



Szanowni Państwo,

tegoroczna konferencja, w której zdecydowaliście się uczestniczyć, to szósta już realizowana przez nas, a kolejna skoncentrowana na tematyce patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych.

Najbliższe dwa dni są efektem wielomiesięcznej pracy organizatorów i wykładowców zaangażowanych w realizację tego projektu, który przygotowaliśmy tym razem we współpracy z Krajowym Biurem Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, z Urzędem Miasta Krakowa i przy wsparciu finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Ministerstwa Zdrowia.

Inspiracją wydarzenia była jak zawsze dotąd praktyka pracy z pacjentami i doświadczenia szkoleniowe Zespołu Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień. Motywacją - duże zainteresowanie naszą zeszłoroczną konferencją i oczekiwania jej uczestników, by wydłużyć czas jej trwania w oparciu o poszerzoną ofertę warsztatową.

Tegoroczny, międzynarodowy wymiar tego wydarzenia zawdzięczamy gotowości do współpracy zadeklarowanej przez wybitnych specjalistów z Austrii, Niemiec i Polski. Interdyscyplinarna oferta ma na celu stworzyć platformę dla twórczej dyskusji jak skutecznie zapobiegać, pomagać i leczyć. Stąd też zapowiedziane w oddanych Państwu materiałach różne perspektywy: od nauki do praktyki, od zapobiegania do leczenia, od terapii uzależnień po pomoc rodzinie, itd.

Życzę Państwu wielu potwierdzeń i odkryć, które mogą być uruchomione przez nasze spotkanie, a także, by zaowocowały one w kolejnym roku Waszej pracy.

Dziękuję Mecenasom, Patronom i Współpracownikom. Szczególne wyrazy wdzięczności składam Izie Horodecki z Austrii, dobremu duchowi naszej konferencji.



Agnieszka Dobra-Januszka

*Prezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień
Dyrektor Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień*





WYKŁADY

Dr phil Jörg Petry



1970 - 1975 studia z psychologii w Marburgu. 1975 - 1992 psycholog kliniczny w państwowych szpitalach psychiatrycznych Wunstorf koło Hanoweru i Wiesloch koło Heidelbergu. Od 1981 roku wiele prac naukowych i książek na temat problemów uzależnień. 1982 ukończenie szkolenia behawioralnego (DGVt). Od tego czasu pracuje jako wykładowca i superwizor/kierownik dla różnych instytucji szkoleniowych w Niemczech, Austrii i Szwajcarii. 1991 doktorat w Instytucie Psychologii Uniwersytetu w Heidelbergu. Od 1992 do 2008 roku specjalista psycholog w klinice psychosomatycznej Münchwies w Saarland. 1999 licencja psychoterapeuty. Od 2008 do 2011 roku członek rady doradczej najwyższego nadzoru gier hazardowych w kraju. Od 2002 roku jest członkiem zarządu Stowarzyszenia patologicznego hazardu, od 2006 r. jako zastępca przewodniczącego. Od 2009 Project Manager/ kierownik projektu w Generalnym Towarzystwie Szpitalnym/ Ogólnym Związku Szpitali dla wskazań hazardu patologicznego i gier PC / Internet.

UZALEŻNIENIE OD HAZARDU: ETIOLOGIA I LECZENIE

Zaburzenie - patologiczny hazard

W literaturze fachowej można znaleźć liczną terminologię językoznawczą na ujęcie problematyki zachowania hazardowego. Angielski termin „gambling” („hazard”) jest zawężony przez przymiotniki określające, takie jak: „excessive” (nadmiarowy), „obsessive” (obsesyjny), „compulsive” (kompulsywny), „addictive” (uzależniający) czy obecnie „pathological” (patologiczny). Tymczasem termin „pathological gambling” („patologiczny hazard”) jest powszechny na całym świecie.

Klasyfikacja nozologiczna

Przyjęcie w 1980 r. patologicznego hazardu jako niezależnego obrazu zaburzeń psychicznych do Międzynarodowej Klasyfikacji Systemów DSM, a później do ICD, definiuje patologiczny hazard jako trwałe i powtarzające się błędnie dopasowane zachowanie hazardowe, które jest sklasyfikowane nozologicznie jako zaburzenie kontroli impulsów, w DSM-IV jako zespół zależności. W międzyczasie odpowiednia grupa robocza ds. restrukturyzacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) zasugerowała, żeby na nowo sklasyfikować patologiczny hazard w kategorii „Addiction and Related Disorders” („uzależnienie i zaburzenia pokrewne”).

Epidemiologia

Badanie PAGE (Meyer et al., 2011) obecnie jest metodologicznie znaczącym badaniem ludności w Niemczech. Średnia częstotliwość występowania patologicznego hazardu w ciągu roku wynosi 0,35% (95% CI: 0,2% - 0,5%). Przekładając te wyniki na ludność, jest to około 193 028 osób (95% CI: 117797-268259). Średnia roczna problematycznego hazardu wynosi 0,31% (95% CI: 0,2% - 0,4%). Przekładając te wyniki na ludność, jest to około 172 015 osób (95% CI: -225 270 118 760).

Formy występowania

Można dokonać kliniczno-opisowego podziału na podstawie preferowanego rodzaju gier hazardowych. Wyróżniamy komercyjnych graczy ATM (na automatach), graczy kasyna (mała i duża gra), legalnych i nielegalnych graczy w karty

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



i kości, zawodników, graczy Toto-Lotto i graczy giełdowych (Petry, 2003). W ostatnich latach podlegają leczeniu coraz częściej zawodnicy nielegalnych zakładów i nielegalni internetowi hazardziści, zwłaszcza pokerzyści.

Podejście rozwojowo-psychopatologiczne

Najbardziej znana jest próba interpretacji amerykańskiego psychiatry Berglera (1958). Sprowadza on negatywny proces rozwoju i liczne aspekty problemu hazardu z powrotem do "psychicznego masochizmu" jako głównej przyczyny. Patologicznemu hazardziście nie udało się w jego rozwoju rozpoznać swoich prawdziwych ograniczeń, ponieważ trwają w nim nieświadome fantazje. Na podstawie związanej z tym agresji w stosunku do rodziców i wynikającym z tego poczuciem winy, istnieje tendencja do samodzielnego wymierzania sobie kary w postaci nieświadomego pragnienia straty.

Teoretyczne podejście do hazardu

Wprowadzony w połowie lat 70-tych przez amerykańskiego psychiatrę Custer model uzależnienia przenosi model faz alkoholizmu na problematykę hazardu (Custer i Milt, 1985). Dla osoby dotkniętej problemem hazardu staje się on głównym zadaniem jej życia. Proces ten jest postępujący i dotyka stopniowo wszystkich dziedzin życia, co kończy się upadkiem fizycznym, osobistym, etycznym i społecznym. To z kolei wiąże się z dezintegracją społeczną, rozwojem zaburzeń psychosomatycznych, a coraz częściej także z negatywnymi uczuciami nieufności, strachu i rozpacz. Stoi to w jaskrawej sprzeczności z wcześniejszym wizerunkiem człowieka przyjaznego, hojnego i chętnie kontaktującego się z ludźmi.

Vulnerabilitätsmodell (model podatności)

Problematyka hazardu w sensie psychologicznego Vulnerabilitätsmodell (modelu podatności) (Petry, 2003) może być opisana z punktu wzajemnego oddziaływania specyficznej struktury potrzeb "bardziej zagrożonych" hazardzistów z pasującym do tego charakterem zachęty specjalnej oferty gier. W centrum wewnętrznej struktury potrzeb znajduje się poważne zaburzenie poczucia własnej wartości. Z tym związane jest indywidualistyczno-konkurencyjne stworzenie relacji i zakłócenie regulacji emocji poprzez tłumienie uczuć zagrażających poczuciu własnej wartości: uczucia porażki, smutku i gniewu i zamiast tego odreagowanie w naładowanych akcją działaniach zastępczych.

Korespondująca z tym struktura potrzeb tworzy podatność na





specyficzne oferty hazardowe jako sytuację zewnętrzną stymulacji, ponieważ daje możliwość zwiększenia poczucia własnej wartości, aby służyć przez zastępczą satysfakcję emocjonalnej regulacji i jednocześnie produkować zdystansowane kontrolowane wzorce interakcji. Ponieważ pierwotnie istniejące możliwości wyboru dotyczące radzenia sobie z codziennym stresem są stopniowo ograniczane na skutek ukrytych rzeczywistych negatywnych skutków hazardu (Lesieur, 1979), powstaje typowa dla hazardu własna dynamika.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Ilona
Füchtenschneider-
Petry



1975 - 1980 studia przygotowujące do zawodu nauczyciela (nauki społeczne i język niemiecki), następnie studia pedagogiczne, obydwa kierunki na Uniwersytecie w Bielefeld.
1980 - 1984 praca w domach opieki
Od 1985 roku prowadzi poradnictwo dla osób uzależnionych .
1987 utworzenie pierwszej w Niemczech Poradni dla Osób Uzależnionych od Hazardu i ich Rodzin (DW Herford).
Od 1998 przewodnicząca Związku Uzależnienia od Hazardu, od 2002 kierowniczka Krajowego Ośrodka Leczenia Uzależnienia od Hazardu NRW
Różne publikacje na temat uzależnienia od hazardu.

REJESTRACJA PATOLOGICZNEGO HAZARDU JAKO FORMY UZALEŻNIENIA W NIEMCZECH

Uzależnienie od hazardu jest często błędnie zaliczane do tak zwanych „nowych uzależnień”. Tymczasem chodzi o znane od dawna zaburzenie. Nowe jest jedynie jego rozprzestrzenienie. Do końca lat siedemdziesiątych w literaturze fachowej opisywano pojedyncze przypadki. Na początku lat 80-tych pierwsze klientki i klienci z problemem uzależnienia od hazardu zwracali się do punktów doradztwa dla ludzi uzależnionych i narkomanów, jak również do grup samopomocy.

W 1981 roku pewna grająca w ruletkę kobieta utworzyła w Tostedt koło Hamburga pierwszą grupę samopomocy „Anonimowych Hazardzistów”. Jej historia została najpierw rozpowszechniona przez czasopismo dla kobiet „Brigitte”, a później w książce napisanej przez dziennikarkę z Hamburga Ullę Fröhling pod tytułem „Droge Glücksspiel“¹ („Narkotyk gra hazardowa”).

W 1987 r. założono pierwszy specjalistyczny ośrodek poradnictwa w Herford (dzieło diakonii), a w Berlinie powstała pierwsza oferta pomocy dla tej grupy klientów w formie kafejki - kawiarnia Beispiellos (Bezprzykładnie) stworzona przez Związek Caritasu w Berlinie. Tłem tego, wciąż się utrzymującego, podwyższonego popytu na doradztwo i terapię są zmiany na rynku hazardowym. Szczególnie w obszarze zarobkowej gry na automatach (automaty do gry w restauracjach i halach gier) można dostrzec trzy tendencje rozwojowe:

- urządzenia zostały tak zmodyfikowane technicznie, że z pierwszych automatów rozrywkowych powstały automaty hazardowe (większe możliwości dochodu i mniejsze ryzyko strat, gra ryzyka i gra na punkty);
- oferta znacznie się poszerzyła (2005: 183.000 ustawionych automatów; 2010: 235,750 ustawionych automatów);
- przychody wzrosły odpowiednio do zaistniałego stanu rzeczy (2002: € 5,7 miliardów; 2010: € 17,2 miliardów).

W marcu 2001 r. uzależnienie od hazardu oficjalnie uznano za odrębny obraz zaburzeń, a wiodące towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych i rentowych przyjęły „zalecenia dotyczące rehabilitacji medycznej patologicznego hazardu”.

W następstwie uznania za chorobę i w związku z wzrastającym zapotrzebowaniem na doradztwo i terapię,

¹ Ulla Fröhling: Droge Glücksspiel. Betroffene erzählen von einer heimlichen Sucht Frankfurt/Main 1993: Fischer.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



system pomocy dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin różnicował się coraz bardziej. Powstawały wyspecjalizowane oddziały zarówno w specjalistycznych klinikach dla uzależnionych, jak również w ośrodkach psychosomatycznych. Pierwsze poradnie zostały uznane za ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej. Sieć pomocy jednakże nie jest jeszcze równomiernie rozbudowana we wszystkich krajach związkowych Niemiec.

W 2002 r. wybudowano w Nadrenii Północnej – Westfalii pierwszą krajową agencję specjalizującą się w leczeniu uzależnienia od hazardu. Wspiera ona Ministerstwo Zdrowia w tworzeniu stosownych sposobów zapobiegania i oferowania pomocy, oferuje szkolenia, opracowuje broszury i zapewnia działanie telefonu zaufania.

W międzyczasie tego typu instytucje utworzono w każdym kraju związkowym, z wyjątkiem Saksonii.

Wsparcie rozbudowy oferty pomocy dla uzależnionych od hazardu i ich rodzin przyszło ze strony prawnej. Orzeczenie Federalnego Trybunału Konstytucyjnego w sprawie monopolu zakładów sportowych (marzec 2006) zobowiązało kraje związkowe do dostosowania swoich usług hazardowych w sposób umożliwiający zapobieganie uzależnieniu od hazardu, a także do zapewnienia środków na badania, tak długo, jak długo będą chciały zachować monopol hazardowy. Kraje związkowe umieściły tego typu zobowiązanie w Ustawie Państwa dotyczącej Gier Hazardowych (GlüStV), która weszła w życie w 2008 r. i obowiązuje do wejścia w życie nowelizacji Ustawy o Grach Hazardowych (GlüÄndStV.), najpóźniej do 31.12.2012r. Ustawa oraz środki finansowe, które były przygotowane do dyspozycji na podstawie tej ustawy, doprowadziły do rozszerzenia sieci doradztwa i wsparcia dla osób uzależnionych od hazardu i ich rodzin. Liczba osób szukających pomocy rośnie we wszystkich segmentach (grupy samopomocy, gorące linie, ośrodki doradztwa i leczenia, kliniki specjalistyczne).

Przykład stanowi tutaj liczba dzwoniących do infolinii w sprawach dotyczących uzależnienia od hazardu NRW (2004: 519; 2011: 2822) i hazardziści leczeni stacjonarnie w wybranych ośrodkach rehabilitacyjnych (1997:356; 2010:1703).

Jaki wpływ będzie miało uchwalenie nowej ustawy o grach hazardowych (dla większości krajów związkowych od lipca 2012 roku) na finansowanie ofert profilaktyki i doradztwa dla patologicznych hazardzistek i hazardzistów dopiero się okaże. Zwalczenie hazardu nie jest już jedynym celem ustawy. Chodzi jednocześnie i w równym stopniu o:

-ukierunkowanie nielegalnego hazardu na ograniczone





- i kontrolowane usługi hazardowe;
- zapewnienie ochrony młodzieży i graczom;
- zapobieganie przestępczości jako bezpośredniego lub pośredniego efektu uprawiania hazardu;
- włączenie sportu w działania profilaktyczne.

Oś czasu: Wybrane międzynarodowe kluczowe daty	
1957	Utworzenie Fundacji Anonimowych Hazardzistów (GA) w USA (Los Angeles)
1980	American Psychiatric Association (APA)/ Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) przyjmuje patologiczny hazard do kodu diagnozy/ klucza diagnozy (zaburzenia kontroli impulsów)
1982	Utworzenie przez ex-gracza Komm-Rady Wilhelmaa Gizickiego Stowarzyszenia Anonimowych Hazardzistów w Wiedniu. To miejsce pomocy uzależnionym stanowi dzisiaj największą wyspecjalizowaną w sprawach hazardu poradnię w Europie
1990	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjmuje zaburzenie „patologicznego hazardu” do „Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych” (ICD) (zaburzenia kontroli impulsów)
1997	GamCare organizuje krajową infolinię w Wielkiej Brytanii
2010	Opublikowanie projektu piątej edycji systemu klasyfikacji „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), mającego obowiązywać od 2013 roku. Patologiczne uzależnienie od hazardu będzie w przyszłości nazywane „zaburzonym hazardem” i będzie podlegało pod kategorię „uzależnienie i zaburzenia pokrewne”

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Małgorzata Zanki



Filolog (absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego) i psycholog kliniczny (Universität Wien), pracownik naukowy i wykładowca na Uniwersytecie Medycznym w Wiedniu, specjalista terapii uzależnień, pracuje naukowo i terapeutycznie na Uniwersyteckiej Klinice Psychiatrycznej i Psychoterapeutycznej w ambulatorium uzależnień od substancji psychoaktywnych i czynności. Liczne publikacje naukowe i wystąpienia na kongresach i konferencjach w Austrii, w Niemczech, Grecji i w Libanie. Uczestniczyła w następujących międzynarodowych projektach badawczych związanych z opracowaniem programów leczenia i prewencji uzależnień od substancji psychoaktywnych: ROSE-Management of high risk opiate addicts/ 5. EU-Rahmenprogramm 2002 – 2004; COCAINE 5. EU-Rahmenprogramm 2002-2004, MOTHER Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research / NIH Grant Nr. 1R01 DA018417-01; 2004 – 09; EQUUS European quality standards in drug demand reduction 7. EU-Rahmenprogramm 2010-2011). Recenzent w czasopismach „Addiction” i „SUCHT”. Od roku 2006 prowadzi „Helpline Glücksspielsucht” telefoniczne porady i informacje dla uzależnionych od hazardu i ich rodzin. Helpline oferuje także ambulatoryjną i stacjonarną terapię dla uzależnionych od hazardu. Od 2008 roku pracuje również w prywatnym gabinecie psychologicznym i w Memory Clinic w Donauspital w Wiedniu przy diagnostyce i leczeniu demencji.

SYTUACJA HAZARDU W AUSTRII Z PERSPEKTYWY REGULACJI PRAWNEJ, EPIDEMIOLOGII I TERAPII

Celem wykładu jest kompleksowe przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat hazardu w Austrii. Rynek gier hazardowych tworzy silnie polaryzującą strefę konfliktową pomiędzy różnymi zaangażowanymi w niego interesariuszami, takimi jak polityka – przedsiębiorcy branży hazardowej – konsumenci – opieka medyczna i terapeutyczna. W celu zilustrowania złożoności tematyki aktualna sytuacja hazardu w Austrii będzie prezentowana pod różnymi aspektami, takimi jak: ramy prawne, prewalencja patologicznego hazardu, leczenie oraz koszty społeczne spowodowane hazardem.

Rynek hazardowy jako ekspansywna branża gospodarki w Austrii

Hazard należy w Austrii do jednej z lepiej funkcjonujących branż w dobie ogólnego kryzysu gospodarczego. W 2011r. wartość tego rynku osiągnęła sumę **14,2 Mrd. Euro**. Środki wydane na gry losowe w przeliczeniu na jedno gospodarstwo domowe szacowane są na 3.122 Euro, co stawia Austrię na trzecim miejscu za Finlandią (3.431 Euro) i Wielką Brytanią (4.044 Euro). Wraz ze stopniowo postępującą legalizacją gier hazardowych w Europie i na świecie obserwuje się dynamicznie rosnącą sieć ofert do udziału w grze. Dziś grać można faktycznie wszędzie i o każdej porze. Jeżeli nie w salonie gier, lokalu czy na stacji benzynowej, to przez internet czy telefon komórkowy. Problemem konsumenta nie jest znalezienie możliwości do grania, lecz świadomy wybór i umiar w konsumpcji.

Ramy prawne

Gry losowe uregulowane są w Austrii przez Federalną Ustawę o Grach Losowych znowelizowaną w 2010 roku. Monopol państwowy w dziedzinie gier losowych został zliberalizowany w zakresie automatów do gier. Gra na automatach tzw. "mały hazard" była do roku 2010 r. zalegalizowana tylko w czterech landach: w Wiedniu, Dolnej Austrii, Styrii i Karyntii. W rzeczywistości gra na automatach była możliwa dla konsumentów w całej Austrii. 20% automatów do gier znajduje się w kasynach Casinos Austria AG, a z pozostałych 80% nielegalnie funkcjonuje aż 35%. W akcjach policyjnych skonfiskowano od czasu obowiązywania nowej ustawy 3001 automatów. Nowe prawo federalne określa ramy prawne, a kraje związkowe mają prawo do podjęcia indywidualnej decyzji o zalegalizowaniu

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



"małego hazardu" na swoim terenie. Na razie zalegalizowanie zostało rozszerzone na dwa dodatkowe landy: Górna Austria i Burgenland, gdzie zostały rozpisane przetargi na koncesje. Większa ochrona indywidualna gracza jest jednym z głównych celów nowej ustawy o grach losowych.

Zainteresowanie grami hazardowymi w społeczeństwie

Gra dawno przestała być przywilejem bogatych, a stała się prawdziwie masową rozrywką. Ten nowy trend określa się jako demokratyzację (Welte et al. 2002) albo feminizację hazardu (Productivity Commission w Australii, 1999). Hazard uważany dawniej za typowo męską grę przyciąga coraz więcej kobiet. Szacuje się, że w 2010r. około 42% Austriaków brało udział w grach losowych (36,5% kobiet i 47,4% mężczyzn).

Prewalencja

Dla większości graczy hazard jest formą rozrywki, ale u niektórych ludzi prowadzi do powstania uzależnienia, którego negatywne skutki psychiczne, socjalne i finansowe niszczą istotne aspekty życia. Według najnowszych wyników badań epidemiologicznych średnia częstotliwość występowania patologicznego hazardu w ciągu roku w Austrii jest szacowana na 0,66%, a częstotliwość roczna problematycznej gry na 0,43%, co oznacza, że około 100.000 ludzi w Austrii wymaga leczenia lub poradnictwa w związku ze skutkami gry hazardowej. W tej grupie znajduje się około 44% kobiet. Najwyższy odsetek uzależnionych od hazardu jest wśród ludzi młodych w wieku od 18 do 35 lat i szacowany jest na 1,3%, w porównaniu do starszych (≥ 36 lat), wśród których jest około 0,4% patologicznych hazardzistów (Kalke et al., 2011).

Koszty społeczne

Hazard nie jest chorobą jednostki. Niszczy osobę uzależnioną i najbliższych. Wg. badań naukowych skutkami dotkniętych jest 8-10 osób z otoczenia gracza (rodzina, przyjaciele, współpracownicy itd). Gospodarcze i społeczne skutki hazardu, takie jak ujemny wpływ na zdrowie i jakość życia chorych i ich rodzin, koszty leczenia i poradnictwa, zmniejszona wydajność pracy i bezrobocie, przestępczość związana z finansowaniem hazardu, są ponoszone również przez społeczeństwo. Koszty społeczne hazardu były szacowane w samej Styrii w 2007r. na 26 milionów Euro, a zyski na 8,8 milionów Euro (Köberl & Pretenthaler, 2009).





Możliwości specjalistycznej konsultacji i leczenia uzależnień od hazardu

Finansowanie terapii uzależnionych od hazardu nie jest uregulowane prawnie. Nie ma też centralnej dokumentacji, która pozwoliłaby stwierdzić ile osób znajduje się w terapii.

W 1982r. podjęła prace pierwsza placówka Anonimowych Hazardzistów w Wiedniu (od 2008r. zmieniono nazwę na Spielsuchthilfe). W latach 1987-91 powstały następne punkty leczenia hazardzistów w Grazu (BAS), w Linzu (Górna Austria) i pierwsza terapia stacjonarna w Karyncji (Treffen). W latach 2005-2007 rozbudowane zostały punkty lecznictwa w Wiedniu poprzez dojście możliwości leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w Instytucie Antona Prokscha (API) i w klinice psychiatrycznej i psychoterapeutycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Wiedniu. Ta placówka uruchomiła dodatkowo w grudniu 2006r. „Helpline Glücksspielsucht” - możliwość poradnictwa telefonicznego, mającego na celu wspieranie osób cierpiących z powodu uzależnienia od hazardu oraz ich bliskich. Pod numerem 0800 20 52 42 można zgłaszać problemy wynikające z gry hazardowej. W ramach tej oferty prowadzone są konsultacje telefoniczne, przekazywane są informacje o lokalnie działających instytucjach prowadzących terapię uzależnień od hazardu. Istnieje też możliwość podjęcia leczenia ambulatoryjnego lub stacjonarnego w klinice.

Wyniki badań i obserwacje kliniczne wskazują jednak, że tylko niewielka część potrzebujących pomocy podejmuje faktycznie leczenie. Według najnowszych danych w Niemczech poddaje się leczeniu tylko 2,6% graczy (Erbas & Buchner, 2012). Z podobnie niskim odsetkiem graczy w leczeniu musimy się też liczyć w Austrii, jeżeli porównamy szacowaną liczbę dotkniętych uzależnieniem z liczbą osób znajdujących się faktycznie w terapii. Jednym z powodów tak znikomego zainteresowania terapią jest stygmatyzacja społeczna, a walka z nią jest przede wszystkim sprawą polityki. Wraz z nowelizacją Ustawy o Grach Losowych w 2010 roku powstała centralna jednostka prewencyjna do ochrony gracza z siedzibą w Ministerstwie Skarbu. Jej celem jest wzmocnienie ochrony nad graczami poprzez rozbudowanie sieciowej współpracy ze wszystkimi odpowiedzialnymi instytucjami, a także przeprowadzanie akcji antystygmatycznych. Na stronie internetowej Ministerstwa prowadzona jest lista instytucji udzielających pomocy hazardzistom, na którą zameldowało się w ciągu niespełna roku około 90 placówek. Ustawowo zostało przewidziane, że 1 promil z dochodów z branży gier hazardowych będzie przekazywany na cele



Organizator Konferencji



Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

prewencji, leczenia hazardzistów i badań naukowych. Niestety do dzisiaj żadna jednostka nie otrzymała środków na finansowanie leczenia hazardzistów.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Agnieszka Duda-Kubik



Psycholog (absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego), specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikat PARPA, absolwentka Małopolskiego Ośrodka Szkolenia Terapeutów Uzależnień), asystent psychodramy Moreno, w trakcie uzyskiwania certyfikatu psychoterapeuty (Śląska Szkoła Psychoterapii). Współautorka i realizatorka autorskich programów terapeutycznych i treningowych dla osób eksperymentujących i uzależnionych. Koordynator i realizator projektów dofinansowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych dot. programu pomocy hazardzistom i ich rodzinom, szkoleń dla studentów i pracowników gier losowych z obszaru hazardu. Wiceprezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień. Członek Rady Programowej Małopolskiego Ośrodka Szkolenia Terapeutów Uzależnień, opiekun staży akredytowanych przez PARPA. Obecnie Wicedyrektor Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień, od 2010 r. kieruje Ośrodkiem Psychoterapii Uzależnień i Współuzależnienia KCTU (ambulatorium i oddziałem dziennym).

RODZINA Z PROBLEMEM HAZARDU – WYGRANA CZY PRZEGRANA?

Szacuje się, że na jednego patologicznego gracza przypada kilka kolejnych osób, ponoszących szkody związane z jego zachowaniem nałogowym (Wojewódzka, 2011).

Do nakreślenia obrazu rodziny hazardowej wykorzystam portret przeciętnego hazardzisty stworzony na podstawie badań własnych z 2011r. Wnioski z analizy 300 procesów diagnostyczno-terapeutycznych prowadzonych w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień na przestrzeni 10 lat pokazują, że patologiczny hazardzista to mężczyzna, 35-letni, mający średnie wykształcenie i etatową pracę, żonaty, posiadający 1 lub 2 dzieci. Zaczyna grać w życiu dorosłym, uzależnia się najczęściej od automatów, zgłasza się po pomoc po 5 latach grania, z długami wysokości około 50 000zł.

W literaturze przedmiotu bardzo często opis rodziny z problemem hazardu jest tworzony na podstawie danych dotyczących rodziny alkoholowej (Wojewódzka, 2011; Derwich-Nowak, 2010). Jednak własne doświadczenia i obserwacje oraz dyskusje z terapeutami pracującymi z partnerami hazardzistów sugerują, że istnieją zasadnicze różnice między tymi rodzinami.

Rodzina przegrywa z hazardem, kiedy jest mu podporządkowana, a hazard staje się motorem jej działań. W zakresie narastającej koncentracji wokół problemu uzależnienia obie rodziny są podobne. Jednak uzależnienie od alkoholu działa jawniej, bardziej bezpośrednio („wróg” jest zidentyfikowany dość szybko), natomiast granie hazardowe można z jednej strony długo ukrywać, z drugiej natomiast trudno się go domyślić. Rodzina hazardowa jest w znacznie trudniejszym położeniu, ponieważ odczuwa zmianę zachowania jednego z członków, ale długo może jej nie rozumieć i w związku z tym snuć domysły na ten temat. Część wysiłków i energii schodzi na znalezienie odpowiedzi na pytanie, co się dzieje. Problem z pić jest również bardziej rozpoznawalny z powodu własnych doświadczeń, obserwacji innych czy ogólnodostępnych informacji z mediów, prasy, filmów. Raczej trudno zrozumieć przymus grania czy wyobrazić sobie, że można w taki sposób roztrwonić pieniądze. Dlatego żony zmianę w zachowaniu męża najczęściej tłumaczą zdradą „pewnie przeznaczą swój czas i pieniądze na inną kobietę”. Ta niejasność wpływa na wykształcenie znacznie silniejszych mechanizmów obronnych u bliskich hazardzisty.

W przypadku rodziny alkoholowej mamy do czynienia z pewnym procesem zmian, natomiast dla rodziny hazardowej

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



typowym doświadczeniem jest szok. Najczęściej rodzina orientuje się w sytuacji, kiedy nieoczekiwanie długi hazardzisty wyjdą na jaw. Towarzyszą temu bardzo silne emocje, związane głównie z lękiem. Reguły działania rodziny alkoholowej rozwijają się w czasie, uczucia związane z trudną sytuacją narastają stopniowo. Kiedy problem z hazardem staje się jawny, to największym problemem są długi, nie choroba. Presja i działania rodziny ukierunkowane są na spłatę zadłużenia i odzyskanie bezpieczeństwa. Zaprzeczanie choroby jest wzmacniane racjonalizacją, iż długi są wystarczającą nauką, aby już więcej nie zagrać. Rodzina bezskutecznie odwołuje się do sumienia hazardzisty, ignorując zupełnie fakt, że on już dla grania złamał wiele norm i zasad. Rodziny hazardowe łatwiej ulegają iluzjom, że gra jest tylko rozrywką za symboliczne stawki lub, że takie długi są wystarczającą nauką do końca życia. Rodzinę alkoholową trudniej oszukać – nie da się zatuszować ilości wypitego alkoholu czy udawać abstynencję.

W procesie odzyskiwania równowagi i bezpieczeństwa w trakcie trwania terapii także są widoczne istotne różnice – rodzina alkoholowa ma za zadanie przede wszystkim przestać kontrolować, natomiast rodzina hazardowa dobrze, aby na początku podjęła się kontroli finansów hazardzisty (oczywiście za jego zgodą). W procesie terapii bliscy hazardzisty, podobnie jak on sam, są zmuszeni poradzić sobie z długotrwałymi konsekwencjami hazardu – długami. Rodzina alkoholowa najczęściej nie stoi przed takim wyzwaniem i szybciej jest w stanie odzyskać równowagę i bezpieczeństwo w tym zakresie.

Proces adaptacji do problemu można opisać za pomocą kilku etapów (Horodecki, 2009). Pierwsza **faza zaprzeczania** dotyczy sytuacji, w której rodzina zauważa pewne niepokojące symptomy w zachowaniu gracza (np. niejasne nieobecności czy zmienne nastroje) i reaguje na nie podejrzliwością, pytaniami. Jednak wyjaśnienia gracza oraz sytuacje, w których wszystko wraca do normy, zupełnie uspokajają. Ta faza może utrzymywać się bardzo długo – rodzina jest zupełnie nieświadoma problemu, natomiast granie hazardowe może przybrać już bardzo niebezpieczne rozmiary. Kolejna **faza obciążenia** jest związana z w/w szokiem, kiedy jakaś sytuacja kryzysowa demaskuje bardziej realne rozmiary gry (np. nakaz spłaty długów). Rodzina mobilizuje się w celu usunięcia konsekwencji – głównie pomocy w spłacie długów oraz próbuje różnych sposobów kierowania graczem zgodnie z wiarą, że ma na niego wpływ, a on jest w stanie zaprzestać grania (np. pouczenia, wyrzuty). Te jednak bezskuteczne działania prowadzą do **fazy wyczerpania** –





pozbycia się złudzeń. Mimo ogromnego wysiłku problem z graniem nasila się, a rodzina ma coraz mniej siły na ratowanie hazardzisty, a bardziej szuka sposobów przetrwania w tej sytuacji (np. bierze na siebie w całości spłatę długów, nazywając je „naszymi problemami finansowymi”, sięga po środki farmakologiczne, by poradzić sobie z bezsennością, chaosem, objawami psychosomatycznymi). Jeżeli w tym czasie rodzina nie zdecyduje się na konstruktywną pomoc z zewnątrz, to następuje **faza utraty nadziei** i rozpacz.

Głównym wskaźnikiem wygranej dla rodziny hazardowej jest uruchomienie procesu zmiany. Oczywiście zgłoszenie się po specjalistyczną pomoc partnera hazardzisty daje taką możliwość. W terapii partnerów hazardzistów powtarzają się pewne specyficzne wątki: 1) oczekiwanie zmiany hazardzisty jako jedynej drogi wyjścia z kryzysu, 2) poczucie wstydu i przegranej w związku z grą partnera, 3) poczucie izolacji i niezrozumienia problemu hazardu w otoczeniu, 4) szukanie powodu grania, 5) szukanie sposobów na zatrzymanie grania partnera, 6) niejasna sytuacja finansowa: kto odpowiada za długi, czy pomagać finansowo hazardzistcie (Horodecki, 2009).

Najczęściej z oferty pomocy dla rodzin hazardzistów decydują się skorzystać żony. Pierwszy okres terapii jest bardzo trudny z powodu ich dużej ambiwalencji dotyczącej samej potrzeby pomocy. Kobiety porównują się ze swoimi mężami i uważają siebie za jak najbardziej zdrowe, rozsądne, odpowiedzialne, są przekonane, że to oni powinni jak najszybciej coś ze sobą zrobić. Świadomość zagrożenia sytuacji dzieci najczęściej motywuje je do sięgania po pomoc. Dominującym uczuciem jest złość na to, że muszą myśleć same o przyszłości rodziny i robić wszystko, aby ją zabezpieczyć, i jeszcze tracą swój czas na spotkania z terapeutą, który i tak niewiele jest im w stanie dać. Bardzo często po wyrażeniu tej wściekłości, wychodzą na wierzch inne emocje: ogromny lęk o przyszłość, bezradność wobec problemu, dominujące poczucie braku wpływu na swoje życie i poczucie przegranej: „ja jestem już wciągnięta w długi, nie ma dla mnie wyjścia”, „zależy mi na tym, aby nie dotknęło to dzieci”.

Wg twórców transteoretycznego modelu (Prochaska, Norcross, Diclemente, 2008; Prochaska, Norcross, 2006), zmiana może dokonać się na kilku powiązanych ze sobą poziomach: 1) objawy/problemy sytuacyjne, 2) nieprzystosowawcze treści poznawcze, 3) aktualne problemy interpersonalne, 4) konflikty rodzinne/systemowe, 5) konflikty intrapsychiczne. Do głównych procesów zmiany można zaliczyć: 1) poszerzanie świadomości, 2) wzbudzenie emocji, 3) ponowną zmianę samooceny,





4) przeciwwarunkowanie, 5) kontrolę bodźca, 6) sterowanie uwarunkowaniami, 7) wspierające relacje. Skuteczność metod i interwencji terapeutycznych zależy m.in. od ilości procesów zmiany, do jakich się odwołują. Oferta pomocy dla rodzin ze względu na problematykę pacjentów powinna uwzględniać zarówno terapię indywidualną, jak i terapię grupową oraz poradnictwo prawne, finansowe i socjalne.

W wykładzie szerzej przedstawię obecną ofertę pomocy dla rodzin i bliskich hazardzistów, jaką proponujemy w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień.

Literatura:

1. Derwich-Nowak A.: Patologiczny hazard. Difin, Warszawa 2010.
2. Horodecki I.: Wenn das Glücksspiel zum problem wird... Spielsuchthilfe, Wiedeń 2009.
3. Prochaska J.O, Norcross J.C.: Systemy psychoterapeutyczne. IPZ, Warszawa 2006.
4. Prochaska J.O, Norcross J.C, Diclemente C.C.: Zmiana na dobre. Instytut Amity, Warszawa 2008.
5. Wojewódzka B., Dąbrowska K.: Gra, zabawa czy nałogowe granie?. Parpamedia, Warszawa 2011.





Barbara Wojewódzka



Socjolog, (absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego), specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikat PARPA), autorka licznych publikacji, m.in. z zakresu patologicznego hazardu oraz poradnika dla rodzin hazardzistów wydanego przez Parpamedia. Przez kilka lat pracowała w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień, następnie jako Zastępca Kierownika w Oddziale Leczenia Uzależnień w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie, gdzie stworzyła program terapeutyczny, za który była odpowiedzialna. Obecnie pracuje w Poradni Leczenia Uzależnień Multimed w Gnieźnie.

NAŁOGOWE SCHEMATY W PSYCHOTERAPII PATOLOGICZNYCH HAZARDZISTÓW W OPARCIU O KONCEPCJĘ PSYCHOLOGICZNYCH MECHANIZMÓW UZALEŻNIENIA MELLIBRUDY

Uzależnienie ma charakter postępujący i własną dynamikę. Nieleczony prowadzi do poważnych szkód i może spowodować śmierć. Zmiany w funkcjonowaniu chorego dotyczą zarówno strony fizycznej, psychicznej, jak i społecznych interakcji. Uzależniony ma coraz mniejsze poczucie wpływu na własne życie, sam siebie nie rozumie i uważa, że inni również nie pojmują, co się z nim dzieje. „Huśtawka emocjonalna” wywołuje naprzemienne stany napięcia i ulgi, które z czasem mają charakter automatyzmu. Zniekształcenia poznawcze, trudności decyzyjne oraz ciągle zmieniające się myślenie na swój temat (od – jestem najlepszy, do - jestem do niczego) powoduje, że hazardzista staje się coraz bardziej zagubiony, izoluje się od otoczenia, by ostatecznie w osamotnieniu pograżać się w otchłani nałogu. Patologiczny przebieg procesów rozwijających się w życiu gracza prowadzi do powstania specyficznych zmian (Mellibruda, Sobolewska - Mellibruda, 2006).

Mechanizm nałogowego regulowania uczuć

Żeby osiągnąć psychiczny dobrostan człowiek wykonuje różne czynności, np. uprawia sporty, spotyka się ze znajomymi, rozwija zainteresowania, podróżuje, czyta, gotuje, flirtuje czy uprawia seks. Każda z tych aktywności wymaga pewnego wysiłku i nieraz, żeby poczuć się dobrze, człowiek musi się trochę natrudzić.

Niektórzy znajdują inny sposób na lepsze samopoczucie, np. alkohol, leki, hazard. Okazuje się to, dla części z nich, dominującym sposobem radzenia sobie z problemami.

Podczas gry w zapomnienie odchodzą troski, a jeśli dodatkowo (na nieszczęście gracza) trafia się spora wygrana, to hazardzista jest przekonany, że znalazł „idealny” sposób na kłopoty, niewymagający szczególnych umiejętności i co najważniejsze działający od razu. Naturalne źródła przyjemności, tj. sytuacje, zachowania, decyzje, działania odchodzą na dalszy plan, a granie staje się głównym źródłem uczuć.

Pozytywne oczekiwania od hazardu powodują, że stresująca sytuacja uruchamia chęć grania jako jedyne, skutecznego sposobu poprawy samopoczucia. Hazardzista w konsekwencji tego automatyzmu naprzemiennie doświadcza napięcia i ulgi. Uśmierza przykre stany emocjonalne poprzez „odgrywanie się”,

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



więc nawet jak wygra, gra dalej, by ostatecznie przegrać. Obniżanie się odporności na cierpienie wynika z natychmiast realizowanej chęci poprawienia samopoczucia poprzez grę. Bardzo trudno jest takiej osobie wytrzymać przedłużający się dyskomfort i dlatego zrobi wszystko, żeby zmienić ten stan. Szybko nudzi się i z trudem znosi monotonię, która jest dla niego czymś nienormalnym. Uważa, że wciąż musi się coś dziać, najlepiej niezwykłego, ryzykownego, więc zwiększa się w jego życiu impulsywność – działa zanim zdąży pomyśleć. Jeśli nie ma możliwości uprawiania hazardu „na żywo”, to ma substytut w postaci fantazji na temat nowych, lepszych systemów odgrywania się czy planowania na co przeznaczony wygrane pieniądze.

Mechanizm iluzji i zaprzeczania

Zdesperowany hazardzista, żeby zdobyć środki na grę, nie cofnie się przed niczym, więc rodzina przerabia okradzioną skarbonkę dzieci, pożyczanie pieniędzy od znajomych, rodziny, sąsiadów czy prawie obcych ludzi. Kłamstwo w rodzinie z problemem hazardu staje się chlebem powszednim i ostatecznie niszczy wzajemne zaufanie. Bardzo trudno jest myśleć o hazardzistrze jak o chorej osobie, rozumieć, że jego kłamstwa są nałogowym sposobem zniekształcania rzeczywistości.

Chociaż hazard oznacza ryzykowne przedsięwzięcie, którego wynik zależy wyłącznie od przypadku, to gracze mają w tej sprawie bardzo magiczne podejście, które wynika z uzależnienia, czyli mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Schematy nałogowego myślenia uniemożliwiają dostrzeżenie coraz poważniejszych szkód, wzięcia za nie odpowiedzialności i podjęcia zmiany. Można powiedzieć, że osoba uzależniona buduje mur, który odgradza ją od świata rzeczywistego. Zaprzecza „nie grałem”, chociaż są jednoznaczne dowody, że kolejny raz wysłał zakłady bukmacherskie czy lotka.

Innym razem, owszem nie zaprzecza, że grał, ale mówi, że tylko wyjątkowo dzisiaj i pomniejsza przegrane pieniądze (zresztą naprawdę nie wie ile stracił). Gdy przyznaje, że gra „tylko w weekendy”, nie dostrzega, że to w sumie są trzy dni, cztery razy w miesiącu, co oznacza, że gra dwanaście dni w miesiącu (a ponieważ minimalizuje, więc jest ich z pewnością więcej).

Przerzuca odpowiedzialność na innych, a czasami na rzeczy martwe, więc to automat „przestał dawać”, wcześniej „dawał” innym, a teraz jemu „nie chce”. Standardowo przekonuje siebie i innych, że szczęście go opuściło, bo poprzednim razem wygrywał. Zarzuca bliskim, że przez nich jest tak zestresowany,





że „jakoś” musi się zrelaksować. Gdyby miał tylko: odpowiednią pracę, dobre zarobki, wyrozumiałą żonę, więcej czasu dla siebie, itd., to nie szukałby szczęścia w hazardzie. Hazardzista nieustannie przedstawia „logicznie” wyjaśnienia, dlaczego właśnie teraz musi grać, np.: żeby nie przegapić takiej szansy, bo właśnie szczęście do niego powróciło. Fantazjuje o wygranej, opracowuje systemy, co pochłania go bez reszty. Odwraca uwagę od poniesionych strat lub od zarzutów zrozpaczonych bliskich, co niestety popycha go w stronę rozmyślania nad odegraniem się, by w ten sposób rozwiązać narastające problemy. O swoim graniu mówi bezosobowo: „raz się wygrywa, raz się przegrywa”, „jak człowiek gra, to...”, albo rozprawia na temat problemów związanych z hazardem w kontekście ogólnych, społecznych kwestii, np. kto na graniu innych najbardziej się bogaci, albo prowadzi dyskusje na temat tzw. „afery hazardowej”. Koloryzowanie wspomnień związanych z graniem, koncentrowanie uwagi na wygranych, chociaż było ich zdecydowanie mniej i jest to zamierzczła przeszłość, powoduje, że przypomina sobie jakiś szczególny moment w graniu, co przywołuje ówczesny stan, np. euforii i wprowadza go w „narkotyczny trans”, który jest namiastką gry. Marzeniowe planowanie dotyczy często spłaty długów, oczywiście z wygranych: „tak długo nie miałem szczęścia, więc teraz powróci do mnie”, „już tyle przegrałem, że przyszedł czas na wygrane”. Hazardzista uważa, że jeśli wreszcie odegra się, to spłaci wszystkie długi, a rodzina i znajomi przestaną się czepiać i zaczną go wreszcie szanować. Częstym sposobem radzenia sobie z lękiem, wstydem czy poczuciem winy spowodowanymi konsekwencjami grania są agresywne zachowania. Kłótnia z żoną jest „idealną” okazją do wyjścia z domu i powrotu do hazardu. Uzależniony nie tylko traci kontrolę nad graniem, ale również nad innymi swoimi zachowaniami.

Mechanizm rozproszonego i rozdwojonego ja

Kim jestem? Na to pytanie coraz trudniej jest odpowiedzieć hazardziście. Kiedy szuka pomocy, to często oczekuje (jego bliscy również), że stanie się takim, jakim był kiedyś – przed patologicznym graniem. Ciągła emocjonalna huśtawka, trudna do zrozumienia nawet dla niego, impulsywność, granie mimo składanych obietnic sobie, bliskim, Bogu powoduje, że udręczony gracz jest na skraju wytrzymałości. Ciągłe pobudzenie, potem „dolek”, „odlatywanie” w fantazje, euforia naprzemiennie z depresją wprowadza nieprawdopodobny chaos. Hazardzista będąc w amoku gry, wygląda jak narkoman. Jest pobudzony, ma rozszerzone źrenice, zaczerwienione spojówki, bladą lub





zaczerwienioną skórę twarzy, bywa oszołomiony i ma trudności w wystawianiu się, nie wszystko słyszy, więc może odpowiadać bez sensu, albo być agresywny - jest jak szalony. Z czasem zauważa, że nawet najdrobniejsze plany trudno mu zrealizować. Rano cel był prosty i nie wymagał żadnych specjalnych umiejętności: miał po pracy wrócić do domu i zjeść z rodziną obiad. Niby proste, ale gdy kolega zaczął opowiadać, że wygrał kilkaset złotych na automatach, to nie mógł przestać o tym myśleć. Nie wrócił do domu, tylko poszedł do pubu z „maszynkami” i postanowił, że wygraną („bo na pewno tak będzie”) przeznaczy na prezenty dla bliskich i tak ich uspokoi. Kiedy dzwoniła żona, to najpierw okłamywał ją, że musi zostać dłużej w pracy, potem wyłączył telefon. Wrócił nad ranem rozważając nad sensem życia, zrozpaczony i roztrzęsiony. Po wielu takich sytuacjach sam stracił do siebie szacunek i trudno mu jest zrozumieć, dlaczego tak robi. U hazardzisty samoocena zmienia się jak w kalejdoskopie. Gdy gra jest pełen siły, mocy i „wszystko kontroluje”, po przegranej jest zły na siebie, na cały świat, przygnębiony, ma myśli samobójcze. Nie może się na sobie oprzeć, bo nie wiadomo co mu znowu strzeli do głowy, najprostsze plany mogą być nie do zrealizowania. Wstyd, poczucie winy, lęk, poczucie zagrożenia – to są najczęstsze emocje, które niestety nie powstrzymują go przed dalszą destrukcją, tylko - aby ich nie odczuwać - popychają do grania.

Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia umożliwia zrozumienie, w jaki sposób nałóg zmienia myślenie, emocje oraz obraz siebie samego, a to staje się punktem wyjścia do konstruktywnej zmiany patologicznego hazardzisty.

Literatura:

1. Mellibruda J., Sobolewska – Mellibruda Z.: *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. IPZ, Warszawa 2006.
2. Wojewódzka B., Dąbrowska K.: *Gra, zabawa czy nałogowe granie?*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2011.





WARSZTATY

Katarzyna Baczak



Pedagog (absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego), psychoterapeuta, socjoterapeuta (ukończyła całościowe szkolenie „Podstawy Psychoterapii Psychodynamicznej”, „Studium socjoterapii”, „Pomoc psychologiczna dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym”), certyfikowany specjalista terapii uzależnień KBPN, realizatorka autorskich programów terapeutycznych i treningów, m.in. dla osób uzależnionych chemicznie (alkohol, narkotyki, leki) i behawioralnie (hazard, Internet, komputer, zakupy), doświadczony pedagog w zakresie pracy interwencyjno – korekcyjnej i terapeutycznej z dziećmi, młodzieżą, rodzicami, nauczycielami, wychowawcami. Na co dzień pracuje jako terapeuta w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień oraz w prywatnych gabinetach „Psychomed” w Krakowie. Posiada także wieloletnie doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami pamięci o różnej etiologii – pracowała w Poradni Zaburzeń Pamięci przy Collegium Medium UJ w Krakowie.

METODY I ZASADY PRACY Z OSOBAMI Z ROZPOZNANIEM F63.0 – WYMIANA DOŚWIADCZEŃ, NAPOTYKANE TRUDNOŚCI, SUKCESY

Celem warsztatu „Metody i zasady pracy z osobami z rozpoznaniem F63.0 – wymiana doświadczeń, napotymane trudności, sukcesy” jest opracowanie metod oraz poznanie podstawowych zasad pracy z osobami z rozpoznaniem patologicznego hazardu F63.0. Osoby z taką diagnozą często traktowane są w procesie terapeutycznym jak uzależnione od środków chemicznych. W rzeczywistości hazardziści nie mogą - podobnie jak osoby uzależnione chemicznie - przestać przyjmować szkodliwych substancji. Dla patologicznego hazardzisty każda, nawet codzienna sytuacja, może być źródłem pobudzenia i dostarczania naturalnych substancji stymulujących układ nagrody. Prowadzi to do konieczności analizowania w trakcie procesu terapeutycznego wszystkich zachowań pacjenta, które mogą mieć znamiona tzw. „gry na sucho”. Z tym również wiąże się trudność określenia w kontrakcie terapeutycznym wszystkich zachowań, które łamią abstynencję. Wymaga to od terapeuty uważności i elastyczności. Szczególnie istotne są liczebniki oraz terminy związane z hazardem używane przez pacjenta w opisywaniu zdarzeń zupełnie z grą niezwiązanymi. Terapeuta powinien się stać dla pacjenta lustrem, w którym pokazuje mu pobudzenie na poziomie werbalnym, niewerbalnym, fizjologicznym.

Patologiczni hazardziści, zwłaszcza na początku leczenia, nie potrafią zauważyć, a tym bardziej opisać, tego co się z nimi dzieje. Pobudzenie i chaos stały się dla nich naturalnym stanem. Oznacza to, że spokój, stabilizacja jest podobnym dla nich zagrożeniem jak pobudzenie. Określają je jako nudę, monotonię, co wzbudza tęsknotę za grą, „za dzianiem się czegoś”. Z tego wynika kolejny ważny obszar do pracy - szukanie nowych sposobów na wypełnienie pustki po grze: aktywności fizycznej, hobby, konstruktywnych sposobów sprawiania sobie przyjemności. Na początku może to być źródłem frustracji dla terapeuty, ponieważ nic nie jest tak atrakcyjne jak gra. Jego energia jest w dużej mierze skierowane na motywację pacjenta do podejmowania aktywności „na siłę”. Z czasem przynosi to

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



efekty, zwłaszcza w obszarze odbudowywania kontaktów z ważnymi osobami.

Z opisanymi tutaj zjawiskami wiążą się 3 podstawowe zasady pracy z patologicznymi hazardzistami:

- **koncentracja na „ tu i teraz”** (rozwój uważności, koncentracji) – jest to długi proces koncentrowania pacjenta na teraźniejszości, który powinien być realizowany na każdym etapie terapii indywidualnej i grupowej;
- **odbudowa systemu wartości** – gdyż w czasie postępu uzależnienia większość wartości została zdewaluowana: rodzina, przyjaźń, uczciwość, prawdomówność, praca, pieniądź;
- **powrót do przeżywania przyjemności, które były źródłem zdrowych emocji.**

Z wymienionymi zasadami wiążą się kolejne obszary do pracy terapeutycznej. Należy do nich praca nad realną wartością pieniądza w życiu. Pacjenci często nie mają świadomości co ile kosztuje i ile realnie - z łatwością i bezkrytycznie - przegrali pieniędzy. Na nowo muszą się uczyć ile kosztuje codzienne życie, zaczynając od podstawowych potrzeb. W tym wszystkim należy zaplanować z pacjentem realną spłatę długów: uporządkować kwoty, wierzycieli, itp. Na początku hazardzista będzie chciał spłacić długi szybko, natychmiast – tak jak wcześniej szybko „zdobywał” pieniądze w grze. Może to spowodować nadmierną pracę, przemęczenie, trwające pobudzenie. Zadaniem terapeuty jest pokazywanie pacjentowi, że spłacanie długów powinno być rozłożone w czasie, często na wiele lat. Kolejnym ważnym zagadnieniem jest praca w obszarze kłamstw i tajemnic, które także należy uporządkować, ujawnić, wziąć za nie odpowiedzialność. Hazardzista najczęściej jest patologicznym kłamcą. Kłamie nawet wtedy, gdy nie musi. Jest to jedna z form „gry na sucho”. Kłamie i licytuje się sam ze sobą, czy wyjdzie to na jaw. Jego samoocena jest nieadekwatna. Wiąże się to ze zniekształceniami poznawczymi na swój temat i swojej gry. U patologicznego hazardzisty rozwija się przekonanie, że jest graczem szczególnym, inteligentnym, sprytnym, mającym szczęście. On jedyny wie jak wygrać duże pieniądze, jak przechytrzyć system lub „oswoić” maszynę. Nawet serię przegranych interpretuje jako etap przejściowy, zwłaszcza jeśli nie znalazł się w ostatniej fazie choroby, tzw. „utrata nadziei”.

Początek relacji terapeutycznej z patologicznym graczem może być źródłem frustracji terapeuty. Nie traktuje on bowiem kontaktu z terapeutą jako atrakcyjnego. Podobnie jest zresztą





relacjach w z innymi ludźmi, którzy dzielą się na tych, od których można lub nie można pożyczyć pieniędzy. Pacjent bardziej emocjonalnie związany jest z maszyną, lokalami zakładów bukmacherskich. Na fotelu naprzeciwko niego może na początku siedzieć każdy. Terapeuta nie powinien wkładać nadmiernej energii w relację, ale koncentrować się na strukturze: kontrakcie i zadaniach. Ułatwić to może radzenie sobie z zachowaniami typu drop out, które w przypadku tych pacjentów są znacznie częstsze.

Warsztat będzie opierał się na aktywizujących metodach pracy, odwołując się do doświadczeń terapeutów, ich sukcesów i trudności. Wartością tego spotkania będzie poszerzenie bazy metod pracy z patologicznymi hazardzistami: indywidualnych i grupowych, a także kształtowanie dystansu do frustrujących w tej pracy sytuacji.





Barbara Wojewódzka

ROZBRAJANIE PSYCHOLOGICZNYCH MECHANIZMÓW UZALEŻNIENIA W PSYCHOTERAPII PATOLOGICZNYCH HAZARDZISTÓW

Rozbrajanie jest określeniem wręcz militarnym i w przypadku uzależnienia wskazuje na realne zagrożenie dla życia gracza. Konieczne zatem jest zastosowanie odpowiednich strategii. Utrwalone latami destrukcyjne zmiany stworzyły sztywne schematy funkcjonowania patologicznego hazardzisty. Uruchamiane automatycznie, uniemożliwiały analizę czy przemyślenia, bo to po prostu „działo się samo”. Zniekształcenia poznawcze dotyczące hazardu, trudność w podejmowaniu decyzji, skłonność do ryzykownych działań składają się na psychologiczne mechanizmy uzależnienia. Zdrowienie oznacza, że hazardzista rozpoznaje je u siebie, nie tylko w przeszłości, pracując podczas terapii nad destrukcją spowodowaną graniem, ale przede wszystkim analizując aktualny sposób funkcjonowania (czyli w trakcie abstynencji od hazardu). To dla uzależnionego jest bardzo trudne, bo musi skoncentrować się na „tu i teraz”, a przecież ma on w głowie totalny chaos. Jak to zrobić, żeby nie uciec od przykrych emocji czy kotłujących się myśli? Jak wytrzymać z cierpieniem i wziąć odpowiedzialność za swoje życie? Wymaga to odwagi, czyli wprowadzania zmian na przekór lękom. Terapia oznacza, że nałogowy gracz zмага się bez znieczulenia z poczuciem porażki, wstydem, lękiem, złością czy poczuciem winy. Do tej pory miał swoje sposoby radzenia sobie z konsekwencjami grania, począwszy od zaprzeczania faktom, poprzez ciągłe „logiczne” wyjaśnianie motywów zachowań hazardowych, na agresji i przemocy kończąc.

Praca nad rozbrajaniem mechanizmów uzależnienia z jednej strony jest trudna i boli (szczególnie, kiedy stare schematy przestają być skuteczne, a jeszcze nie ma nowych), a z drugiej strony jest to droga do odzyskania szacunku do samego siebie (np. spłacając samodzielnie długi).

W trakcie terapii zmienia się obraz własnej osoby. Polega to na przechodzeniu od kategorii dobry – zły do realnego widzenia swoich mocnych stron oraz słabości. Integrowanie rozdwojonego, rozproszonego i wydrążonego „ja” jest procesem, który rozpoczyna się od pierwszej wizyty u specjalisty i kończy akceptacją swojego wielowymiarowego człowieczeństwa.

Najważniejszą funkcję w zdrowieniu spełnia kontakt z innymi uzależnionymi (także od substancji psychoaktywnych), członkami rodzin, znajomymi, terapeutami oraz informację zwrotną od nich,

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



które pozwalają zobaczyć siebie jak w lustrze.

Patologiczni hazardziści to zazwyczaj osamotnione osoby. Wieloletni nałóg konsekwentnie i nieubłaganie izoluje ich od świata. Smutne jest to, że czasami tylko poprzez hazard doświadczają bliskości, np. traktując automat do gry jak przyjaciela. Należy także pamiętać, że mechanizmy aktywizują się jednocześnie, czyli silna emocja, np. złość uruchamia nałogowe myślenie, które zamiast prowadzić do rozwiązania problemu, powoduje narastanie napięcia, co nieuchronnie prowadzi do gry. Hazardzista może mieć wtedy poczucie siły, mocy, które motywuje go do udowodnienia wszystkim, że jest kimś wyjątkowym.

W trakcie warsztatu omówione zostaną metody diagnozowania psychologicznych mechanizmów uzależnienia, m.in. jak rozpoznać zniekształcenia poznawcze, mity, stereotypy na temat hazardu – również u terapeutów, a także jak wykorzystać matematykę (rachunek prawdopodobieństwa) do pracy z hazardzistą. Będzie okazja porozmawiać o tym, jak rozpoznać, że spłata długów, dodatkowa praca, zaangażowanie w terapii nie są drogą do zdrowienia, tylko zamaskowanymi nałogowymi schematami.

Poza tym, podczas warsztatu będzie miejsce na podzielenie się własnymi doświadczeniami z pracy z patologicznymi hazardzistami.





Marzanna Wojtczak-Słowikowska



Specjalistka psychoterapii uzależnień, filolog, kulturoznawca. Od 22 lat zajmuje się psychoterapią osób uzależnionych i ich rodzin. Przez 7 lat pracowała w OLO Zabłoty. Od 1997 roku kieruje oddziałem terapii uzależnień w OLO Woskowice Małe. Posiada kilkunastoletnie doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi od hazardu. Dla potrzeb oddziału opracowała autorski program terapii uzależnienia od hazardu zintegrowany z programem leczenia innych uzależnień. W swojej pracy łączy głównie podejście poznawczo-behawioralne i ericksonowskie.

HAZARDZISTA WŚRÓD INNYCH UZALEŻNIONYCH - PSYCHOTERAPIA HAZARDU W STACJONARNYM ODDZIALE TERAPII UZALEŻNIEŃ

Od kilku lat oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych od hazardu staje się coraz bogatsza i bardziej profesjonalna. Pojawiają się programy ambulatoryjne adresowane wyłącznie do pacjentów z rozpoznaniem patologicznego hazardu. W innej sytuacji pozostaje większość stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień. Bardzo trudno w systemie krótkoterminowego, najczęściej 6-tygodniowego programu terapii, stworzyć homogeniczną grupę złożoną z osób o jednorodnym typie uzależnienia. Tymczasem w naszej rzeczywistości coraz bardziej widoczne i obecne stają się uzależnienia behawioralne oraz uzależnienia chemiczne o charakterze mieszanym. Częstsze jest też przechodzenie z jednego typu nałogowych zachowań w uzależnienia o innej proveniencji. Wszystko to sprawia, że ośrodki stacjonarne muszą poradzić sobie z wielokierunkowością oddziaływań, uwrażliwić się i otworzyć na specyfikę poszczególnych uzależnień - jednocześnie znaleźć wspólny mianownik, wspólną podstawę, na której ta wielowątkowość będzie miała szansę się oprzeć. Tym rdzeniem może być tak skonstruowany program terapeutyczny aby pewne jego stałe elementy miały identyczną formę dla wszystkich pacjentów, treść natomiast uwzględniała specyfikę indywidualnego uzależnienia.

W ramach warsztatu chcę podzielić się swoimi doświadczeniami konstruowania programu dla osób uzależnionych od hazardu w kontekście terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu i uzależnień mieszanych. Przedstawię dynamikę rozwoju, proces ewolucji programu bazującego na łączeniu różnych grup uzależnionych, ograniczenia i trudności z tym związane, ale również cały szereg możliwości dających szansę wzbogacenia oferty terapeutycznej.

Jednym z narzędzi, jakie chcę zaprezentować, jest zmodyfikowany przeze mnie „Przewodnik samopoznania” przeznaczony dla osób uzależnionych od hazardu. Stanowi on pewien użyteczny model struktury, stwarzający możliwości kolejnych modyfikacji w zależności od indywidualnych strategii terapeutycznych.

Przy użyciu przewodnika, poprzez analizę konkretnych tekstów pacjentów z rozpoznaniem różnego typu uzależnień, uczestnicy warsztatu będą mieli możliwość ćwiczenia praktycznych umiejętności konstruowania interwencji

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



terapeutycznych uwzględniających dynamikę mieszanej grupy. Zastanowimy się wspólnie nad granicami wyodrębniania i łączenia, podkreślania odmienności z jednoczesnym budowaniem meta-poziomu oddziaływań. Dodatkową zmienną, na którą chcę zwrócić uwagę przy budowaniu programu, jest fakt różnorodności form w ramach rozpoznania samego patologicznego hazardu. Inna jest specyfika uzależnionych zachowań u osób grających na automatach czy w kasynie, zupełnie inna u tych, którzy grają wyłącznie w multilotka, jeszcze inna u graczy uzależnionych od zakładów bukmacherskich czy tych, którzy preferują grę wyłącznie przez internet. Konstruowanie podstaw programowych powinno również uwzględniać tę wielowymiarowość.

W oddziale stacjonarnym pytanie dotyczące pacjentów uzależnionych od hazardu, alkoholu, narkotyków czy leków nie brzmi w większości przypadków „razem czy osobno?” Obiektywne ograniczenia kierują raczej w stronę „razem z jednoczesnym uwzględnieniem miejsca na osobno”. Celem warsztatu jest więc poszukiwanie wspólnych obszarów dla różnych uzależnień, przy jednoczesnym efektywnym wykorzystywaniu ich odmienności w ramach tej samej struktury terapii.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Małgorzata Zanki

CZY HAZARD JEST CHOROBA ULECZALNĄ? CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA POZYTYWNE WYNIKI TERAPII

Efektywność terapii zależy w dużym stopniu od postawy terapeuty, od jego umiejętności stworzenia bazy współpracy z pacjentem. Hazardzista przychodzi do nas ze swoją indywidualną historią życiową i on jest ekspertem swojego życia. Terapeuta jest przewodnikiem, który zna bezpieczne drogi do celu, ale cel „terapeutycznej wędrówki” określa pacjent, a nie terapeuta. Drogi do celu muszą być wybrane indywidualnie, przy uwzględnieniu zasobów pacjenta. Ciężka lub prawie niemożliwa jest droga terapeuty z wiedzą eksperta, ale z brakiem autentycznej akceptacji i empatycznego nastawienia do pacjenta - w nawiązaniu dobrze funkcjonującej, pełnej zaufania i poczucia bezpieczeństwa relacji, która wspomaga motywację pacjenta do realizacji zmian w jego życiu.

Hazard patologiczny jest uważany za heterogeniczne zaburzenie psychiczne, spowodowane wieloma czynnikami biologicznymi i psychosocjalnymi, które muszą być brane pod uwagę w terapii. Jako orientacyjną pomoc dla wybrania kierunku leczenia, a także oszacowania skuteczności terapii przedstawiony będzie model integracyjny Błaszczyńskiego i Nover (2002), który uwzględnia w etiologii patologicznego hazardu uwarunkowania psychologiczne i biologiczne dysfunkcje organizmu.

Zindywidualizowana terapia – na miarę

Dla ustalenia indywidualnego programu leczenia szczególnie ważna jest dokładna diagnostyka, która obejmuje ogólny stan psychiczny pacjenta (patologiczny hazard i współistniejące zaburzenia psychiczne). Tylko zintegrowana forma leczenia, dostosowana do indywidualnych potrzeb i zasobów pacjenta, może sprostać temu wieloczynnikowemu zaburzeniu, jakim jest hazard patologiczny i prowadzić do trwałego ustabilizowania się efektów terapii.

Motywacja do zmiany

Ambiwalentny stosunek do zmiany zachowania jest charakterystycznym zjawiskiem w terapii, a obchodzenie się z nią





ułatwia wywiad motywujący. Pacjent rozpoczyna wprawdzie leczenie ze względu na negatywne konsekwencje, ale hazard jest związany również z pozytywnymi doświadczeniami, z których musi on zrezygnować w terapii. Pomocną w terapii metaforą tego etapu terapii jest przedstawienie ambiwalencji w postaci „wagi decyzyjnej”, na której z jednej strony mieszczą się koszty status quo i zalety zmiany, a z drugiej strony zalety status quo i koszty zmiany. Świadomie przeżyta ambiwalencja może zainicjować proces zmiany. Ważnym elementem terapii jest również krótka prezentacja psychobiologicznego modelu uzależnienia, która ułatwia pacjentowi zrozumienie przyczyn choroby, a także wyjaśnia mechanizmy, które wpływają na ryzyko nawrotu.

W warsztacie przedstawię zasady rozmowy motywującej według modelu Millera i Rollnicka oraz wybór interwencji behawioralno-poznawczych, które można dostosować do indywidualnych potrzeb pacjentów i do treści sesji. Wywiad motywujący nie jest techniką terapeutyczną, tylko formą komunikacji sprawiającą, że zmiany zachowania pacjenta stają się bardziej prawdopodobne. Empatia, akceptacja i kongruencja są niezbędne w rozmowie terapeutycznej i indywidualnej formie leczenia, przy wykorzystaniu doświadczeń życiowych i zasobów pacjenta.

Do leczenia symptomów hazardu przedstawiony będzie model terapii behawioralno-poznawczej dla hazardzistów Nancy Petry (2005). Istotą tego modelu jest wzmocnienie pozytywnych rodzajów zachowań alternatywnych do gry (nongambling reinforcement). Z pomocą terapeuty pacjent szuka alternatyw i indywidualnych możliwości wynagradzania samego siebie za dni wolne od gry. Nie "rezygnacja z gry", ale realizacja konkretnych pozytywnych alternatyw powinna stać w centrum terapii. To oddziaływanie ma za zadanie sukcesywnie wypieranie gry hazardowej z aktualnego życia pacjenta. Ważne jest, by nowe aktywności dostarczały klientowi podobnych wzmocnień co hazard oraz angażowały go na tyle, by nie musiał wracać do niego myślami, a gra, żeby traciła jej dominującą rolę w życiu.

Istotną częścią terapii poznawczo-behawioralnej jest zwrócenie uwagi na zaburzoną percepcję i nieprawidłową pracę procesów poznawczych u patologicznych hazardzistów. Celem jest pomóc pacjentowi w refleksji nad błędnym spostrzeganiem



Organizator Konferencji



Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

sytuacji związanych z graniem, np. korygowanie błędnych myśli, nieprawdziwych przekonań dotyczących gry, takich jak wiara w sprzyjający los czy szczęśliwe rytuały i w rezultacie do zdobycia kompetencji we właściwej ocenie własnego wpływu na przebieg gry. W tym celu przedstawiona będzie również możliwość stosowania modelu ABC Alberta Ellisa.

*Współorganizator
Konferencji*

*Urząd Miasta
Krakowa*

Patronat honorowy



*Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa*

Patronat honorowy



*Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa*

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Agnieszka
Duda-Kubik

PSYCHODRAMATYCZNY TRENING ROLI TERAPEUTY GRUPOWEGO – DYNAMIKA GRUPY TERAPEUTYCZNEJ DLA HAZARDZISTÓW

Każda grupa terapeutyczna ma swój potencjał, a zadaniem terapeuty grupowego jest go wydobyć i pobudzać grupę do ciągłego rozwoju. Terapeuta grupy powinien przede wszystkim dobrze diagnozować poszczególne poziomy funkcjonowania grupy, by trafnie stosować swoje interwencje. Do jego zadań należy monitorowanie kilku toczących się równocześnie procesów: indywidualnego (doświadczeń pojedynczego uczestnika), grupowego (faz procesu grupowego) i treściowego (tematów pojawiających się w grupie). Następnie ważny jest dobór odpowiednich interwencji, umożliwiających osiągnięcie celów terapeutycznych. Proces społecznego uczenia się jest traktowany jako jeden z najważniejszych czynników leczących grupy (Wiergiles, Janke- Klimaszewska, Tomczak, 2011) - jest on różnie określany przez poszczególnych autorów. Grupę można opisać za pomocą 3 wymiarów służących do prognozy efektów terapii: spójność i wgląd, wrogość i lęk (Wiergiles, Janke- Klimaszewska, Tomczak, 2011). Wg Yalom (2007) spójność w psychoterapii grupowej, podobnie jak relacja w psychoterapii indywidualnej, jest podstawowym czynnikiem leczącym.

W literaturze można znaleźć różne propozycje faz rozwoju grupy - wspólny jest pogląd, że istnieje paralela między rozwojem dziecka i rozwojem grupy jako całości (Pawlik, 2008). Na początku grupa podobnie jak jednostka ma za zadanie poradzić sobie z integracją i zależnością (podobnie jak w fazie oralnej rozwoju), następnie rozwiązać konflikt dotyczący autorytetu, władzy i kontroli (charakterystyczny dla fazy analnej). Kolejnym etapem rozwoju grupy jest poradzenie sobie z tematem bliskości i miłości (jak w fazie edypalnej) i ostatecznie rozwiązanie problemów separacyjno- indywidualnych.

Grupa terapeutyczna dla hazardzistów w obecnej formie została utworzona w listopadzie 2010 r. Jej celem jest utrwalenie zmiany związanej z zaprzestaniem grania, czyli wgląd we własne





mechanizmy choroby oraz rozwijanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie. Spotkania grupy odbywają się raz w tygodniu, trwają 120 minut z 15 minutową przerwą. Struktura grupy jest stała: runda, wyłonienie tematu grupowego lub indywidualnego do pracy na obecnej sesji, przedstawienie zadania przygotowanego przez pacjenta i omówienie go, runda końcowa. Grupa prowadzona jest przez dwóch terapeutów (kobietę i mężczyznę). Grupa ma charakter półotwarty, pacjent uczestniczy w niej rok. W grupie obowiązuje kontrakt terapeutyczny (m.in. zasada abstynencji od środków psychoaktywnych, limit 6 nieobecności).

Do grupy kwalifikowani są pacjenci, którzy utrzymują abstynencję od grania hazardowego od co najmniej 4 miesięcy i wprowadzili wstępne, aczkolwiek istotne zmiany w swoim życiu sprzyjające trzeźwieniu oraz są zmotywowani do pogłębienia pracy nad swoim uzależnieniem po skorzystaniu z etapu edukacyjno-treningowego programu leczenia. Zgodnie z transteoretycznym modelem (Prochaska, Norcross, Diclemente, 2008; Prochaska, Norcross, 2006) są na etapie działania procesu zmiany. Ważna jest wówczas identyfikacja pewnych błędnych założeń związanych ze zlekceważeniem przygotowania się do zmiany, przekonaniem, że zmiana nie wymaga większego wysiłku, że wystarczy znaleźć jedną cudowną metodę lub powtarzać ciągle te same sposoby. Ten etap zmiany wymaga: 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. Procesy zmiany dotyczą doświadczenia indywidualnego, można na nie spojrzeć przez pryzmat potrzeb i oczekiwań nieświadomie kierowanych do grupy. Zatem ważna jest harmonia między nimi a czynnikami terapeutycznymi oferowanymi przez grupę terapeutyczną.

W grupie terapeutycznej dla hazardzystów działają różne mechanizmy terapeutyczne (Yalom, Vinogradov, 2007). Wzbudzenie nadziei jest szczególnie dostępne, kiedy nowi pacjenci trafiają do grupy i konfrontują się z pacjentami już podsumowującymi roczną pracę terapeutyczną w temacie ilości i jakości wprowadzonych zmian. Homogeniczność grupy powoduje przeżycie pewnej uniwersalności swoich doświadczeń -





pacjenci bardzo często odnoszą się do podobieństw między sobą. Jednym z ważniejszych mechanizmów grupowych jest przekazywanie informacji w formie informacji zwrotnych do omawianych tematów osobistych czy prac własnych. Pacjenci dają sobie nawzajem wsparcie i zrozumienie w znoszeniu aktualnych konsekwencji grania (np. długów, dystansu rodziny), zwrotnie oddziałuje na nich ważny czynnik altruizmu podnoszący własną samoocenę. Doświadczenie grupowe jest poligonem rozwijania umiejętności społecznych: słuchania innych, wyrażania siebie, sięgania po pomoc i udzielania jej, empatyzowania z innymi. Pacjenci biorą wzór z siebie nawzajem, terapeuta jest często w roli modelującego w trakcie udzielania informacji zwrotnych. Katharsis ma miejsce dzięki przedstawianiu pracy na tle grupy i akceptacji, jaką otrzymuje pacjent w trakcie jej omówienia. Dzięki uwadze terapeutów skierowanej na proces grupowy czy pełnione role w grupie przez pacjentów możliwe jest również korektywne odtworzenie rodziny pierwotnej. Praca w grupie ułatwia również podjęcie tematów egzystencjalnych, związanych m.in. z własną odpowiedzialnością, granicami pomocy i wsparcia innych. W okresach stabilności grupy wyraźnie ujawnia się spójność – pacjenci nabierają do siebie zaufania, wnoszą ważne dla siebie tematy, reagują na siebie spontanicznie. Praca terapeutyczna związana z realizacją kontraktu grupowego również w znacznym stopniu wzmacnia spójność grupy.

Na psychodramatyczny trening roli składa się odgrywanie konkretnych scen z życia grupy terapeutycznej dla hazardzistów wraz ze szczegółową analizą procesu indywidualnego, grupowego oraz zastosowanych i możliwych interwencji terapeutycznej grupowego.

Literatura:

1. Pawlik J.: Psychoterapia analityczna. Eneteia, Warszawa 2008.
2. Prochaska J.O, Norcross J.C.: Systemy psychoterapeutyczne. IPZ, Warszawa 2006.
3. Prochaska J.O, Norcross J.C, Diclemente C.C.: Zmiana na dobre. Instytut Amity, Warszawa 2008.
4. Wiergiles J., Janke-Klimaszewska B., Tomczak K.:

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKÓW.PL

Organizator Konferencji



Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

Adaptacja polskiej wersji Kwestionariusza Doświadczenia Grupowego J.Eckerta i B.Straussa do badania procesów zachodzących w grupie terapeutycznej. Psychoterapia nr 3, 2011.

5. Yalom I.D., Vinogradov S.: Psychoterapia grupowa. IPZ, Warszawa 2007.

*Współorganizator
Konferencji*

*Urząd Miasta
Krakowa*

Patronat honorowy



*Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa*

Patronat honorowy



*Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa*

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Ilona
Füchtenschneider -
Petry

INFOLINIA DLA UZALEŻNIONYCH OD HAZARDU W NADRENI PÓŁNOCNEJ WESTFALII (NRW): ANALIZY DOTYCZĄCE PROFILU ROZMÓWCY

Tylko ułamek wszystkich patologicznych graczy korzystało kiedykolwiek z profesjonalnej pomocy (w tym samopomocy). W celu zwiększenia tego wskaźnika, infolinia zapewnia ważne uzupełnienie tradycyjnych form pomocy w poradni leczenia uzależnień czy w ośrodku stacjonarnym.

W ostatnich latach powstały w Niemczech telefony alarmowe dla osób uzależnionych od hazardu i ich rodzin. W Nadrenii Północnej-Westfalii uruchomiono w 2004 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia kraju związkowego Nadrenii Północnej-Westfalii linię informacyjną dotyczącą uzależnienia od hazardu. Infolinia jest czynna w dni powszednie między 10-18. Obsługują ją doradcy i terapeuci, którzy są zatrudnieni na pełny etat w wyspecjalizowanych poradniach i klinikach. Poza tymi godzinami uruchomiona jest automatyczna sekretarka, wskazująca na godziny pracy poradni. Pracownicy spotkają się dwa razy w roku, aby uczestniczyć w sesjach superwizji i biorą udział w fachowych szkoleniach.

Od czasu istnienia infolinii liczba połączeń stopniowo rośnie: z 519 w 2004 r. do 2,822 w 2011 r. Przyczyny wzrostu ilości połączeń są wielorakie i można je wytłumaczyć min. nadrukiem numerów telefonu na kuponach loteryjnych firmy Lotto, zamieszczaniem banerów reklamowych w internecie, wprowadzeniem bezpłatnego numeru telefonu i wzrostem popularności infolinii. W pierwszym roku po nadruku numerów telefonu na kuponach loteryjnych Lotto do infolinii dzwoniło ponad 70 procent ludzi, którzy mieli pytania dotyczące loterii. Odsetek ten spadł w 2011 r. do prawie 30 procent. Połączenia te nie są zarejestrowane jako telefony "wichrzycieli", ale jako normalne rozmowy z klientami. Dzwoniący są informowani o sensie i celu infolinii, zanim są przekierowani do dalszych pytań dotyczących infolinii loterii firmy Lotto. Nierzadko prowadzi to również do prawdziwych konsultacji: "ja osobiście nie mam problemu, ale mój syn często chodzi do sali gier hazardowych", "tak źle to jeszcze nie było".





Grupy osób korzystających z Infolinii:

- ludzie mający problem z hazardem;
- krewni (rodzice, dzieci, rodzeństwo, partnerzy);
- inni (koleżanki i koledzy, lekarze, pracodawcy, studenci, przedstawiciele prasy itp.);
- wydawcy;
- telefony dla żartu, telefony o zabarwieniu seksualnym;
- zapytania dotyczące gry w Lotto.

Dla 75,5 procent osób dzwoniących, dotkniętych problemem hazardu - infolinia była w 2011 r. pierwszym kontaktem z systemem opieki nad uzależnionymi. Dla rodzin wskaźnik ten wynosił 78,6 procent, czyli był jeszcze wyższy. Dzwoniący, którzy mieli już wcześniej kontakt z systemem wsparcia, najczęściej korzystali z poradnictwa (hazardziści 16 procent, krewni 13,4 procent), a następnie z grup samopomocy (hazardziści 4,2 procent, krewni 3,7 procent) i specjalistycznej opieki szpitalnej (hazardziści 3 8 procent, krewni 1,5 procent). Część rozmówców pytała o adres do poradni, chciała wiedzieć czy można zablokować swój dostęp w salonach gier lub czy mogą być wykonane obciążenia zwrotne w kasynach online. Niektóre z tych osób znajdowały się w sytuacji kryzysowej, miały myśli samobójcze.

W zależności od sytuacji rozmowy trwały od jednej minuty do ponad jednej godziny. Średnia wynosiła 15 minut. Najczęściej 78,8 procent graczy wskazało na automaty - jako na najbardziej problematyczną grę hazardową. Jest to znaczący wzrost w stosunku do 2009 r. (2009: 68,5 procent). Kolejna problematyczna gra to: gry w kasynie (w dużej grze 5,9 procent) i hazard internetowy (2,8 procent). Przede wszystkim znacząco spadł procent graczy, którzy mają problemy z "wielką grą" (ruletka, Black Jack). W 2005 r. wynosił on jeszcze około 15,9 procent. Ma to związek z wejściem w życie w 2008 r. ustawy dotyczącej hazardu, przewidującej ostrzejsze sposoby kontroli dostępu w kasynach.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Dr phil Jörg Petry

UZALEŻNIENIE OD HAZARDU: ETIOLOGIA I LECZENIE

Psychologia gry

Termin "gra" odnosi się do kompleksowego kontekstu znaczenia przeżywania wzrostu poczucia własnej wartości poprzez opanowanie wymogu działań oddzielonych od działań codziennych. Grze przypada przy tym funkcja umożliwiająca doświadczenia emocjonalne, które w prawdziwym życiu nie są możliwe z powodu istniejących ograniczeń, podobnie silne jak uzależnienie dziecka od rodziców. W realnym życiu można zrównoważyć doświadczone frustracje, a jednocześnie powstają motywacyjne bodźce rozwoju dla nowych doświadczeń (Oerter, 1993).

Psychologia hazardu

Termin "szczęście" z kolei obejmuje specyficzny zestaw warunków hazardu poprzez włączenie w to aspektu materialnego. W istocie gry hazardowe należy rozumieć jak zakłady, ponieważ zawsze chodzi o wystąpienie (w większości) zdarzenia losowego. Wykorzystanie pieniędzy początkowo prowadzi do dodatkowego wzrostu pobudzenia, obejmuje jednak również związane z tym ryzyko poniesienia straty. Niniejszym dokonuje się zasadnicza zmiana w strukturze działania poprzez fakt, że gra prowadzi do bezpośredniej zmiany nastroju, powoduje poważne działania, mające bezpośrednie i długoterminowe, negatywne konsekwencje dla hazardzisty (Oerter, 1998).

Psychiczna podatność (Vulnerabilität)

Możliwy problem z hazardem w sensie psychologicznego modelu podatności Vulnerabilitätsmodells (Petry, 2003) może być opisany przez oddziaływanie określonej specyficznej struktury potrzeb „podatnych hazardzistów” z pasującym do tego charakterem wymagania specjalnej oferty hazardowej. W centrum wewnętrznej struktury potrzeb tkwi ciężkie zaburzenie samooceny. Z tym związana jest indywidualistyczno-konkurencyjna formacja relacji i zaburzenie w regulacji emocji, tłumione są uczucia zagrażające poczuciu własnej wartości: smutku i gniewu i zamiast tego są odreagowywane w naładowanych akcją działaniach zastępczych.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Metody leczenia

Część diagnostyczna odnosi się do ujęcia uzależnienia od hazardu za pomocą procedur przesiewowych. Przedstawione są zorientowane symptomatycznie metody motywacji zmian rozwoju funkcjonalności zachowań hazardowych, modyfikacji zniekształconych mechanizmów przetwarzania informacji oraz zapobieganie ich nawrotom. Ponadto opisane jest terapeutyczne podejście do problemu tła uzależnienia od hazardu, zwłaszcza zaburzonej regulacji emocji i tworzenia relacji, jak również zaburzeń poczucia własnej wartości.

Tematem są strategie i metody terapeutycznego zarządzania pieniędzmi i długami (Füchtenschnieder-Petry i Petry, 2010).

Literatura:

1. Füchtenschnieder-Petry I. & Petry J.: Game Over: Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen. Freiburg: Lambertus. (Przewodnik dla osób uzależnionych od hazardu i ich rodzin.), 2010.
2. Oerter R.: Psychologie die Spiels; Ein handlungstheoretischer Ansatz. München: Quintessenz. (Psychologia gry, teoria podejścia, działania.), 1993.
3. Oerter R.: Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungstheoretischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In Füchtenschnieder I. & Witt H. (Hrsg.), Adoleszenz und Glücksspiel (S. 11-20). Geesthacht: Neuland. (Dziecinna gra z punktu widzenia psychologii rozwoju i teorii działania – czy są powiązania do uzależnienia od hazardu? (...)) Dorastanie i hazard), 1998.
4. Petry J.: Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. (Uzależnienie od hazardu: etiologia, diagnoza i leczenie), 2003.





Leszek Sagdyn



Psycholog kliniczny, superwizor psychoterapii i treningu grupowego PTP, oraz psychoterapii uzależnień. Pracuje obecnie w ośrodku psychoterapii (TOPIRO) Twój Ośrodek Psychoterapii i Rozwoju oraz zajmuje się superwizją i szkoleniami w psychoterapii. Psychoterapeutycznie pracuję w nurcie humanistycznym-integratywnym.

SPECYFIKA RELACJI TERAPEUTYCZNEJ I PROCESU GRUPOWEGO U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD HAZARDU

Problem patologicznego hazardu jest coraz bardziej obecny w Polsce. Początkowo osoby uzależnione miały bardzo małą dostępność do profesjonalnej pomocy ze względu na brak wyspecjalizowanych placówek leczniczych, a także słabe doświadczenia i umiejętności lekarzy i terapeutów. Praktycznie leczenie hazardu patologicznego, traktowanego jako zaburzenie z kręgu „zaburzeń nawyków i popędów” polegało na redukcji objawów w sytuacji nawarstwienia problemów i występowania zaburzeń „z pierwszej osi” /DSM-4/ (objawów depresyjnych, lękowych czy dekompensacji związanej z podejmowaniem prób samobójczych lub innych zachowań agresywnych lub autoagresywnych). Wraz z pojawianiem się coraz większej ilości osób poszukujących pomocy i uzależnionych od różnego rodzaju zachowań hazardowych pojawiła się konieczność specyficznej terapii i psychoterapii patologicznych hazardzistów. Na początku, i w dużej mierze nadal, terapią osób uzależnionych od hazardu zajmowały się placówki leczenia uzależnień (zwłaszcza uzależnienia od alkoholu), stosując te same metody i procedury, które zostały wypracowane do leczenia uzależnień substancjonalnych. Uzależnieni od hazardu byli leczeni w ośrodkach i poradniach terapii uzależnień metodami stosowanymi w terapii zaburzeń substancjonalnych, dopiero niepowodzenia w terapii (wypadanie, brak współpracy w grupach, poczucie niezrozumienia, „odstawania” od innych uzależnionych, poczucie niezrozumienia w relacji terapeutycznej, a co za tym idzie płytką relacją terapeutyczną albo jej brak) spowodowały, że część ośrodków czy terapeutów zaczęło poszukiwać nowych doświadczeń i starało się odnaleźć specyficzne oddziaływania skuteczne w psychoterapii patologicznych hazardzistów.

W trakcie mojej pracy w OTU Stare Juchy praktycznie od 2006 r. obserwowaliśmy stały wzrost zgłoszeń do terapii osób uzależnionych od hazardu. Były to osoby zarówno wyłącznie z problemem hazardu patologicznego, jak również osoby uzależnione od hazardu oraz różnych substancji psychoaktywnych (najczęściej alkoholu). W początkowym okresie

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



mieliśmy w Ośrodku problemy z przyjmowaniem i rozliczaniem osób uzależnionych od hazardu, dopiero wraz z coraz większym zapotrzebowaniem na leczenie tej grupy osób, NFZ zaczął płacić za leczenie w ramach kontraktu zawartego z ośrodkiem.

W trakcie warsztatu chciałbym wraz z uczestnikami (zakładam, że będą to praktycy pracujący z osobami uzależnionymi od hazardu) spróbować określić, opisać i wyodrębnić specyficzne metody pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od hazardu zarówno jeśli chodzi o relację terapeutyczną, jak i cechy procesu grupowego w różnego rodzaju grupach terapeutycznych, w których uczestniczą.

Program warsztatu:

1. Przedstawienie się uczestników określenie oczekiwań, przedstawienie programu warsztatu.
2. Kto to jest patologiczny hazardzista? – operacyjne zdefiniowanie pacjenta w perspektywie objawowej, problemowej, jak również w kontekście społecznym i rodzinnym.

Diagnoza różnicowa hazardu patologicznego i problemów związanych z ryzykownym graniem hazardowym.

3. Hazardziści „poszukujący akcji” i „uciekający od problemów” – dwa typy pacjentów uzależnionych od hazardu – czy mogą być leczeni w podobny sposób? Czy mogą być w jednej grupie? Czy może powinni mieć osobne programy czy choćby część zajęć?

Jak funkcjonują w jednej grupie, czy ich uzależnienie ma inny charakter, podłoże? Czy powinni być inaczej leczeni?
- seminarium dyskusyjne, wymiana doświadczeń, próba uogólnień i określenia modelu pracy.

4. Czy istnieje „osobowościowe” podłoże skłonności hazardowych – przejawy, wskaźniki, doświadczenia. Z moich doświadczeń z pracy w OTU Stare Juchy wynika, że u wielu pacjentów z rozpoznaniem hazardu patologicznego dało się również zdiagnozować (często dopiero w trakcie trwania terapii) cechy lub pełnoobjawowe zaburzenia osobowości narcystycznej lub mieszane zaburzenia osobowości. Najczęściej były to cechy osobowości chwiejnej emocjonalnie, narcystycznej i obsesyjno-kompulsywnej.

W trakcie zajęć warsztatowych przypomnę kryteria diagnostyczne wymienionych jednostek, przedstawię konkretne przykłady terapii pacjentów uzależnionych od hazardu i posiadających wskaźniki wymienionych





zaburzeń osobowości w kontekście rozwoju relacji terapeutycznej i funkcjonowania tych pacjentów w różnego rodzaju grupach.

5. Określenie pojęć relacja terapeutyczna, proces grupowy w kontekście pracy z osobami uzależnionymi od hazardu. Z moich doświadczeń wynika, że optymalna – (efektywna) terapia patologicznych hazardzistów powinna być kompleksowa, zindywidualizowana, zawierać elementy zarówno pracy indywidualnej jak i grupowej. Terapia powinna być monitorowana przez prowadzącego terapeutę w oparciu o trwałą i istotną relację terapeutyczną, która jest warunkiem utrzymania się pacjenta w terapii oraz osiągania postępów w realizacji celów leczniczych.

Relacja terapeutyczna

Relacja terapeutyczna to specyficzna więź oparta na emocjonalnym zaangażowaniu między pacjentem a terapeutą. Jest to relacja „skośna”, gdzie z założenia terapeuta powinien być bardziej spójny („zdrowszy”) od pacjenta (nie tylko w „sprawie hazardu”), obie strony relacji winny być w nią zaangażowane, terapeuta musi okazywać pacjentowi trafną empatię, być otwarty i autentyczny (warunek Rogersa, nie akceptowany przez inne szkoły terapeutyczne, np. analityczne – gdzie terapeuta ma być empatyczny, ale neutralny!).

Relacja terapeutyczna jest zazwyczaj rozumiana jako niezbędny warunek korzystnej zmiany pacjenta, sama relacja w trakcie przebiegu terapii zmienia się (nie koniecznie liniowo i na korzyść) – w przypadku hazardzistów bardzo często jest narażona na „zawierania” w zakresie treści głębokości zaufania, sprawdzania.

Proces grupowy

Proces grupowy jest odpowiednikiem relacji terapeutycznej w psychoterapii grupowej. Proces grupowy warunkuje rozwój zjawisk grupowych (spójność, komunikacja, ujawnianie i przejmowanie ról, budowanie poczucia bezpieczeństwa, tworzenie wartości i norm grupowych) umożliwiających rozwój i zmianę w grupie (na tle grupy), a co za tym idzie jest podstawą psychoterapii grupowej.

Czy i jaka jest specyfika procesu grupowego w grupach patologicznych hazardzistów i w grupach mieszanych (uzależnieni od hazardu i od innych substancji psychoaktywnych)? – omówione zostaną najbardziej





typowe grupy w większości ośrodków pomagających uzależnionym hazardzistom.

6. W następnej fazie zajęć warsztatowych spróbujemy wyodrębnić specyfikę relacji terapeutycznej i elementów procesu grupowego dla pacjentów z rozpoznaniem hazardu patologicznego, określić cechy relacji terapeutycznej, zadania terapeuty w zakresie utrzymania pacjenta w relacji oraz stymulowania konstruktywnych zmian.

W procesie grupowym spróbujemy określić szczególnie ważne zjawiska dla budowania warunków sprzyjających terapii hazardzistów, jak prowadzić grupę homogeniczną hazardzistów, na jakie elementy procesu grupowego szczególnie zwracać uwagę aby przeciwdziałać „wypadaniu” pacjentów z terapii i osiągać cele terapeutyczne (zaprzestanie zachowań hazardowych, ograniczenie szkód).

7. Podsumowanie i ewaluacja warsztatu .





Serafin Olczak



Psycholog, psychoterapeuta, specjalista psychoterapii uzależnień. Na co dzień pracuje w Ośrodku Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików – Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień oraz prowadzi własny gabinet psychoterapeutyczny.

PRZYMUS PRZYJEMNOŚCI, CZYLI RZECZ O UZALEŻNIENIACH NIECHEMICZNYCH

Ostatnio wiele się mówi o nowych uzależnieniach. Media szybko podchwytują nowe trendy, szukają sensacji w nowych zjawiskach, np. "hipichondrii internetowej". Często mówi się ostatnio o uzależnieniu od Internetu. Wielu podchodzi do tego zjawiska z przymrużeniem oka, uznając to za przesadę. Jeszcze inni uruchamiają przeciwko Internetowi krucjatę. Podobnie z uzależnieniem od seksu. Z jednej strony zjawisko to wywołuje kpiące uśmiechy. Odwołuje się to do stereotypowego widzenia seksualności i postrzegania uzależnienia jako wysokiego i niezaspokojonego libido. Z drugiej strony jako alternatywę proponuje się życie w "czystości" jako panaceum na problem. Jaka jest prawda? Czy rzeczywiście potoczna obserwacja, że uzależnić się można od wszystkiego, każe bagatelizować nowo powstające zjawiska? Czy też należy pochylić się nad nimi z ciekawością i zainteresowaniem?

Budzi się przy tej okazji stary problem czy istnieje "osobowość nałogowa".

Próba odpowiedzi na to może być wyszczególnienie w ślad za Leszkiem Kaplerem wspólnych cech uzależnień. Należą do nich:

- destrukcyjność;
- opór przed zmianą;
- trwały, niepodlegający zmianom schemat postępowania;
- emocjonalne korzyści;
- system przekonań podtrzymujący i utrwalający nałogowe zachowania;
- niepowodzenia przy próbach samodzielnej zmiany;
- wzrost tolerancji.

Jak to się odnosi do uzależnień niechemicznych? W zasadzie część z nich, jak uzależnienie od komputera i Internetu, mieści się w grupie F 63 klasyfikacji ICD-10. Inna część odnosi się z kolei do grupy zaburzeń seksualnych, zwłaszcza jeżeli chodzi o zachowania dewiacyjne czy parafilie związane z uzależnieniem od seksu.

Jeżeli chodzi o grupę uzależnienia od Internetu to jeszcze nie ma





odrębnej kategorii diagnostycznej, chociaż w nowej wersji DSM ma już być wyszczególniona odrębna kategoria diagnostyczna dla tego typu problemów.

Obecnie można wymienić następujące objawy dla tego zaburzenia:

- "głód Internetu";
- dyskomfort, gdy kontakt z Internetem nie jest możliwy;
- trudności z kontrolowaniem czasu korzystania z Internetu;
- koncentracja życia wokół komputera;
- wzrost tolerancji;
- korzystanie z Internetu i komputera mimo wiedzy o szkodliwości tego typu zachowań.

Jak każde uzależnienie i to potrzebuje czasu aby się rozwinąć. Można wymienić trzy fazy rozwoju uzależnienia od Internetu i komputera :

- faza eksperymentowania;
- faza zastępowania;
- faza ucieczki.

Przedmiotem warsztatu będzie próba przedstawienia tych zagadnień od strony praktycznej - analizy przypadku i próby diagnozy nozologicznej i psychoterapeutycznej oraz sformułowanie celów dalszej pracy.

Jeżeli chodzi o kwestię uzależnienia od seksu to należy tu poczynić kilka wstępnych założeń:

- uzależnienie od seksu nie jest wynikiem nadmiernych i niezaspokojonych potrzeb seksualnych- taki pogląd często służy usprawiedliwianiu problemów w tym obszarze;
- seks jest tylko obszarem, w którym manifestują się głębsze, osobowościowe problemy związane, np. z bliskością, kontrolą, władzą, uległością itd.

Oczywiście podręcznik ICD-10 wymienia kilkanaście zaburzeń i dysfunkcji seksualnych, jednakże nie opisuje objawów uzależnienia jako takiego. Do nich należą między innymi :

- utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi i ponoszenie dotkliwych konsekwencji wynikających z tego tytułu;
- niemożność zaprzestania mimo negatywnych konsekwencji;
- poszukiwanie niszczących sytuacji wysokiego ryzyka;
- intensywne fantazjowanie na tematy seksualne jako główny sposób ucieczki od trudności;





- potrzeba zwiększania intensywności doznań seksualnych;
- koncentracja życia na sprawach związanych z fantazjowaniem o seksie, organizowaniu sytuacji seksualnych czy radzeniu sobie z konsekwencjami;
- głębokie zmiany usposobienia w związku z sytuacjami o charakterze seksualnym, naruszającym intymność, godność własną czy innych.

Należałoby wspomnieć za P. Carnsem o 3 cechach charakterystycznych dla uzależnienia od seksu:

- wstyd;
- ukrywanie problemu;
- nadużycia i przedmiotowe traktowanie.

Trzeba wspomnieć na koniec o fazach, w jakich to uzależnienie się rozwija:

- faza inicjacji;
- eskalacja doznań;
- odwrażliwienie;
- wcielanie w życie.

W trakcie warsztatu zostanie przedstawiony opis przypadku osoby uzależnionej od pornografii i seksu. Uczestnicy będą mogli dokonać diagnozy w oparciu o monolog, postawić hipotezy terapeutyczne oraz podjąć próbę ich weryfikacji na prezentowanym materiale.





WYSTĄPIENIA

Beata Lechowicz



Główna Specjalistka ds. Marketingu Spółki Casinos Poland. Od początku swojej kariery zawodowej pracuje w branży hazardowej. Uczestniczy w pracach nad tworzeniem systemu certyfikacji „Responsible Gaming Certificate” w ramach European Casino Association. Odpowiedzialna za wdrażanie koncepcji odpowiedzialnej gry do kasyn Spółki Casinos Poland.

KONCEPCJA ODPOWIEDZIALNEJ GRY W KASYNACH

Odpowiedzialna gra jest szeroką koncepcją obejmującą między innymi edukację graczy, szkolenia personelu, marketing i promocję, regulaminy gier, politykę dotyczącą serwowania alkoholu, ochronę nieletnich, terapię, ochronę przed oszustwami i in.

Co właściwie oznacza wprowadzenie polityki odpowiedzialnej gry dla operatorów kasyn? Czy kasyna przejmują odpowiedzialność za postępowanie graczy? Czy kasyna powinny myśleć za swoich klientów? Czy koncepcja odpowiedzialnej gry to tylko kupowanie sobie czystego sumienia przez operatora kasyn? Jakie warunki są konieczne, żeby polityka odpowiedzialnej gry przynosiła oczekiwane skutki? Czy możliwe jest wprowadzenia polityki odpowiedzialnej gry w Polsce?

Te tematy będę rozważać w wystąpieniu.

*Współorganizator
Konferencji*

*Urząd Miasta
Krakowa*

Patronat honorowy



*Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa*

Patronat honorowy



*Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa*

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL



Paweł Jareniowski



Naczelnik Wydziału Krajowa Grupa Zadaniowa ds. Kontroli Gier i Zakładów Wzajemnych w Izbie Celnej w Szczecinie. Od 19 lat zatrudniony w administracji publicznej, z czego 18 lat w Służbie Celnej. Od 2007 r. kieruje komórkami organizacyjnymi wykonującymi zadania z zakresu kontroli m.in. gier hazardowych, przy czym od marca 2011 r. kieruje Krajową Grupą Zadaniową ds. Kontroli Gier i Zakładów Wzajemnych, komórką wyznaczoną w strukturze Służby Celnej do analizy zagrożeń w obszarze gier hazardowych, w tym stanu zagrożenia przestępczością, koordynacji współdziałania z innymi organami w procesie zwalczania przestępczości hazardowej, opracowywania propozycji działań organów Służby Celnej.

HAZARD W POLSCE A DZIAŁANIA SŁUŻBY CELNEJ

Być może zastanawiają się Państwo nad przyczynami, dla których w programie konferencji dotyczącej problematyki psychoterapii hazardzistów i ich rodzin znalazła się prezentacja, której przedmiotem są zagadnienia związane ze sprawowaną przez Służbę Celną kontrolą oraz zwalczaniem nieprawidłowości w obszarze gier hazardowych?

Powyższe wynika z faktu, iż w przeciwdziałaniu patologiom społecznym, w tym – nałogowemu hazardowi – istotne jest nie tylko niwelowanie skutków patologii, ale przede wszystkim niedopuszczanie do ich rozwoju. Stąd też istotne są warunki, jakie tworzy państwo i administracja rządowa w celu ochrony społeczeństwa przed negatywnymi skutkami hazardu.

W swoim wystąpieniu zaprezentuję pokrótce podstawowe przepisy prawne regulujące w Polsce rynek gier hazardowych, zadania Służby Celnej oraz sposoby przeciwdziałania istniejącym zagrożeniom związanym z nielegalnym hazardem. Ponadto omówię procesy zachodzące w segmencie gier na nielegalnych automatach oraz ich dynamikę, a końcowo zwrócę uwagę na rozwiązania funkcjonujące w innych państwach europejskich w zakresie ochrony uczestników gier i interesu państwa.

Współorganizator
Konferencji

Urząd Miasta
Krakowa

Patronat honorowy



Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

Patronat honorowy



Bogusław Kośmider
Przewodniczący Rady Miasta Krakowa

Partner Konferencji



Patronat medialny



WWW.KRAKOW.PL