z konopi uruchomiono w roku 2012 program Candis. Jest to również terapia krótkoterminowa, adresowana także dla osób młodszych, u których uzależnienie nie spowodowało jeszcze znacznych szkód zdrowotnych i społecznych.

W obu przypadkach praca terapeutyczna polega na motywowaniu pacjenta do ograniczania używania substancji psychoaktywnych lub zachowania abstynencji , pacjent zaś sam decyduje o celu terapii.

Dla osób uzależnionych behawioralnie, jak dotychczas nie ma takiej oferty. Wdrożenie programów kontrolowanego grania mogłoby więc przynieść szereg korzyści, podobnych do tych, które odnotowujemy w przypadku POP czy Candis.

Jakie to korzyści? Po pierwsze, zachęcenie do leczenia tych pacjentów, którzy są nieprzekonani do utrzymywania abstynencji lub nie są jeszcze na nią gotowi.

Po drugie - pacjenci trafiając do leczenia i mając kontakt z terapeutą, mogliby zyskać umiejętności, które miałyby korzystny wpływ na ich funkcjonowanie.

Podjęcie terapii ukierunkowanej na naukę kontrolowanego grania mogłoby zaowocować w przyszłości ograniczeniem ponoszonych szkód przez graczy, ponieważ program taki pomaga rozwinąć mechanizmy kontroli i uzyskać wgląd w swoje decyzje. Z czasem gracze mogą więc podjąć decyzję nawet o całkowitym zaprzestaniu grania.

1. **KONTROLOWANE GRANIE – WYNIKI BADAŃ ZAGRANICZNYCH**

Choć badań dotyczących skuteczności leczenia z wykorzystaniem metody kontrolowania uprawiania hazardu jest niewiele, to te które istnieją pokazują, że granie kontrolowane jest skuteczną metodą pomocy. Oto przykłady:

* Według badań Ladoucer’a - sześć miesięcy po zakończeniu terapii ponad 70% osób z zaburzeniami hazardowymi potrafiło kontrolować granie (Ladouceur 2005).
* Badanie Robson i innych (2002) -12 miesięcy po zakończeniu badania 77% badanych utrzymywało, że osiągnęli sukces w kontrolowaniu grania.
* W przeglądzie badań Suurvali’ego i innych (2009) - wśród barier utrudniających podjęcie decyzji o leczeniu, kluczową rolę odgrywała dominacja abstynencyjnego modelu leczenia i brak oferty dla osób, które nie chcą zaprzestać całkowicie uprawiania hazardu (na podobne aspekty zwróciły uwagę osoby z zaburzeniami hazardowymi w badaniu Evansa i Delfabbro (2005).
* W badaniach Ladouceur i inni (2009) - 34% uczestników terapii utrzymała początkowy cel leczenia, czyli ograniczenie grania, natomiast 39% w trakcie terapii zmieniło go, decydując się na utrzymywanie abstynencji.
* Badania Dowling i inni 2009; Slutske i inni 2010; Weinstock i inni 2007- wykazały, że umiarkowane (kontrolowane) granie jest często wybieranym sposobem na poradzenie sobie z problemem hazardu zarówno wśród osób, które zrobiły to na własną rękę, jak i wśród tych, które dokonały tego przy pomocy terapii.
* W badaniach Blaszczyński i inni 2005; Dowling, Smith 2007; Toneatto, Dragonetti, 2008 - podkreślono, że część pacjentów uzależnionych, jeśli ma taką możliwość nie wybiera abstynencji.

Według Dowling, Smith, (2007) - jedną z najpowszechniejszych przyczyn wybierania alternatywnych celów leczenia było przekonanie, że utrzymanie abstynencji jest nierealistyczną i zbyt przytłaczającą wizją.

1. **KONTROLOWANE GRANIE W OPINII POLSKICH TERAPEUTÓW**

Jak wspomniano, w ramach badania w Polsce, przeprowadzono wywiady ze specjalistami psychoterapii uzależnień oraz pacjentami. Część respondentów nie wierzy w możliwość uprawiania hazardu w sposób kontrolowany i podkreśla, że nawet jeśli na początku udaje się stosować do założonych limitów, to po pewnym czasie gra znowu wymyka się spod kontroli.

Jednocześnie wyrażają przekonanie, że program taki odniósłby korzyści. Program kontrolowanego grania byłby bowiem pomocny w budowaniu motywacji pacjenta do leczenia, poprzez oddanie pacjentowi sprawczości i decyzyjności. Wielu terapeutów nawiązywało do założeń Programu Ograniczania Picia, gdzie podstawową przesłanką jest założenie, że pacjenci, którym zaoferowano możliwość wyboru celu terapii mają większe szanse na sukces terapeutyczny. Ludzie są bowiem bardziej skłonni do realizacji celów, które sami wybierają[[1]](#footnote-1).

Z wypowiedzi specjalistów wynika, że istnieje szereg barier utrudniających wprowadzenie programu kontrolowanego uprawiania hazardu do oferty terapeutycznej. Choćby związanych są z postawami pracowników systemu leczenia uzależnień i brakiem akceptacji dla tego typu oddziaływań. Zdaniem badanych, są terapeuci, którym trudno będzie zaakceptować cel, jakim jest ograniczenie grania i praca z ustalonymi limitami, ponieważ uważają to za metodę nieterapeutyczną. Kolejna kategoria barier związana jest z organizacją systemu leczenia uzależnienia od hazardu. Respondenci podkreślali, że program ograniczania grania byłoby trudno realizować w placówkach terapii stacjonarnej, do których trafiają osoby z najcięższym przebiegiem zaburzenia i na zaawansowanym etapie choroby.

Barierą jest również wspólne uczestnictwo w grupie terapeutycznej osób utrzymujących całkowitą abstynencję oraz ograniczających granie. Zdaniem terapeutów pacjenci, którzy utrzymują abstynencję mieliby poczucie, że są gorsi, bardziej uzależnieni przez co trudniej byłoby im się identyfikować z grupą, a praca dla specjalistów byłaby trudniejsza.

Reasumując: skuteczne wdrożenie programu kontrolowanego grania do oferty terapeutycznej wymaga przeprowadzenia szkoleń dla specjalistów psychoterapii uzależnień, co jednocześnie pozwoliłoby na przedstawienie korzyści wynikających z tej formy terapii oraz otworzyć na nowe podejścia.

1. **REKOMENDACJE DO WDRAŻANIA PROGRAMU KONTROLOWANEGO GRANIA**

Eksperci wypracowali rekomendacje do wdrażania i realizacji programu kontrolowanego grania w Polsce. Określono w nich zarówno potencjalnych adresatów takiej terapii, jak również zasady i narzędzia proponowane do wykorzystania w trakcie leczenia.

**ADRESACI PROGRAMU TERAPII KONTROLOWANEGO GRANIA**

Z programów kontrolowanego grania mogłyby skorzystać: są:

* osoby młode, u których uzależnienie nie jest jeszcze bardzo zaawansowane,
* osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są bardzo nasilone,
* osoby, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymywać założone limity (sprawne funkcjonowanie psychospołeczne),
* osoby posiadające wsparcie społeczne.

**ZASADY KONTROLOWANEGO GRANIA: LIMITY FINANSOWE I CZASOWE**

Główną zasadą programu powinno być ustalenie limitów finansowych oraz czasowych grania.. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii. Jednak nie ma tutaj zasad uniwersalnych - program grania kontrolowanego powinien mieć charakter indywidualny, co oznacza, że limity powinny być ustalane na podstawie znajomości sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza – jego poziomu zadłużenia, ponoszonych strat z powodu grania, rodzaju gier oraz na jakim etapie rozwoju zaburzenia się znajduje. Dla osób, które grały codziennie ten limit musi być zatem inny niż dla osób, które grały raz na tydzień. Chodzi o to, by limity były realistyczne, dostosowane do możliwości pacjenta, żeby pacjent był w stanie ich przestrzegać.

1. **Kontrola środków finansowych wydatkowanych na granie**

Sposoby pomocne w ograniczeniu grania w gry hazardowe:

* Określenie jakiej wysokości odsetek od dochodów miesięcznych gracz poświęci na granie. Mogłoby by to być np. 5% miesięcznego wynagrodzenia, przy założeniu, że limity finansowe są ustalone po odliczeniu środków, które niezbędne są na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów, oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczać pieniądze na grę.
* Ustalanie precyzyjnie limitu finansowego, jaki można poświęcić na grę miesięcznie, tygodniowo, dziennie.
* Ustalanie limitu finansowego na jeden zakład/jedną grę.
* Granie z zasady na niskich stawkach.
* Granie tylko gotówką.

1. **Kontrola czasu poświęcanego na grę**

Przy określaniu limitu czasu poświęcanego na granie, trzeba brać pod uwagę zarówno ilość czasu poświęcanego na granie, jak również jego częstotliwość. Powinno uwzględnić się następujące kwestie:

* wyznaczenie konkretnych dni na grę, np. w czwartki,
* wyznaczenie limitów dziennych, tygodniowych i miesięcznych na granie, np. nie więcej niż 2 razy w tygodniu, 5 razy w miesiącu,
* unikanie grania codziennie,
* powiązanie limitów dziennych i tygodniowych, czyli np. 2 godziny dziennie, nie więcej niż 2 razy w tygodniu,
* uprawianie hazardu nie może kolidować z obowiązkami (domowymi, zawodowymi, rodzinnymi etc.),
* hazard nie powinien być jedyną formą spędzania wolnego czasu/ rozrywką.

1. **Ustalenie ograniczeń dla grania**

Program kontrolowania grania powinien również obejmować zasady dotyczące:

* miejsc, sytuacji oraz stanów emocjonalnych, w których nie należy grać,
* ograniczenia grania pod wpływem alkoholu i narkotyków,
* grania w gry o mniejszym potencjale uzależniającym – w tym edukacja pacjenta, jakie cechy gier powodują, że gra jest silnie uzależniająca.

1. **Narzędzia przydatne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania**

Osoba decydująca się nauczestnictwo w programie kontrolowanego grania powinna zostać wyposażona w narzędzia wspierające i monitorujące jego przebieg. Ponieważ w chwili obecnej narzędzia takie nie istnieją należałoby je opracować i poddać ewaluacji. Wśród narzędzi wspierających uczestników programu kontrolowanego grania powinny znaleźć się

* formularz samoobserwacji – uwzględniający rodzaj gry w której uczestniczył, czas na nią poświęcony, wydatki na grę, częstotliwość grania, miejsca uprawiania hazardu, sytuacje, które wywołują chęć grania,
* dzienniczek zysków i strat,
* formularz monitorowania trudności związanych z utrzymaniem limitów,
* plan wydatków, pozwalający na racjonalizację ustalenia limitów finansowych,
* harmonogram tygodnia, który pozwala ocenić, ile czasu pozostaje na granie i kiedy,
* narzędzie do prezentacji wybranych technik z zakresu regulacji emocji oraz wskazań do zmiany niekonstruktywnych zachowań.

1. https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia [↑](#footnote-ref-1)