

### Jolanta Celebucka

Specjalista terapii uzależnień, kierownik Wojewódzkiej Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu

## Terapia osób uzależnionych od hazardu w grupach homogenicznych

**Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytania: dlaczego wielu patologicznych hazardzistów, leczących się w grupach heterogenicznych, nie kończy programów terapeutycznych i dlaczego istnieje konieczność tworzenia dla tych pacjentów oddzielnych grup homogenicznych?**

Terapia patologicznego hazardu w polskich placówkach odwykowych przez wiele lat odbywała się w grupach heterogenicznych – osoby z problemem hazardu leczyły się w jednej grupie z osobami uzależnionymi od alkoholu, uczestnicząc w tym samym programie terapeutycznym. Jednak niewielu hazardzistów kończyło ambulatoryjne programy terapeutyczne; zdecydowana większość przerywała leczenie w placówce już na etapie oddziaływań wstępnych (grupy motywacyjne). Dzięki powołanemu w 2009 roku Funduszowi Rozwiązywania Problemów Hazardowych i rozwojowi badań nad uzależnieniami behawioralnymi dziś wiemy znacznie więcej na temat leczenia zachowań hazardowych i możemy wskazać przyczyny wcześniejszej rezygnacji pacjentów z programów leczenia oraz niezadawalających wówczas efektów terapii hazardzistów.

Dlaczego istnieje konieczność tworzenia oddzielnych grup homogenicznych z odmiennym, specyficznym dla hazardzistów, programem leczenia? W artykule tym podejmuję próbę odpowiedzi na to pytanie. Zostaną między innymi zaprezentowane cztery zasadnicze różnice, jakie istnieją pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem patologicznego hazardu a pacjentami zgłaszającymi się do poradni z problemem alkoholowym. Różnice te dotyczą profilu socjodemograficznego, motywacji do zmiany, podstawowych mechanizmów chorobowych oraz zrozumienia nawrotu w chorobie.

### Profil socjodemograficzny

Tabela 1. przedstawia profil socjodemograficzny sporządzony dla dwóch grup pacjentów. Charakterystyka profilu została dokonana na

podstawie 192 hazardzistów (Celebucka i Celebucki, 2013) i 824 pacjentów uzależnionych od alkoholu, którzy zgłosili się do poradni odwykowej w Toruniu. Prezentowany profil dotyczy więc osób, które zgłaszają się na leczenie, a nie całej populacji osób uzależnionych od hazardu lub osób uzależnionych od alkoholu. To krótkie tabelaryczne zestawienie pokazuje, że osoby z problemem hazardowym są młodsze i bardziej wykształcone niż osoby z problemem uzależnienia od alkoholu. Ponadto wśród hazardzistów zdecydowanie przeważają osoby czynne zawodowo, natomiast spośród pacjentów uzależnionych od alkoholu aż 30% jest zarejestrowanych w urzędzie pracy jako osoby bezrobotne (część z nich pracuje „na czarno”).

Kolejna różnica dotyczy stanu cywilnego – wśród pacjentów uprawiających hazard zdecydowanie przeważają osoby, które są w związku małżeńskim lub partnerskim, a wśród pacjentów alkoholowych – rozkład jest bardziej równomierny (osoby samotne, po rozwodzie, w związku małżeńskim lub partnerskim). Według badań przeprowadzonych przez Lelonek-Kulekę (2012), wśród mężczyzn grających na automatach większość (65,7%) stanowią osoby po rozwodzie i separacji, co mogłoby sugerować, że samotność jest czynnikiem związanym z podejmowaniem aktywności grania hazardowego. Jednak wśród osób, które podejmują leczenie, przeważają jednak hazardziści będący w związku małżeńskim lub partnerskim – a to z kolei być może wskazuje na fakt zwiększonej motywacji do zmiany u tych osób, które mają wokół siebie bliski system wsparcia.

Młodszy wiek pacjenta hazardowego i krótszy czas trwania destrukcyjnych zachowań (patolo-

**Tabela 1.** Profil socjodemograficzny pacjentów poradni

	Pacjenci uzależnieni od hazardu N=192	Pacjenci uzależnieni od alkoholu N=824
Przedział wiekowy (lata)	21-35	46-55
Płeć – % kobiet	4	19
Wykształcenie (najwyższy odsetek)	średnie	zawodowe
Bezrobotni (%)	4	36
Miejsce zamieszkania – % mieszkańców wsi	5	15
Stan cywilny	rozkład równomierny	związek małżeński lub partnerski

Źródło: Opracowanie własne.

giczne granie trwało przeważnie od 1 do 3 lat) oraz specyfika zaburzenia sprawiają, że pacjent hazardowy dość sprawnie funkcjonuje w swoich rolach społecznych – pomimo uzależnienia charakteryzuje się wieloma umiejętnościami i kompetencjami w różnych obszarach życia. Z kolei wieloletnie nadużywanie alkoholu przez pacjentów alkoholowych częściej jest powodem wypadania ich ze swoich ról społecznych.

Warto też nadmienić, że osoby żyjące w bliskim związku z hazardzistą przez dłuższy czas uprawiania hazardu przez partnera nie są świadome narastającego kryzysu, co sprawia, że nie uruchamiają mechanizmów obronnych i zaburzenia adaptacyjne rzadko kiedy mają miejsce.

### Motywacja do zmiany

Korzystając z transteoretycznego modelu zmiany (Prochaska i in., 2008), możemy wyraźnie zobaczyć, że pacjent uprawiający hazard, rozpoczynając leczenie jest w innej fazie zmiany niż przeciętny pacjent z problemem alkoholowym. Ponad połowa hazardzistów przed pierwszą wizytą w poradni podejmuje różne intuicyjne działania w kierunku rozwiązania swojego problemu, np. przekazuje swoje finanse osobie bliskiej lub blokuje dostęp do wybranych stron internetowych. Inni podejmują te i podobne działania zaraz po pierwszej interwencji kryzysowej z terapeutą. Jeszcze inni robią pierwsze kroki do zmiany poprzez ujawnienie bliskim rozmiaru swoich strat i zobowiązań finansowych.

Wiele spośród tych wysiłków, które są zapoczątkowane przez naszych pacjentów jeszcze przed rozpoczęciem terapii, okazują się właściwymi rozwiązaniami i świadczą o dużych zasobach i dużej samoskuteczności tej grupy pacjentów.

Patologiczny hazardzista, zgłaszający się na leczenie, przeważnie znajduje się w stadium działania – tylko nieliczni pacjenci hazardowi są w fazie kontemplacji lub prekontemplacji. Rzadko można usłyszeć stwierdzenie typu: „Nie mam problemu z graniem, to żona kazała mi tu przyjść”. Zdarzają się pacjenci, którzy mają mniejszą gotowość do zmiany niż inni, jednak wszyscy doświadczyli kryzysu i są przekonani, że muszą podjąć jakieś działania, ponieważ koszty utrzymania status quo są już zbyt duże.

Pacjenci z problemem alkoholowym natomiast – będący uczestnikami podstawowych programów terapeutycznych – dużo częściej znajdują się w stadium prekontemplacji, kontemplacji lub przygotowania, czasami są już po kilkukrotnym doświadczeniu całego cyklu zmiany. Badania pokazują, że działania terapeutyczne mające na celu pomoc osobom w stadium prekontemplacji powinny różnić się od programów przeznaczonych dla ludzi w stadium działania. Prochaska i inni (2008) wskazują, że zastosowanie niewłaściwych procesów terapeutycznych, specyficznych dla określonych stadiów zmiany, może spowolnić postępy w przechodzeniu cyklu zmiany lub przyczynić się do rezygnacji z leczenia.

Zatem dla hazardzistów istotna jest praca nad rozpoznaniem błędnego myślenia – poszerzenie świadomości oraz opracowanie strategii behawioralnych radzenia sobie z impulsem gry, natomiast praca terapeutyczna z osobami uzależnionymi od alkoholu początkowo powinna skupiać się w dużej mierze na rozwijaniu rozbieżności i rozwiązywaniu ambiwalencji, która jest normalnym aspektem ludzkiej natury i naturalnym etapem w procesie dokonywania zmian (Miller i Rollnick, 2014).





Podsumowując, pacjent o mniejszej gotowości do zmiany – pacjent alkoholowy – wymaga bardziej wnikliwej pracy nad rozwiązaniem własnej ambiwalencji niż pacjent z problemem hazardowym. Wielu hazardzistów zapytanych o powody przerywania swojej terapii w grupach heterogenicznych, odpowiadało: „Przecież alkoholicy z mojej grupy nie chcieli się leczyć, ja natomiast byłem na terapii, bo chciałem”.

### Mechanizmy chorobowe

Osoby uzależnione chemicznie i osoby uzależnione od hazardu różnią się mechanizmami, które podtrzymują nałogowe zachowania. U hazardzistów podstawową przyczyną patologicznego grania są niewątpliwie błędne przekonania na temat możliwości wygranej. Badania wskazują na szereg nieracjonalnych myśli automatycznych, które zachęcają gracza do kontynuowania gry pomimo kolejnych przegranych. Ponadto okazuje się, że gracze patologiczni przejawiają więcej błędów myślenia niż inne osoby nieuzależnione od gier (Minet i in., 2004, cyt. za Lelonek-Kuleta, 2012). O ile gracz rekreacyjny po kilku przegranych nauczy się, że nie jest możliwe przewidzenie wyniku gry i w konsekwencji tego ograniczy swoją działalność hazardową, o tyle gracz patologiczny nie jest w stanie zmienić swoich przekonań, pomimo kolejnych porażek. Błędne myślenie, często nieracjonalne, wynika z uproszczonego i intuicyjnego oceniania rzeczywistości (w tym przypadku – wyniku gry) z pominięciem istotnych faktów (np. losowości w grach hazardowych).

Spośród błędnych przekonań czy zniekształceń poznawczych najczęściej obserwujemy u naszych hazardowych pacjentów tzw. paradoks hazardzisty (wiara w zależność kolejek), iluzję kontroli, heurystykę reprezentatywności, heurystykę dostępności, heurystykę zakotwiczenia i dostosowania, pozorne korelacje (wiara w zaboony) i traktowanie prawie wygranej jako wygranej (Lelonek-Kuleta, 2012, Celebucka, 2013). Zatem terapia osób uzależnionych od hazardu powinna skupiać się głównie na sferze poznawczej, a jej kluczowym elementem winna być modyfikacja błędnego myślenia pacjenta.

Inaczej jest w przypadku osób uzależnionych od alkoholu – mechanizmy chorobowe bardziej związane są ze sferą emocjonalną niż poznawczą. Głównym mechanizmem podtrzymującym nałogowe picie alkoholu jest zależny od procesów emocjonalnych, które to inicjują lub potęgują pragnienie wypicia alkoholu. Rolą alkoholu jest przede wszystkim szybkie załagodzenie nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, jak też osiągnięcie chwilowej przyjemności. Regularne i długotrwałe spożywanie alkoholu prowadzi do trudności lub nawet utraty zdolności do regulowania emocji w sposób zdrowy i konstruktywny. Stąd też głównym elementem psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu jest praca nad emocjami, a właściwie nad przywróceniem naturalnej regulacji uczuć bez środka psychoaktywnego. W przypadku osób uzależnionych od gier hazardowych ten mechanizm występuje dużo rzadziej, choć jest oczywiście obecny u naszych klientów, zwłaszcza u tzw. hazardzistów ucieczki. Nie mniej jednak nawet u tych hazardzistów praca nad procesami emocjonalnymi jest na drugim planie procesu terapeutycznego.

W związku z tymi różnicami należy podkreślić, że terapia dla hazardzistów i dla alkoholików skupia się na różnych kierunkach pracy, treści psychoedukacyjne również są odmienne, pomimo tego, że w obydwu programach wykorzystujemy strategię pracy w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej.

## Nawrót i możliwość odzyskania kontroli nad zachowaniem nałogowym

Nawroty, występujące zarówno w uzależnieniach substancjalnych, jak i behawioralnych, są ważnym elementem pracy terapeutycznej, ponieważ wydaje się, że podstawowym celem terapii jest właśnie pomoc ludziom, by już nie powracali to nałogowych zachowań. Zgodnie z definicją Marlatta i Gordona (1997), nawrót, który jest powrotem do używania substancji, musi być poprzedzony okresem trzeźwego życia, jest procesem rozciągniętym w czasie i może rozpocząć się od tzw. wpadki (pojedynczego epizodu złamania abstynencji). Gorski i Miller (1991) rozszerzają tę definicję o fazy oraz o sygnały ostrzegawcze sygnalizujące zmierzanie pacjenta w kierunku nawrotu. W pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od alkoholu często obserwujemy taką właśnie naturę nawrotu, a więc pewien proces narastania kryzysu w procesie trzeźwienia, który jest zbudowany na „pozornie nieistotnych decyzjach” (np. rezygnacja z uczestnictwa w mityngach), prowadzący do złamania abstynencji i powrotu do regularnego picia alkoholu. W przypadku osób z problemem patologicznego hazardu częściej obserwujemy raczej pojedyncze epizody gier hazardowych, wynikające z braku kontroli impulsów, niż trwające jakiś czas procesy nawrotu. Ponieważ terapia dla hazardzistów nie musi być nastawiona na całkowitą rezygnację z zachowań nałogowych (w naszej poradni pacjenci nie podpisują regulaminu związanego z powstrzymywaniem się od gier hazardowych), to zdarza się, że nasi klienci mają swoje „wpadki” w czasie terapii. Epizody gry są więc doskonałą lekcją, dzięki której rozpoznają swoje sytuacje podwyższonego ryzyka i myśli automatyczne, które towarzyszą tym sytuacjom. Ci pacjenci, którzy doświadczą nawrotu w czasie trwania programu terapeutycznego, z reguły wyrażają swoje zdziwienie, jak mogło dojść do sytuacji, gdzie nagle znaleźli się przy automacie do gry lub przy punkcie przyjęć zakładów bukmacherskich – „Przecież wcale nie chciałem(am) iść grać” – tak mówią, analizując swoją sytuację „złamania abstynencji”.

W terapii dla hazardzistów skupiamy się więc na pracy nad kontrolą impulsów w ramach zapobiegania nawrotom choroby. Obecnie, po 8 latach prowadzenia terapii w grupie homogenicznej, obserwujemy w naszej placówce pacjentów, którzy uczestniczyli w terapii kilka lat wcześniej i po-

nownie wracają do poradni po swoim powrocie do grania. Na razie tych pacjentów jest niewielu, ale również ci klienci, rozważając swój nawrót do gry, wskazują na krótki proces ukrytego planu nawrotu i obecność niewielu wcześniejszych sygnałów ostrzegawczych, które mogłyby wskazać na narastający kryzys. Większość z nich swój powrót do nałogowych zachowań wiąże z nagłą ryzykowną sytuacją i szybkim wyborem nałogowego zachowania lub ewentualnie krótkim procesem zmian poprzedzającym ten wybór.

Istotną rolę dla rozważanego tematu odgrywa fakt, że podstawowa terapia grupowa dla osób z problemem alkoholowym jest z reguły nastawiona na abstynencję i pacjent zobowiązany jest regulaminem do niepicia alkoholu w trakcie trwania programu, natomiast programy dla osób z problemem gier hazardowych nie zobowiązują do całkowitego zerwania z hazardem – dają pacjentowi możliwość dokonywania autonomicznych wyborów podczas całego procesu terapeutycznego.

Teoria ścieżek Blaszczynskiego i Nower (za Lelonek-Kuleta, 2012) oraz badania kanadyjskie (za Smaś-Myszczyżyn, 2014) potwierdzają fakt, że niektórzy patologiczni hazardziści są w stanie powrócić do fazy uprawiania rekreacyjnego hazardu i praca terapeutyczna w duchu dialogu motywującego (a nie konfrontacyjna) jest jak najbardziej pożądaną strategią pracy terapeutycznej w tych programach.

## Bibliografia

- Celebucka J., *Myślenie hazardzisty*, „Świat Problemów” nr 4/2013.
- Celebucka J., Celebucki Z., *Charakterystyka socjodemograficzna hazardzisty w województwie kujawsko-pomorskim*, „Świat Problemów” nr 11/2013.
- Gorski T., Miller M., *Jak wytrwać w trzeźwości*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1991.
- Lelonek-Kuleta B., *Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2012.
- Marlatt A.G., Gordon R.J., *Zapobieganie nawrotom – kierunki rozwoju* (w:) M. Gossop (red.) *Nawroty w uzależnieniach*, PARPA, Warszawa 1997.
- Miller W.R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Prochaska J., Norcross J., DiClemente C., *Zmiana na dobre*, Instytut Amity, Warszawa 2008.
- Smaś-Myszczyżyn M., *Terapia osób uzależnionych od hazardu – adaptacja programu prof. Roberta Ladouceura*, „Świat Problemów” nr 2/2014.