

Program ograniczania grania w gry hazardowe, oparty na założeniach podejścia redukcji szkód, stanowi cenną i potrzebną alternatywę terapeutyczną dla części osób z zaburzeniami hazardowymi. Może on pełnić funkcję etapu wstępnego – przygotowującego do dalszej zmiany, jak również samodzielnego celu terapeutycznego w przypadku osób o niższym nasileniu objawów.

PROGRAM OGRANICZANIA GRANIA W GRY HAZARDOWE – JEGO OGRANICZENIA I BARIERY WE WPROWADZANIU PROGRAMU DO OFERTY TERAPEUTYCZNEJ¹

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób poszukujących pomocy z powodu nadmiernego grania w gry hazardowe. Problem ten przestał być traktowany jedynie jako deficyt silnej woli czy kwestia indywidualnej słabości, a zyskał status poważnego zaburzenia behawioralnego o wieloczynnikowej etiologii – uwzględniającej zarówno uwarunkowania psychologiczne, społeczne, jak i biologiczne (Błaszczynski, Nower, 2002; American Psychiatric Association, 2013). Jednocześnie rośnie świadomość, że istnieje potrzeba dostosowania oferty terapeutycznej do zróżnicowanego spektrum problemów i motywacji zgłaszanych przez osoby grające w sposób problemowy.

Dominującym podejściem w leczeniu uzależnienia od hazardu pozostaje model abstynencyjny, oparty na założeniu całkowitego zaprzestania grania. W wielu przypadkach jest to rozwiązanie skuteczne i konieczne, szczególnie gdy graniu wiąże się z poważnymi konsekwencjami psychospołecznymi, finansowymi czy prawnymi (Petry, 2005). Jednakże część osób poszukujących pomocy nie identyfikuje się z uzależnieniem lub nie jest gotowa na całkowitą rezygnację z hazardu – co często skutkuje rezygnacją z terapii lub jej przedwczesnym przerwaniem (Toneatto i wsp., 2008).

W odpowiedzi na te potrzeby w środowisku naukowym i terapeutycznym rozwija się alternatywna koncepcja programu ograniczania grania w gry hazardowe, inspirowana filozofią redukcji szkód (*harm reduction*).

Głównym założeniem tego podejścia jest to, że zamiast dążyć do pełnej abstynencji, celem interwencji może być ograniczenie częstotliwości i intensywności grania, zwiększenie kontroli nad zachowaniem oraz zmniejszenie szkód społecznych i zdrowotnych wynikających z hazardu (Ladouceur, 2005; Nower, Błaszczynski, 2008).

Chociaż podejście to zyskuje na znaczeniu w literaturze międzynarodowej oraz w praktyce klinicznej w niektórych krajach, to jego implementacja w polskich warunkach napotyka liczne przeszkody. Są to zarówno bariery systemowe (np. brak odpowiednich regulacji, ograniczenia finansowania), jak i indywidualne – silne przywiązanie do modelu abstynencyjnego oraz nieufność części środowiska terapeutycznego wobec metod opartych na kontroli zamiast eliminacji zachowania (Orford i wsp., 2003).

Celem artykułu jest przybliżenie założeń programu ograniczania grania w gry hazardowe, przedstawienie jego potencjalnych ograniczeń oraz analiza barier, które utrudniają jego wdrożenie do praktyki terapeutycznej w Polsce.

Metodologia badania

Przeprowadzone badanie miało charakter jakościowy i zostało zaprojektowane tak, aby uchwycić złożoność postrzegania oraz praktycznych doświadczeń związanych z programem ograniczania grania w gry hazardowe. W celu uzyskania pogłębionego obrazu zjawiska wykorzystano dwie komplementarne techniki zbierania

danych: zogniskowane wywiady grupowe (ZWG) oraz wywiady indywidualne.

W ramach pierwszej techniki zrealizowano dwa zogniskowane wywiady grupowe z udziałem certyfikowanych specjalistów psychoterapii uzależnień (łącznie N=14). Pierwsze spotkanie (N=7) odbyło się na początkowym etapie projektu i miało charakter eksploracyjny. Jego celem było wspólne zidentyfikowanie obszarów istotnych z punktu widzenia praktyki klinicznej oraz opracowanie szczegółowego zestawu tematów i pytań, które następnie wykorzystano podczas wywiadów indywidualnych. Drugi ZWG (również N=7) przeprowadzono po wstępnej analizie materiału zebranego w wywiadach indywidualnych i po sformułowaniu wstępnych propozycji rekomendacji programowych. Spotkanie to miało na celu weryfikację i modyfikację tych rekomendacji przez praktyków, tak aby jak najlepiej odpowiadały rzeczywistym potrzebom potencjalnych użytkowników programu.

Uzupełnieniem materiału badawczego były indywidualne wywiady semistrukturyzowane (N=40), które przeprowadzono z przedstawicielami dwóch kluczowych grup interesariuszy. Pierwszą z nich stanowili specjaliści psychoterapii uzależnień (N=20), posiadający bezpośrednie doświadczenie w pracy z osobami z problemem hazardowym. Drugą grupę stanowili respondenci z rozpoznanymi zaburzeniami związanymi z hazardem (N=20). Taki dobór uczestników umożliwił zderzenie perspektywy profesjonalnej z doświadczeniem osób korzystających (lub potencjalnie zainteresowanych korzystaniem) z oferty terapeutycznej.

Połączenie danych pochodzących z dwóch odmiennych, ale komplementarnych źródeł, pozwoliło na uchwycenie nie tylko barier systemowych i instytucjonalnych, ale także osobistych postaw, oczekiwań i obaw wobec programów ograniczania grania.

Wyniki

Założenia programu ograniczania grania w gry hazardowe

Program ograniczania grania w gry hazardowe wywodzi się z koncepcji redukcji szkód, która w ostatnich latach zyskała uznanie jako alternatywne podejście w leczeniu uzależnień. W przeciwieństwie do modelu abstynencyjnego, którego celem jest całkowite zaprzestanie grania, program ten zakłada, że część osób

z problemem hazardowym może – przy odpowiednim wsparciu – nauczyć się grać w sposób bardziej kontrolowany i mniej szkodliwy (Ladouceur 2005; Hodgins, Makarchuk, 2002).

Założeniem programu ograniczania grania jest umożliwienie graczowi stopniowego ograniczania uprawiania hazardu poprzez rozwijanie kompetencji w zakresie samokontroli, planowania i świadomego podejmowania decyzji. Podejście to wychodzi naprzeciw potrzebom tych osób, które nie są gotowe na całkowitą abstynencję lub nie identyfikują się z klasycznym obrazem uzależnienia, lecz mimo to doświadczają szkód związanych z hazardem. Dla wielu z nich propozycja ograniczenia grania stanowi atrakcyjniejszą i bardziej osiągalną alternatywę, sprzyjającą zaangażowaniu w proces zmiany (Błaszczynski i wsp., 1991; Ladouceur i wsp., 2009).

W programie centralne miejsce zajmuje indywidualne określenie celów terapeutycznych – takich jak na przykład ograniczenie częstotliwości grania, wyznaczenie budżetu na gry, unikanie sytuacji wyzwalających czy poprawa relacji z bliskimi. Istotną rolę odgrywa tu samomonitorowanie – prowadzenie dziennika grania oraz wzmocnienie poczucia sprawstwa, co ma przeciwdziałać zjawisku tzw. utraty kontroli (Currie i wsp., 2020).

Program wykorzystuje techniki dialogu motywującego i interwencji poznawczo-behawioralnych. Szczególny nacisk kładzie się na analizę sytuacji wysokiego ryzyka, pracę z przekonaniami na temat hazardu oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjami i napięciem, które często są impulsem do grania (Błaszczynski, Nower, 2002; Miller, Rollnick, 2013).

W badaniach prowadzonych m.in. w Kanadzie i Australii, wykazano, że programy ograniczania grania mogą przynosić istotne korzyści – takie jak zmniejszenie strat finansowych, poprawa zdrowia psychicznego i ograniczenie objawów uzależnienia – nawet w przypadku osób, które nie zaprzestały całkowicie grania (Dowling i wsp., 2009; Hodgins i wsp., 2009; Slutske i wsp., 2010). Warto podkreślić, że program ograniczania grania w gry hazardowe nie jest rozwiązaniem konkurencyjnym wobec modelu abstynencyjnego, lecz jego uzupełnieniem. Może służyć jako forma wstępnej interwencji, etap przygotowania do rezygnacji z hazardu lub jako samodzielny cel terapeutyczny u osób z mniejszym nasileniem objawów. Kluczowe jest tu dostosowanie formy pomocy do etapu gotowości pacjenta do zmiany, zgodnie z modelem transteoretycznym (Prochaska, DiClemente, 1983).

Ograniczenia programu kontrolowanego grania

Jednym z ograniczeń programu kontrolowanego grania identyfikowanym przez respondentów może być pogłębianie zaburzenia z powodu ciągłego kontaktu z hazardem. Obawy tego typu mają zarówno profesjonalści, jak i osoby z zaburzeniami hazardowymi. W ich ocenie przyzwalanie na grę, szczególnie osobom, które są na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzenia, może prowadzić do budowania wiary w możliwość kontroli. Jest to sprzeczne z koncepcją uzależnienia, która zakłada utratę kontroli nad swoim zachowaniem i konieczność utrzymywania całkowitej abstynencji.

STU: *Mysząc o mechanizmach uzależnienia, no to wydaje mi się, że jest ryzyko, że stały dostęp, kontakt z uzależnieniem, znaczy z używaniem tego konkretnego zachowania, mógłby być groźny czy taki, który jednak prowadzi do utraty kontroli całkowitej.* (BS12062023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *To będzie po prostu złudna nadzieja, że taki człowiek przyjdzie, on będzie wierzył w to, że on się tutaj przyjdzie wyleczy i bardzo możliwe, że takiej osobie to pomoże na jakiś tam okres czasu, żeby to kontrolować, nazwijmy to kontrolować, aczkolwiek to będzie posuwać się dalej, bo to jest choroba, czyli będzie stopniowo, stopniowo się przesuwać do przodu.* (MK280620232GD)

Niektórzy profesjonalści twierdzili, że przyzwolenie na uczestnictwo w programie kontrolowanego grania jest wspieraniem osób z zaburzeniami hazardowymi w uprawianiu hazardu.

STU: *Ograniczenie jakby jedyne, które tutaj widzę, no to związane z tym, że można by jednak wspierać to, czego wspierać jako terapeuci nie lubimy, czyli tej iluzji możliwości sprawowania kontroli. Czyli jeżeli ja idę za tym pomysłem, to być może też jako autorytet, do którego zwraca się pacjent, podtrzymywałabym tak naprawdę chorobowy schemat związany właśnie z tym, że jest to możliwe. Bo jednak w terapii uzależnień bardzo często, najczęściej, zawsze, my pokazujemy pacjentom, że jest to główny objaw choroby, tak, utrata kontroli.* (EG27062023PROF)

Może to dawać złudne poczucie uczestnictwa w leczeniu. Niektórzy nie traktowali tej formy pomocy na równi z programami, których celem jest utrzymywanie abstynencji. Zdaniem badanych osoby grające w sposób kontrolowany również ponoszą straty i nie mają żadnych korzyści z podejmowania prób ograniczania grania.

STU: *Osoba, która się podejmuje prób kontrolowania grania, czy prób kontrolowania picia, no bo do tego może się odnieść, to jest taka złudna pomoc dla niej samej. Trochę zamydlenie oczu rodzinie, bo przecież się leczę, a tak naprawdę i tak ponosi straty mniejsze, większe, a ponosi i myślę, że hazardziści to widzą. Nie wprowadza zmian w swoim życiu, nie ma korzyści z tej próby zmieniania swojego funkcjonowania. Dlatego też myślę, że są sceptycznie do tego nastawieni, bo widzą, że to nie działa.* (MK04072023PROF)

W ocenie specjalistów psychoterapii uzależnień ograniczeniem programu kontrolowanego grania mogą być konfabulacje graczy na temat uprawianego hazardu i skuteczności wprowadzonych ograniczeń – czasu spędzanego na grze, środkach przeznaczanych na nią. Specjaliści obawiają się, że podczas procesu terapeutycznego pacjenci będą ich oszukiwać, a oni nie mają możliwości weryfikacji informacji uzyskiwanych przez graczy.

STU: *Należy spisać dobry kontrakt, bo wiadomo, że osoby uzależnione mają to do siebie, że często nie mówią całej prawdy. Na przykład twierdzi, że grał wcześniej cztery razy, a teraz gra raz w tygodniu, a tak naprawdę okazuje się, że gra cztery razy w tygodniu. No i to jest taka strata czasu dla psychoterapeuty czy terapeuty i osoby uzależnionej. Mimo że on jest zadowolony, że oszukał cały świat.* (AL24082023PROF)

Ograniczeniem programu kontrolowania grania zgłaszanym przez terapeutów i osoby z zaburzeniami hazardowymi były trudności w utrzymaniu założonych limitów gry. Doświadczenia niektórych profesjonalistów w prowadzeniu procesów terapeutycznych osób, które próbowały ograniczać substancje psychoaktywne, pokazało, że miały one trudności w kontrolowaniu zachowania. Osoby uzależnione wracały do zachowań, które przysparzały im problemów. Podobne zdanie mają osoby z zaburzeniami hazardowymi. Ich osobiste doświadczenia z próbą ograniczenia gry pokazują, że z czasem założone limity się luzują i wracają oni do dawnych wzorów uprawiania hazardu.

STU: *Osoba uzależniona może mieć duże trudności w skontrolowaniu swoich czynności grania, to znaczy jej się wydaje, że na początku będzie kontrolowała i prawdopodobnie do tego będą prowadzone dzienniczki, będą ograniczenia, na zasadzie ile razy w tygodniu, do jakiej kwoty, czy jaki czas przeznaczamy i będzie musiała według tego dzienniczka, który będzie uzupełniała, skupić się na nagraniu. I to pewnie początkowo będzie wychodziło,*

no bo będzie dużo energii na to poświęcała, żeby tę grę skontrolować. Jednak z doświadczenia mojego wynikającego z pracy z innymi uzależnieniami nad próbą kontrolowania wynika, że prędzej czy później nie są w stanie skontrolować, wracają do swoich patologicznych, destrukcyjnych form zachowania no i straty są na podobnym poziomie albo jeszcze większe, po takich próbach. (MK04072023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Wielokrotnie próbowałem bez terapii coś kontrolować i to coś nigdy nie wychodziło. To nie jest tak, że ja z dnia na dzień wchodziłem od razu na ten maksymalny poziom, wydawałem całą gotówkę powiedzmy na te gry hazardowe, tylko stopniowo, raz sto złotych, później dwieście, później trzysta, czterysta i z czasem dochodziłem do takiego etapu, gdzie wydawałem po prostu wszystko, co miałem przy sobie. (MK28062023GD)

W wyniku przekraczania limitów gry osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą doświadczać negatywnych emocji (frustracja, rozczarowanie).

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeśli były jakieś ograniczenia czy to czasowe, czy finansowe, no to później bym mógł odczuwać, czy te ograniczenia były niewystarczające. No i później wiadomo, jakaś tam złość przez to generowana by była, jakieś zaburzenia nastroju. (EG24072023GD)

Bariery we wprowadzaniu oferty ograniczania grania do oferty terapeutycznej

Respondenci zidentyfikowali bariery, które mogą pojawić się w momencie wprowadzenia programu ograniczania grania w gry hazardowe do oferty terapeutycznej. Można wyodrębnić trzy wymiary barier – związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień, podejściem terapeutycznym oraz z organizacją systemu leczenia.

Związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień

Jedną z barier jest brak akceptacji środowiska dla wprowadzenia tego typu programu do oferty terapeutycznej. Niektórzy terapeuci wykorzystują program ograniczania grania w swojej praktyce indywidualnej, jednak obawiają się do tego otwarcie przyznać. Są oni zdania, że w środowisku istnieje duża presja na program, któ-

rego celem jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Niektórzy pacjenci nie mają wiary w możliwość grania kontrolowanego.

STU: Teraz pracuję indywidualnie, więc ja już to robię, już to praktykuję, ale ja tego absolutnie nigdzie nie reklamuję, nie opowiadam o tym. Jest duża presja środowiska terapeutycznego, różne informacje zwrotne ze strony pacjentów, że to jest utopia, ale ja oczywiście wiem, że to tak już z niejednym nurtem psychoterapii było. (EG22062023PROF)

Niektóre osoby z zaburzeniami hazardowymi, które pozostają w lecznictwie i mają postawioną diagnozę zaburzeń hazardowych, uważają, że jest to metoda nie-terapeutyczna.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Od momentu, w którym zdiagnozowaliśmy, że istnieje, czy naukowcy, badacze zgodzili się, że istnieje uzależnienie, to jedyną metodą jego leczenia jest kompletna abstynencja. Więc to jest bariera, bo trudno mi jest sobie wyobrazić leczenie uzależnienia w inny sposób i żeby było to efektywne. Więc to jest najważniejsza rzecz. Że to nie jest według mnie – osoby uzależnionej – metoda leczenia uzależnienia. (AL050820231GD)

Brak akceptacji ze strony terapeutów dla idei ograniczania grania jest barierą dla wprowadzania tego typu programów. Nie wszyscy są chętni i gotowi zmienić swoją perspektywę z pracy ukierunkowanej na abstynencję na ograniczone używanie substancji lub granie.

STU: Postawa też terapeutów. Bo sama wiem po sobie, że jestem anty nastawiona, więc ja bym tak nie chciała pracować. (EG23062023PROF)

STU: Brak spójności w kadrze terapeutycznej, bo są osoby ortodoksyjne, które na przykład twierdzą, że to jest niemożliwe. Są osoby, tak jak w różnych szpitalach psychiatrycznych, na odwykach, które mówią, że trzeba wszystkie kieliszki z domu wynieść. No jest to trochę paradoksalne, no bo kieliszek nie stanowi według mnie wyzwacza, ale starzy terapeuci uzależnień tak twierdzą, że nie można chodzić do sklepu, gdzie jest alkohol. (AL24082023PROF)

STU: Rozumiem, że część specjalistów może nie być zainteresowana prowadzeniem tego typu grup, czy programów, no ale to też jest jakby kwestia ich wyboru. Być może jakoś zmienią nastawienie po jakiejś konferencji, szkoleniach, zapoznaniu się z tym. Bo potrzebują więcej czasu, żeby na przykład się jakoś do tego przekonać, a być może nie, no ale to też jest kwestia indywidualna,

że na przykład nie chcą pracować w takim modelu, ale to pacjent ma mieć wybór i na pewno się znajdą specjaliści, którzy by chcieli. (ZWG29032023)

Podejście i forma oferowanej terapii

Specjaliści psychoterapii uzależnień uznali, że wprowadzenie programu ograniczania grania w gry hazardowe może być trudne, ponieważ przekonanie o abstynencji jako jedynym akceptowalnym celu leczenia jest silne i powszechne.

STU: Ośrodki pracują według określonych programów i żeby pracować w ten sposób z pacjentem, to jakoś musi być to w ośrodku ukonstytuowane. Bardzo często ośrodki pracują w tej chwili na zasadzie wydalania pacjentów z terapii albo powrotu pacjenta do początku terapii w momencie nieutrzymania przez niego abstynencji i to by było barierą. Czyli musiałby być to ośrodek, który by uznał taką formę leczenia jako oficjalny punkt możliwości leczenia. (MM060720231PROF)

STU: W miejscach, w których ja pracuję, czy z takiego podejścia, które przyjmuje w swojej pracy, to kontrolowane uprawianie hazardu nie mieści się w celach pracy terapeutycznej. Pewnie założenia i cele pracy placówki, w której pracujemy, bo niektóre placówki z góry narzucają pewien program terapii i nie ma innej możliwości, bo nie ma innej oferty, jest tylko taka, która prowadzi do abstynencji. (EG27062023PROF)

W placówkach nie dopuszcza się do zróżnicowania celów leczenia w obszarze hazardu. W przypadku łamania abstynencji konsekwencją jest usunięcie z terapii.

STU: Jest tak zalecane po prostu, uczestniczysz w programie terapeutycznym, są zasady abstynencji i przestrzeganie tego, no i jeśli łamiesz tę zasadę, no to po prostu jesteś wykreślony z programu terapeutycznego. (JM270620232PROF)

Zdaniem profesjonalistów wprowadzenie tego programu do placówek, które nie mają doświadczeń z programem ograniczania picia lub programem ograniczania używania substancji psychoaktywnych może spotkać się z oporem pracowników.

STU: Wydaje mi się, że tu mogłoby być dużo takiego oporu, szczególnie w instytucjach, w których się pracuje tylko na abstynencji, więc jeśli nie ma programów ograniczonego picia czy używania, szczególnie w poradniach, no to program ograniczonego używania hazardu, że tak powiem, wydaje mi się, dość trudne. (BS12062023PROF)

Organizacja leczenia

Zdaniem respondentów program ograniczania grania w gry hazardowe trudno byłoby wprowadzić do leczenia stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia.

STU: Jeżeli chodzi o oddział to myślę, że to byłoby trudne, ponieważ jakby z założenia oddziały przewidziane są już jakby dla osób, które są bardzo zaawansowane w swoich nałogowych zachowaniach, więc oddział, w którym pracuję, jednak jest skoncentrowany na abstynencji całkowitej i całkowitym porzuceniu jakby tych nałogowych zachowań, więc myślę, że na oddziale byłoby to mało prawdopodobne. (EG27062023PROF)

Także leczenie w jednym ośrodku (społeczności) osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu byłoby barierą.

STU: Byłoby to trudne logistycznie, ze względu na to, że pacjenci jednak leczą się w jednej grupie, są jedną społecznością i mieliby problem z identyfikacją. Że jedni byłiby niejako bardziej uzależnieni, inni mniej. Jedni lepsi, drudzy gorsi, jedni bardziej zaawansowani, inni mniej, więc myślę, że też nie sprzyjałoby to takiemu klimatowi identyfikacji. Natomiast w gabinetach, takiej psychoterapii indywidualnej, jeden na jeden, czy właśnie w poradniach, gdzie można byłoby zaproponować taką alternatywę, dla grup pracujących na abstynencję to tak. (EG27062023PROF)

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że program ograniczania grania w gry hazardowe, oparty na założeniach podejścia redukcji szkód, stanowi cenną i potrzebną alternatywę terapeutyczną dla części osób z zaburzeniami hazardowymi. Może on pełnić funkcję etapu wstępnego – przygotowującego do dalszej zmiany, jak również samodzielnego celu terapeutycznego w przypadku osób o niższym nasileniu objawów. Zarówno specjaliści, jak i osoby z doświadczeniem hazardu dostrzegają potencjał programu w zwiększaniu zaangażowania pacjentów w proces terapii, zwłaszcza tych, którzy nie są gotowi na pełną abstynencję. Jednocześnie zidentyfikowano istotne ograniczenia i bariery w implementacji tego podejścia w warunkach polskiego systemu leczenia uzależnień. Najważniejsze z nich dotyczą silnego przywiązania środowiska terapeutycznego do modelu abstynencyjnego, braku

systemowego wsparcia dla wprowadzania zróżnicowanych celów terapeutycznych, a także wątpliwości co do realnej skuteczności kontroli nad hazardem u osób z zaawansowanym uzależnieniem. Część specjalistów i pacjentów wyrażała obawy, że program może wzmacniać iluzję kontroli i prowadzić do nawrotów.

Pomimo tych kontrowersji, uzyskane dane pokazują, że rozszerzenie oferty terapeutycznej o programy ograniczania grania – przy zachowaniu wysokich standardów etycznych i klinicznych – może przynieść realne korzyści osobom zmagającym się z hazardem i poprawić dostępność oraz skuteczność pomocy.

Wnioski

1. Należy umożliwić różnicowanie celów terapeutycznych w zależności od etapu rozwoju zaburzenia oraz gotowości pacjenta do zmiany. Wprowadzenie programów kontrolowanego grania jako alternatywy lub etapu przejściowego do abstynencji może zwiększyć dostępność terapii oraz zaangażowanie osób, które nie są gotowe na całkowitą rezygnację z hazardu. Wymaga to jednak stworzenia przestrzeni instytucjonalnej do indywidualizacji celów leczenia i elastyczności w podejściu terapeutycznym.
2. Konieczne jest opracowanie i wdrożenie szkoleń dla terapeutów uzależnień z zakresu prowadzenia terapii w modelu ograniczania grania. Zarówno obawy, jak i sceptycyzm ze strony specjalistów często wynikają z braku wiedzy i doświadczeń w pracy z tego typu interwencją. Dobrze zaprojektowane szkolenia mogłyby podnieść kompetencje personelu, zredukować opór środowiska oraz zapewnić odpowiednią jakość prowadzenia terapii.
3. Programy ograniczania grania powinny być wdrażane przede wszystkim w ramach ambulatoryjnych form leczenia oraz jako interwencje wczesnego reagowania. Zarówno terapeuci, jak i osoby z zaburzeniami hazardowymi uznają, że program ten nie powinien być stosowany w przypadku osób na zaawansowanym etapie uzależnienia. Największy potencjał tego podejścia widoczny jest w leczeniu ambulatoryjnym.

Przypisy

- ¹ Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86, 299–306. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Currie, S. R., Brunelle, N., Dufour, M., Flores-Pajot, M. C., Hodgins, D., Nadeau, L., & Young, M. (2020). Use of Self-control Strategies for Managing Gambling Habits Leads to Less Harm in Regular Gamblers. *Journal of gambling studies*, 36(2), 685–698. https://doi.org/10.1007/s10899-019-09918-0
- Hodgins, D. C., & Makarchuk, K. (2003). Trusting problem gamblers: reliability and validity of self-reported gambling behavior. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(3), 244–248. https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.3.244
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G., & Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 950–960. https://doi.org/10.1037/a0016318
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of gambling studies*, 21, 51–59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9.
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2008). Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1844–1864. https://doi.org/10.1080/10826080802285810
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., Fryer, K., Handforth, L., Alwyn, T., Kerr, C., Thistlethwaite, G., Slegg, G., & UKATT Research Team (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(1), 60–68. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association.
- Toneatto, T., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N., & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 111–120. https://doi.org/10.1080/16066350801923638
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 25, 201–214. doi:10.1007/s10899-009-9116-1
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390–395. https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390