****

**Bohdan T. Woronowicz, MD, PhD**

**Zaburzenia uprawiania hazardu (hazard patologiczny)**

Wśród tzw. uzależnień behawioralnych czyli uzależnień od zachowań, od czynności, najlepiej poznany i opisany jest patologiczny hazard, czyli „zaburzenia uprawiania hazardu”.

Z badań naukowych wynika, że w powstawaniu zaburzeń uprawiania hazardu dużą rolę odgrywają czynniki biologiczne, podobnie zresztą jak we wszystkich innych uzależnieniach — zarówno behawioralnych, jak i od substancji psychoaktywnych. Badania neuroobrazowe wykazują aktywność tych samych obszarów mózgu u hazardzistów podczas prezentowania im bodźca warunkowego związanego z graniem, co u kokainistów lub palaczy tytoniu w analogicznej sytuacji. Okazało się również, że gry na automatach oraz gry w video pokera (e-hazard) tak silnie uzależniają, że porównywane są do najcięższych uzależnień i nazywane są „kokainą hazardu”. Zaobserwowano także, że osoby przyjmujące niektóre leki działające na układ dopaminergiczny, a stosowane w chorobach związanych z niedoborem dopaminy (np. w chorobie Parkinsona czy w tzw. „zespole niespokojnych nóg”) mają większe skłonności do uprawiania hazardu.

Cechą charakterystyczną gier hazardowych jest to, że mają one charakter losowy tzn. ich wynik nie jest możliwy do przewidzenia i jednocześnie nie istnieją żadne strategie (sposoby) umożliwiające uzyskanie lepszych wyników, bez złamania zasad gry. Do gier hazardowych zaliczane są gry losowe, zakłady bukmacherskie i gry na automatach. Hazardzistato osoba, która uczestniczy w grze, gdzie decyduje przypadek, ryzykując pieniądze lub inne dobra, w celu uzyskania jakiejś korzyści.

Jeżeli spojrzymy na zjawisko hazardu z podobnej perspektywy jak patrzymy na uzależnienia od substancji psychoaktywnych, możemy powiedzieć w dużym uproszczeniu, że narkotykiem w tym przypadku jest pieniądz, można więc zaryzykować stwierdzenie, że wprawdzie hazardziści nie nadużywają substancji, jednak nadużywają pieniędzy i dlatego jest to prawdopodobnie jedno z najdroższych uzależnień.

Znany badacz zjawiska hazardu – Alex Blaszczynski - wyróżnił trzy drogi prowadzące do rozwinięcia się problemów hazardowych

1. *behawioralna („normalna”)* – dotyczy grania związanego ze środowiskiem, zachowania „wyuczonego” na drodze warunkowania, gdzie brak jest psychopatologii, a problem zaczyna się w późniejszym wieku; osoby te mają najczęściej dobrą motywację do leczenia, poszukują pomocy, korzystają z niej i tym samym dobrze rokują;
2. *emocjonalna* – dotyczy osób pochodzących z rodzin patologicznych (dysfunkcyjnych i traumatyzujących), są bardziej niż inni podatne na stres, przeżywają „lęki”, „depresje”, „uciekają” przed problemami itp. Dla takich osób granie może być „ucieczką” przed problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym i sposobem na regulowanie swoich stanów emocjonalnych oraz na zaspokajanie określonych potrzeb emocjonalnych;
3. *impulsywna*, z ważną rolą czynników biologicznych – charakterystyczny jest wczesny początek, dotyczy osób z cechami antyspołecznymi, z zaburzoną kontrolą impulsów, z objawami ADHD, z rodzinną historią skłonności do uzależnień i często używających substancji psychoaktywnych. Jeżeli chodzi o wyzdrowienie, czyli uwolnienie się od potrzeby hazardu, rokowanie jest tu najgorsze, a psychoterapię trzeba niejednokrotnie wspierać i uzupełniać środkami farmakologicznymi. W tej grupie najczęściej mamy do czynienia z próbami samobójczymi.

Przyglądając się uważnie przebiegowi zburzeń uprawiania hazardu można wyróżnić 6 etapów:

1. *etap zainteresowania hazardem* — dotyczy głównie dzieci i nastolatków; jest to okres zainteresowania różnymi formami gier, który może trwać 10 i więcej lat. Zaobserwowano, że niektóre dzieci wykazują szczególne zainteresowanie np. kolorowymi automatami czy maszynami, z których za określoną opłatą można wyciągnąć, przy pomocy specjalnego uchwytu lub wędki, zabawkę czy inny gadżet albo też bardzo chętnie uczestniczą w loteriach dających podobne możliwości. Potwierdzają to relacje wielu graczy, którzy przyznają, że problem hazardu rozpoczął się u nich bardzo wcześnie tj. około 10 roku życia;
2. *etap zwycięstw* - granie okazjonalne, fantazjowanie na temat wielkich wygranych, duże wygrane powodujące coraz silniejsze pobudzenie, coraz częstsze zakłady i coraz wyższe stawki; człowiek zaczyna wierzyć w to, że będzie zawsze wygrywać, a w przypadku osiągnięcia „wielkiej wygranej" dąży do jej powtórzenia (nieuzasadniony optymizm) coraz częściej ryzykuje coraz to większe kwoty; ta faza może trwać 3-5 lat;
3. *etap strat* - stawiając na wysokie zakłady osoba naraża się na wysokie straty; wysokie pożyczki i próby odgrywania się, a w przypadkach powodzenia wygrane idą na spłaty długów; hazardzista gra kosztem pracy i rodziny, kłamie i zaczyna ukrywać swoje uzależnienie; unika wierzycieli i cały czas wierzy, że wkrótce nastąpi kolejna „wielka wygrana";
4. *etap desperacji* — separacja od rodziny i przyjaciół; utrata pracy i narastające długi powodują panikę; presja wierzycieli popycha często ku przestępstwom; te obciążenia prowadzą z kolei do psychicznego wyczerpania, pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, bezradność i depresja;
5. *etap utraty nadziei* - rozwód; poczucie beznadziejności, myśli i/lub próby samobójcze; zostają wówczas 4 wyjścia: ucieczka w uzależnienie od alkoholu lub leków, więzienie, śmierć (samobójstwo lub z ręki wierzycieli) albo zwrócenie się po pomoc.
6. *etap zdrowienia (odbudowy)* jeżeli osoba uzależniona podejmie profesjonalną terapię lub rozpocznie realizację programu 12 kroków Anonimowych Hazardzistów.

Warto przypomnieć, że Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznało już w 1980 roku kompulsywny hazard za chorobę, a aktualnie definiuje zaburzenia związane z uprawianiem hazardu jako „utrwalone i nawracające dysadaptatywne zachowania towarzyszące uprawianiu hazardu”. Zaburzenia te charakteryzuje niemożność kontrolowania swojego zachowania podczas grania, co prowadzi do szkodliwych konsekwencji psychospołecznych: osobistych, rodzinnych, zawodowych, finansowych i prawnych.

Do wstępnego zorientowania się, czy u danej osoby istnieje problem hazardu można zastosować kwestionariusz oparty na kryteriach DSM-IV, który składa się z 2 pytań:

1. Czy kiedykolwiek podczas grania odczuwałaś/eś potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy?

2. Czy kiedykolwiek musiałaś/eś skłamać ludziom, jak bardzo ważny jest dla Ciebie hazard?

Co najmniej jedna odpowiedź twierdząca pozwala podejrzewać istnienie zaburzeń uprawiania hazardu i wówczas należy skorzystać z bardziej szczegółowych narzędzi diagnostycznych.

Liczne badania wykazały, że patologiczny hazard współistnieje bardzo często z innymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju czy zaburzenia osobowości.

Nie ulega wątpliwości, że podobnie jak w przypadkach innych uzależnień, zdrowienie z osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, zależy od trzech podstawowych czynników tj. od postawy pacjenta (ważna jest nadzieja i wiara w skuteczność terapii, osobiste zaangażowanie, podatność na efekt placebo itp.). Ważną rolę odgrywają też postawa i umiejętności interpersonalne terapeuty (m.in. empatia, troska, ciepło, życzliwość, otwartość, akceptacja), jego kompetencje i doświadczenia. Trzecim czynnikiem wpływającym korzystnie na skuteczność terapii jest wsparcie otoczenia otrzymywane podczas zdrowienia oraz zdolność pacjenta do korzystania z tego wsparcia.

Należy pamiętać, że osoby poszukujące pomocy w związku ze swoim hazardowym graniem, najczęściej w początkowym okresie leczenia, mogą demonstrować objawy obniżonego nastroju (depresji) oraz mogą mieć myśli samobójcze. Myśli samobójcze, próby samobójcze oraz samobójstwa dokonane są znacznie bardziej powszechne u osób z zaburzeniami uprawiania hazardu niż w populacji ogólnej. Częstość występowania myśli samobójczych u osób z zaburzeniami uprawiania hazardu jest szacowana w przedziale od 20 do 80%, a prób samobójczych od 4 do 40%. Konieczna jest zawsze ocena ryzyka samobójstwa oraz rozważenie wsparcia farmakologicznego lekami przeciwdepresyjnymi. W ocenie ryzyka samobójstwa należy brać m.in. pod uwagę nasilenie myśli samobójczych, dowiedzieć się, jak daleko są posunięte plany samobójcze, wiedzieć czy próby samobójcze miały już miejsce, czy wśród bliskich były przypadki samobójstw, czy pacjent ma pracę i odpowiedni system wsparcia, jak radzi sobie ze stresem itp. Podczas zbierania wywiadu należy również sprawdzić czy pacjent nie przyjmuje leków zwiększających poziom dopaminy, a stosowanych np. w chorobie Parkinsona lub w tzw. zespole niespokojnych nóg.

Terapeuta, który dotychczas pracował głównie z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, powinien pamiętać nie tylko o podobieństwach, ale także o różnicach między tymi uzależnieniami a zaburzeniami uprawiania hazardu.

Ta różnica między uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a zaburzeniami uprawiania hazardu polega m.in. na tym, że w zaburzeniach uprawiania hazardu:

* nie ma przedawkowania ani widocznych objawów uprawiania hazardu;
* nie ma testów laboratoryjnych potwierdzających podejrzenie uzależnienia;
* znacznie łatwiej jest ukryć problem;
* często mamy do czynienia z silniejszym zaprzeczaniem;
* powszechne są przesądy i magiczne myślenie;
* znacznie częściej obecne są myśli samobójcze;
* przystąpienie do grania jest najczęściej poprzedzone stanem pobudzenia i poszukiwaniem „mocnych wrażeń”;
* nawrót (powrót do grania) jest prawie zawsze planowany znacznie wcześniej i znacznie rzadziej dochodzi do niego wtedy, gdy pacjent przeżywa pozytywne stany emocjonalne (dobre samopoczucie);
* częste są sny i marzenia o „wielkiej wygranej”;
* występują bardziej poważne problemy finansowe;
* liczba poszkodowanych z powodu patologicznego hazardu osób uzależnionych obejmuje nie tylko bezpośrednie otoczenie (przede wszystkim rodzinę), lecz również takie instytucje, jak banki udzielające pożyczek, firmy ubezpieczeniowe, firmy obsługujące karty kredytowe itp.;
* istnieje mniej wyspecjalizowanych placówek i fachowców przygotowanych do udzielania pomocy terapeutycznej.

**Leczenie zaburzeń uprawiania hazardu**

Programy terapii oraz przebieg procesu terapeutycznego oparte są na podstawowych założeniach programów psychoterapii i rehabilitacji osób z innymi uzależnieniami. Z badań dotyczących efektywności takiej terapii wynika, że najbardziej skuteczna jest terapia poznawczo-behawioralna.

Celem oddziaływań terapeutycznych jest odzyskanie zdrowia rozumianego jako poprawa funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Empiryczne badania dowodzą, że jest to ściśle powiązane z wyraźnym ograniczeniem lub całkowitym zaprzestaniem grania. Dla osiągnięcia tego celu konieczne jest unikanie ryzykownych sytuacji, ograniczenie możliwości spowodowania szkód dla siebie i dla otoczenia, umiejętność radzenia sobie z emocjami oraz dbałość o systematyczną poprawę jakości życia. Poważna decyzja o rozpoczęciu leczenia następuje dopiero wówczas, gdy gracz sam uzna (i przekona się), iż hazard wpływa niekorzystnie na życie. Musi sobie uświadomić, że jego życiowe problemy oraz narastające szkody stanowią bezpośrednią konsekwencję uprawiania hazardu. Po wstępnej identyfikacji z problemem pacjent powinien uzyskać pełną informację na temat możliwości leczenia i skuteczności metod, powinien zaakceptować wybraną metodę, a następnie wziąć udział w procesie terapii jako partner terapeuty, realizujący wyznaczone wcześniej cele zawarte w indywidualnym planie leczenia. Plan ten powinien uwzględniać takie elementy, jak: poszukiwanie nadziei, znalezienie praktycznego sposobu na zaprzestanie grania, naukę radzenia sobie z potrzebą gry (kompulsja), poszukiwanie i znalezienie wyjścia z kłopotów finansowych, odbudowę poczucia własnej wartości, odbudowę zaufania do siebie, radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, nauczenie się racjonalnego myślenia, eliminację omówionych niżej zniekształceń poznawczych oraz poprawę relacji z najbliższymi.

W indywidualnym planie leczenia należy położyć szczególny nacisk na:

* stałe monitorowanie myśli samobójczych i ocenę ryzyka samobójstwa;
* sposoby poradzenia sobie z długami (inwentaryzacja długów i poniesionych szkód, kwoty, wierzyciele, planowanie budżetu i spłata długów oraz przeorganizowanie życia tak, aby możliwe było uporządkowanie spraw finansowych);
* przygotowanie wykazu działań niezbędnych w zapobieganiu nawrotowi (zapobieganiu powrotowi do grania), identyfikację „wyzwalaczy” oraz rozpoznanie indywidualnego sposobu myślenia, który może doprowadzić do nawrotu.

Trzeba też uwzględniać fakt, że nie każdy pacjent, który decyduje się na leczenie, jest zdecydowany na utrzymywanie, już od samego początku terapii, pełnej wstrzemięźliwości od grania. Dlatego konieczna jest indywidualizacja podejścia oraz wyczucie na ile pacjent jest zdeterminowany, aby dalej grać w sposób „kontrolowany” i niekiedy trzeba odczekać, aż sam się przekona o konieczności całkowitego powstrzymywania się od grania, nie tylko w okresie uczestniczenia w programie psychoterapii uzależnienia, ale także w przyszłości.

Przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia trzeba dokonać oceny nasilenia zaburzeń poznawczych (fałszywych przekonań), które są w istotnym stopniu odpowiedzialne za kontynuowanie grania. Pracując z pacjentem z zaburzeniami uprawiania hazardu należy więc koniecznie uwzględniać jego specyficzny sposób myślenia i reagowania, zniekształcenia poznawcze oraz skłonność do przesądów i pamiętać, że przegrana po kilku wygranych często traktowana jest przez niego jako pomyłka, którą można będzie wkrótce naprawić, a np. „prawie wygrana” działa na niego tak samo jak realna wygrana, co potwierdziły badania aktywności półkul mózgowych na podstawie przepływu krwi przez te półkule. Ważne jest pokazanie pacjentowi roli i znaczenia absolutnego przypadku w grach losowych, zwrócenie uwagi na wspomniane wcześniej zniekształcenia poznawcze i na wpływ przesądów na podejmowanie przez niego decyzji. Istotna jest również analiza okoliczności wyzwalających potrzebę grania.

Sprawą bardzo ważną, na którą koniecznie należy zwrócić uwagę już na początku leczenia, jest ocena wielkości zadłużenia pacjenta oraz udzielenie pacjentowi wsparcia w wybrnięciu z tragicznej często sytuacji finansowej (np. pomoc w ogłoszeniu bankructwa, w uzyskaniu kredytu konsolidacyjnego, wykupieniu długów przez bank itp.), a później nauka racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi tak, żeby możliwa była spłata długów. Jednocześnie należy pamiętać o konieczności zabezpieczenia finansowego rodziny pacjenta, a szczególnie jego dzieci. Należy liczyć się z faktem, że pacjent może początkowo unikać rozmów na tematy finansowe, ponieważ nie wierzy w to, że terapeuta może mu w jakikolwiek sposób pomóc w rozwikłaniu, jego zdaniem, i tak „beznadziejnej” sytuacji finansowej. Wówczas rozmowę na ten temat należy odłożyć na później tj. do czasu aż pacjent do niej „dojrzeje”. W pierwszym roku zdrowienia szczególny nacisk należy kłaść na rozwiązywanie problemów finansowych i prawnych oraz na przebudowę relacji z bliskimi.

Należy też pamiętać, że osoby uczestniczące w programie psychoterapii zaburzeń uprawiania hazardu, najczęściej w początkowym okresie leczenia, mogą demonstrować objawy obniżonego nastroju (depresji) i wówczas należy rozważyć wsparcie farmakologiczne np. lekami przeciwdepresyjnymi, oczywiście po konsultacji z lekarzem psychiatrą.

Podejmowane są też liczne próby farmakologicznego ograniczania zachowań związanych z zaburzeniami uprawiania hazardu m.in. przy pomocy naltreksonu, nalmefenu, buproprionu itp. ale poglądy na temat skuteczności są rozbieżne. Niejednoznaczna jest również skuteczność podawania hazardzistom leków przeciwdepresyjnych (poza przypadkami klinicznej depresji). Stosowanie leków w zaburzeniach uprawiania hazardu należałoby traktować w podobny sposób jak korzystanie z nich w przypadkach innych uzależnień tzn. mogą być one pomocne, w określonych sytuacjach, niektórym pacjentom uczestniczącym w programie psychoterapii osób z zaburzeniami uprawiania hazardu. Jednak samo tylko przyjmowanie leku nie daje efektu.

Dla wielu osób z zaburzeniami uprawiania hazardu bardzo pomocne są spotkania grup Anonimowych Hazardzistów, wspólnoty działającej od 1957 r. i korzystającej z programu Dwunastu Kroków (jak Anonimowi alkoholicy).

**Hazard internetowy (e-hazard)**

Coraz większym problemem staje się na świecie e-hazard(różnego rodzaju gry hazardowe przez Internet). Kasyna internetowe odwiedzają codziennie setki tysięcy graczy on-line, którzy bez wychodzenia z domu mogą grać praktycznie we wszystkie gry, przez 24 godziny przez 7 dni w tygodniu. Możliwy jest również hazard on-line na wirtualne pieniądze.

Coraz więcej problemów zdrowotnych stwarzają zakłady sportowe online, także „na żywo”, bowiem obstawianie wyników wiąże się w wielu przypadkach z piciem alkoholu oraz bardzo niezdrowym tzw. śmieciowym jedzeniem. Wiele osób z problemowym hazardem nie potrafi bez tego obstawiać. Oglądanie zmagań sportowych oraz obstawianie wyników jest dla wielu osób sposobem regulowania swoich stanów emocjonalnych.

Dzięki rozwojowi nowych technologii, w hazard internetowy bardzo chętnie angażują się nastolatki a jednocześnie często stają się sprawcami lub ofiarami cyberprzemocy.

***ad@batory.org.pl***