

PRÍČINY RECIDÍV LIEČENÝCH PATOLOGICKÝCH HRÁČOV

MUDr. Jozef Benkovič

Odborný liečebný ústav psychiatrický, Predná Hora

Autor sledoval súbor 120 ústavne liečených patologických hráčov v rokoch 1999 až 2001 a katamnesticky vyhodnotil ich recidívy po 6. 12. a 24 mesiacoch od ukončenia liečby. Výsledky porovnal so štúdiou recidív patologických hráčov v USA. Taktiež analyzoval najčastejšie príčiny recidív patologických hráčov v sledovanom súbore. K najčastejším príčinám recidív sledovaného súboru bolo porušovanie finančnej disciplíny abstínujúcich gamblérov, problémy, súvisiace so zmenou životného štýlu abstinenta, alkohol – ako spúšťač, ale aj problém zanedbania doliečovania. V závere autor pripomína dôležitosť takéhoto monitoringu, ako nevyhnutnej spätnej väzby efektivity práce terapeuta.

Úvodom

V roku 2002 ľudia na Slovensku „investovali“ do hracích automatov, kasín, alebo kurzových stávok spolu vyše 24,5 mld Sk, čo je oproti roku 2001 asi o 12 % viac. Na porovnanie je to asi polovica tržieb U.S.Steel Košice z roku 2001. Pričom napr. v r. 1998 Slováci celkovo utratili v hazardných hrách asi 5,7 mld Sk a v roku 1994 „len“ asi 3,5 mld. Sk (3). Je zrejmé, že za 9 rokov na Slovensku stúpili investície Slovákov do hazardných hier sedemkrát.

Iné, (látkové) závislosti, majú s nelátkovým i veľa podobností v diagnostických kritériách, epidemiológii, klinickom smerovaní, ale len relatívne málo štúdií v tejto oblasti prezentuje aj efektívitu samotnej liečby (11). Aj keď bolo vytvorených viacero manuálov pre liečbu patologického hráčstva, nie je zatiaľ k dispozícii výskum ich účinnosti pre túto liečbu (10).

Viaceri autori a výsledky ich štúdií poukazujú na vysoko pozitívne liečebné efekty kognitívno-behaviorálnej terapie (6, 7, 10). Jej presvedčivú efektívitu v liečbe patologického hráčstva potvrdili aj štyri randomizované štúdie (9). Takáto liečba by mala zahŕňať hlavne štyri okruhy riešenia problémov pri liečbe gamblingu: Kognitívnu korekciu mylné percepcie gamblingu, tréning riešenia problémov, tréning sociálnych zručností a prevenciu recidív, pričom psychoterapeutické postupy by mala dopĺňať aj potrebná účinná farmakoterapia (14).

O výsledkoch efektivity liečieb patologického hráčstva, hlavne ich katamnestickým sledovaním podávajú správy niektoré štúdie (5). V niektorých štúdiách (16, 1, 6, 14), v ktorých bol sledovaný len menší počet odliečených patologických hráčov od 4. po 30 pacientov v časovom slede po 6. 9. a 12. mesiacoch po liečbe, sú uvádzané skôr opatrne výsledky efektivity liečby od redukcie gamblingového správania, až po úplnú abstinenciu.

Jedna z najväčších správ efektivity liečby patologických hráčov v USA v štáte Minnesota, bola realizovaná a štátom podporovaná ako dlhodobá a viac, než 3,5 ročná rozsiahla

štúdia, v rokoch 1992 až 1996, autorov Randyho Stinchfielda a Kena Wintersa z r. 1999 (13), kde liečbu v 6. komplexných programoch patologického hráčstva absolvovalo 658 patologických hráčov.

V katamnestickom sledovaní efektivity liečby–abstinenzie takéhoto veľkého súboru po 12. mesiacoch od ukončenia liečby sa uvádza až 43 % úspešných úplných abstinentov od gamblingu.

Cieľ práce a metodika

Cieľom práce je

1. Podať prehľad najčastejších príčin recidív sledovaného súboru 120. ústavne liečených patologických hráčov.
2. Podať prehľad o výsledkoch katamnestického sledovania efektivity liečby sledovaním ich abstinenzie po 6. 12. a 24 mesiacoch, od ukončenia liečby.

Charakteristika súboru

1. Súbor sledovaných patologických hráčov tvorilo 120 patologických hráčov, liečených ústavným spôsobom v OLÚP – Predná Hora od januára 1999 do júna 2001. Celý súbor bol potom katamnesticky sledovaný a hodnotený po 6. mesiacoch, 12. mesiacoch a 24. mesiacoch od ukončenia liečby

Toto sledovanie bolo cestou:

- a) priameho kontaktu počas doliečovania – G kluby, abstínujúcich patologických hráčov, posilňovacie a opakovacie liečby,
 - b) telefonických kontaktov s pacientmi, ale hlavne ich príbuznými,
 - c) **písomného kontaktu** s pacientom, resp. jeho príbuzným, alebo cestou príslušného ambulantného psychiatriu.
2. Napriek týmto možnostiam však isté množstvo odliečených pacientov sa s nami nekontaktovalo žiadnym spôsobom, preto boli títo pacienti v súbore označení ako **neznámi –N**.

3. Všetci pacienti súboru boli diagnostikovaní ako **Dg. F:63**, podľa MKCH– 10.
4. **Priemerný vek súboru** bol 33,3 roka.

Vzdelanie v súbore

• SŠ s maturitou	52%
• Učňov. bez maturity	29%
• Základné	16%
• Vysokoškolské	3%

Zamestnanosť v súbore

• Nezamestnaní	59%
• Zamestnaní	39%
• Iní–dôch., invalidi, študenti	2%

Preferencia hazardu v súbore

• Len hracie automaty (HA)	78%
• HA + iný hazard (stávkovanie, ruleta...)	20%
• Len iný hazard	2%

Priemerná doba hráčskej kariéry

• V celom súbore (120 pac.)	asi 5,5 roka
• Pac. po 1. recidíve	5 ¾ roka
• Pac. po 2.a 3. recid.	asi 8 rokov

Počet absolvovaných liečení

• Prvoliečba	72,5%
• Po 1. recidíve	24,8%
• Po 2. recidíve	0,8%
• Po 3. recidíve	2,5%

Komorbídne poruchy v súbore

• Psychické – (závislosti od alkoholu, farmák, sniffing)	39%
• Somatické – (hlavne hypertenzie, ICHS, žal. vtedy)	19%

Aktuálne finančné dlhy v súbore pacientov, ktorí zrecidivovali sa pohybovali v rozmedzí 1 000 Sk až 1 500 000 Sk. Priemerné dlhy na 1 pacienta, ktorý zrecidivoval, boli asi 49 000 Sk, čo bolo asi o 10 000 Sk viac, ako priemerné aktuálne dlhy v celom sledovanom súbore.

Sledovaný súbór a jeho recidívy po liečbe

Súbór 120 pacientov	Recid. po 6. mes.	Recid. po 12. mes.	Recid. po 24. mes
A= Abstinuje R= Recidíva N= Neznámi	A= 67,5% (81 pac.) R= 15,8% (19 pac.) N= 16,7% (20 pac.)	A= 48,3% (58 pac.) R= 30% (36 pac.) N= 21,7% (26 pac.)	A= 36,7% (44 pac.) R= 40,8% (49 pac.) N= 22,5% (27 pac.)

Analýza súboru 49 patolog.hráčov ktorí po liečbe zrecidivovali

Podľa rodinného stavu	Slobodní 51% (25 pac.)	Rozvedení 30,6% (15 pac.)	Ženatí 16,3% (8 pac.)	Vdovec 2,1% (1 pac.)
Podľa zamestnanosti	Nezamestnaní 69,4% (34 pac.)	Zamestnaní 24,5% (12 pac.)	Študenti 4% (2 pac.)	Dôchodca 2,1% (1 pac.)
Podľa počtu liečieb	Prvoliečba 89,8% (44 pac.)		Pac. po 1. recidíve 10,2% (5 pac.)	

Analýza najčastejších príčin recidív

49 pacientov z celého súboru 120, ktorí zrecidivovali, je možné rozdeliť podľa 5. najčastejších príčin recidív :

1. Príčiny recidív, súvisiace s finančnými prostriedkami

- Nezabezpečenie si voľných financií, alebo porušovanie finančnej disciplíny – kontrola financií, bola problémom u 32 pacientov, t.j. 65,3 %
- Vysoké finančné dlhy a problémy pri ich splácaní (spontánna tendencia k rýchlemu vyrovnaniu si dlhov, spojená s nadmernou pracovnou záťažou, prípadné tlaky veriteľov na splácanie dlhov) boli u 10 pacientov, t.j. 20,4 %.

2. Problémy, súvisiace so zmenou životného štýlu abstinenta

- Neschopnosť (nechuť) opustiť, alebo zmeniť rizikový spôsob života – rizikových ľudí, miesta, zamestnanie, čas, bol problémom u 26 klientov, t.j. 53 %
- problém vo fungovaní v novom život. štýle (problém voľného času a nudy, nevyváženého životného štýlu práca – oddych a pod.), bol u 16 klientov, t.j. 32,7 %.

3. Problém zanedbania doliečovania

Kontroly u psychiatra, psychológa, klubové činnosti, posilňovacie liečby boli zanedbané u 20 pacientov zo súboru, ktorí zrecidivovali, t.j. až u 40,8 %.

4. Alkohol ako spúšťač recidív

Alkohol ako spúšťač recidív bol problémom u 12 pacientov, t.j. u 24,5 %.

5. Negatívne emočné stavy

Hlavné konflikty v rodine, ich hromadenie a neschopnosť ich riešiť, boli u 9 pacientov, t.j. 18,4 %.

Diskusia

Pri analýze efektivity liečby 120 ústavne liečených patologických hráčov, ktorá bola meraná dĺžkou ich abstinencie po 6., 12. a 24. mesiacoch od ukončenia liečby, možno konštatovať porovnateľné výsledky abstinencie súboru našich abstinujúcich patologických hráčov po 12 mesiacoch abstinencie, okolo 48 % abstinujúcich gamblérov u nás a asi 43 % abstinujúcich vo veľkej štúdii v USA (13). Je však ale zrejmý ďalší pokles odliečených abstinujúcich patologických hráčov po 24. mesiacoch od liečby na cca 37 % – nú úspešnosť, čo naznačuje všeobecne známe fakty o najfrekvencovanejšej dobe recidív v prvých 3 rokoch abstinencie.

Pri analýze súboru 49 zrecidivovaných odliečených patologických hráčov vyplýva, že v našom súbore zrecidivovali muži, prevažne pacienti po prvoliečbe (ktorí tvorili až 89,8% zo súboru 49 recidív. pacientov). Recidivujúci odliečení patologickí hráči boli hlavne bez partnerských zväzkov (až 51 % slobodných a vyše 30 % rozvedených), pričom ich aktuálne dlhy boli vyššie, ako priemerné aktuálne dlhy v celom súbore. O tejto, zjavne problémovej skupine patologických hráčov referuje aj práca J. Talmadgeho (15).

Pri analýze príčin recidív je možné konštatovať, že najväčším problémom nášho súboru v abstinencii boli problémy pri narábaní s financiami, hlavne s ich kontrolou a zabezpečením si ich cez zodpovednú osobu. Kontrola finančných prostriedkov je u gamblérov potrebná z niekoľkých príčin. Voľné finančné prostriedky pre patologického hráča sú najčastejším spúšťačom k hracím aktivitám, zvyšujú u nich craving-túžbu po hre. Jednou z najčastejších motivácií ku hre u mužov – gamblérov sú financie (8). Gambléri majú tendenciu preceňovať svoje gamblérske schopnosti a len málo si uvedomujú, že ich stávky sú ireverzibilné a vecou málo pravdepodobnej náhody (15). Slepou prijímajú filozofiu stávkových kancelárií – falošný pocit bytia v blízkosti veľkých výhier. Je to však trestná

daň na tých jedincov, ktorí nechápu štatistiku a zákony pravdepodobnosti (4).

Možno tiež súhlasiť s myšlienkou Speckera (12), že gambling je aj paradoxom ekonomických teórií, keďže gambléri hrajú aj napriek tomu, že môžu očakávať finančnú stratu. Je to spôsobené aj tým, že subjektívna hodnota peňazí sa u nich líši od skutočnej, objektívnej a taktiež ich subjektívne ohodnotenie rizika, ktoré pri hrách podstupujú sa nezhoduje s objektívnou pravdepodobnosťou.

Medzi ďalšie závažné problémy v sledovanom súbore patrili aj problém splácania finančných dlhov. Hlavne však trpezlivosť samotných gamblérov pri ich splácaní a skromnosť, nie sú práve ich silné stránky, sú však nevyhnutné pre ich úspešnú abstinenciu.

Druhým dôležitým okruhom príčin ich recidív boli problémy so zmenou životného štýlu abstinenta, hlavne neschopnosť, alebo nechť opustiť, alebo zmeniť rizikový spôsob života, hlavne ľudí, miesta, prácu, čas a tiež problém so zmenou nevyváženého životného štýlu, hlavne zmysluplné trávenie voľného času miesto nudy. Vážnym deficitom abstinujúcich gamblérov bola teda neschopnosť nahradiť nedostatok kvalitných a zaujímavých podnetov v živote novou, nerizikovou a zmysluplnou aktivitou. Dospieť k takýmto zmenám v životom štýle nie je ľahké. Príliš rýchle zmeny a zvraty v životnom štýle začínajúceho abstinenta, hlavne rýchle vyrovnávanie sa s problémovými dĺžobami, zmeny rizikovej práce, priateľov, času, miest, bez plnohodnotnej náhrady, pomáha síce likvidovať časté spúšťače ku hre, ale môže zvyšovať hladinu stresu a druhotne aj craving.

Na druhej strane ale odmietanie, alebo laxný prístup k tejto nevyhnutnej požiadavke abstinencie môže viesť k smerovaniu na staré miesta, k starým zvykom do starých „koľají závislosti“. Každý z abstinujúcich gamblérov by si mal v tomto smere hľadať svoju optimálnu cestu abstinencie. Pomáhať mu v tom môžu hlavne jeho najbližší, ale tiež fungovanie v doliečovaní – klubových aktivitách, posilňovacích a opakovacích liečbach, kde je možné analýzou a hľadaním riešenia v problémových situáciách predchádzať vzniknutým krízam a recidívam. Veď kto najlepšie rozumie problémom závislého, ak nie jeho abstinujúci kolega? Fungovanie v doliečovaní zmierňuje hlavne v počiatočnej abstinencii jeho izoláciu, zvyšuje jeho zodpovednosť za vlastné správanie, pocit kompetencie a sebaúcty (2).

Záver

Aj keď dvojročné katamnesticke sledovanie úspešnosti abstinencie patologických hráčov je len pomerne krátka doba, považujeme monitoring efektivity liečby za veľmi dôležitú

spätnú väzbu kvality našej práce. Zhodnotenie najčastejších príčin recidív v sledovanom súbore liečených patologických hráčov nám pomohlo skvalitniť našu terapeutickú prácu tým, že sme sa podrobnejšie zamerali na problematiku najčastejších antecedentov gamblerického správania. Detailnejšie sa venujeme dôležitým a nutným zmenám v životnom štýle abstijnúceho gamblera a zintenzívnili sme tiež spoluprácu našich liečených pacientov a ich rodinných príslušníkov v doliečovacích aktivitách – G-kluboch abstijnúcich patologických hráčov.

Analýza najproblémovějších oblastí fungovania abstijnúceho gamblera pomáha pacientom, ale aj ich terapeutom zamerať ich pozornosť hlavne na prevenciu a kvalitnejšie pripraviť pacienta na jeho neľahké fungovanie v abstinencii. Porovnanie efektivity liečby nášho súboru so zahraničím môže pomôcť presvedčiť naše finančné zdroje – poisťovne, či sa im oplatí, alebo nie, do takejto formy liečby investovať.

Literatúra

1. Bujold A, Ladouceur R, Sylvain C, Boisvert JM. Treatment of Pathological Gamblers; An experimental study. *Jour.Behav.Ther.Exp.Psychiatry*, 1994; 25 (4): 275–282.
2. Bůtora M. Překročit svůj stín. Avicenum Zdr.nakl. Praha 1991.
3. Denník SME: Hazard nás vyšiel na 24,5 mld, str. 6 z 9. 6. 2003.
4. Fekjaer Hans Olav. Gambling as Taxation of the Poor. Paper presented at the EASG confer., Barcelona, 4. 10. 2002.
5. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin ZC, Zaninelli RA. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of Paroxetine in the treatm. of Pathological Gambling. *Jour.Clin.Psychiat.*, 2002; 63: 501–507.
6. Ladouceur R, Boisvert JM, Dumont J. Cognitive-Behavioral Treatment for adolescent Pathological Gamblers. *Clin.Psychol. Rev.* 1997; 17 (7): 230–242.
7. Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment Approaches for Pathological Gamblers. *Clin.Psychol.Rev.*, 1997; 17 (7): 689–702.
8. Neighbors C, Lostutter TW, Currence JM, Larimer M.E. Exploring College student gambling motivation. *Journ.Gambl. Stud.*, 2002; 18: 313–337.
9. Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Interventions for Pathological Gambling. *Psychiatry and Behav. Science. Cochr. database syst. Review Academic 2000* (2).
10. Petry NM, Armentano C. Prevalence assessment and treatment of Pathological Gambling. *Psychiatr.Serv.*, 1999; 50 (8): 1021–1027.
11. Raylu N, Oei TP. Pathological gambling. *A Comprehensive Rev. Clin.Psychol.Rev.*, 2002; (22): 1009–1061.
12. Specker SM. Psychopathology in Pathological Gamblers seeking treatment. *Journ.of Gambling Studies*, 1996; 12 (1) 7: 249–254.
13. Stinchfield R, Winters K. Gambling treatment outcome study. Treatment effectiveness of sex state-supported compulsive. The National Academy Press, Minnesota, 1999; 107–155.
14. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of Pathological Gambling. A controlled study. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1997; 65 (5): 727–732.
15. Talmadge J. Pathologic. Gambling. *Medcape psychiatry and Mental Health* 8 (1), 2003.
16. Toneatto T, Sobell LC. Pathological Gambling Treated with cognitive behavior.therapy. A case Report *Addict.Behav.*, 1990; 15 (5): 497–501.