



HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ U SENIORŮ

K. NEŠPOR

Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, Odd. léčby závislostí – muži

S o u h r n

Patologické hráčství ve vyšším věku má některé specifické rysy a rizika. Léčba starších lidí by měla brát v úvahu jejich zvláštní potřeby. Efektivita léčby patologických hráčů vyššího věku je patrně srovnatelná s efektivitou léčby u lidí jiných věkových skupin.

Klíčová slova: patologické hráčství – vyšší věk – léčba – gerontologie

Úvod

Masivní rozšíření hazardu nastalo v České republice po roce 1990 a tento trend pokračuje i v současnosti (rok 2011). Vzhledem k tomu lze předpokládat nárůst počtu patologických hráčů vyššího věku. Tito lidé se objevují nejen ve zařízeních specializovaných na léčbu návykových nemocí, ale v souvislosti s depresivními obtížemi i v ordinacích psychiatrů. Hazard je navíc spojen se značným stresem, což působí nebo zhoršuje i nemoci interní a jiné. Počet patologických hráčů vyššího věku, kteří se pro tuto návykovou nemoc léčí, je nesrovnaně nižší než by odpovídalo rozšířenosti problému

K. NEŠPOR / HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ U SENIORŮ

v populaci. Důvody zahrnují mimo jiné větší izolaci, menší informovanost o léčbě, nižší mobilitu, větší pocit stigmatizace atd.

Patologické hráčství seniora obvykle způsobí utrpení a zmatek v celé širší rodině. Na lékaře a jiné odborníky se proto mohou obracet i příbuzní patologických hráčů vyššího věku. Také příbuzní ovšem většinou tento problém vnímají jako rodinné stigma.

Příčiny

Problémy způsobené hazardem nemají jednu příčinu. Zdraví nebo nemoc vznikají v důsledku interakcí rizikových a ochranných činitelů na více rovinách. Některé z těchto faktorů jsou významnější, jiné méně. V tom se tato situace podobá šachové hře. Při ní také dochází k vzájemnému působení bílých figur (ochranné činitele) a černých (rizikové činitele). Stejně jako šachové figury ani rizikové a ochranné činitele nemají stejnou důležitost. K nezávažnějším rizikovým činitelům patří jistě dostupnost hazardu a jeho aktivní nabízení.

Některé rizikové faktory u starších patologických hráčů se mohou objevovat častěji než v mladších věkových skupinách. Sem patří např. (částečně podle Tirachaimongkol a spol., 2010):

- Častější souvislost se zátěžovou životní událostí, např. odchod do důchodu, nezaměstnanost, obtíže při hledání práce, ovdovění. To se týká hazardu i zneužívání návykových látek. Zátěžové životní události v tomto věku zahrnují častěji i smrt příbuzných nebo přátel.

- Častěji samota a sociální izolace.

- Depresivní a úzkostná symptomatologie je patrně ještě častější nežli u jiných skupin.

- Postižení kognitivních funkcí, menší pružnost myšlení, někdy i naivita ve finančních záležitostech.

- Tím, že velká část seniorů není v pracovním poměru, dochází k horšímu strukturování času a také to negativně ovlivňuje síť vztahu a uspokojování sociálních potřeb.

- Senior obvykle obtížněji splácí dluhy z hazardu.

- Lidé vyššího věku někdy mají omezenější možnosti, co se týče kvalitního trávení volného času. Některé dřívější záliby (např. rizikové sporty) nelze dále provozovat s ohledem na zdravotní stav nebo finance.

- Chronická bolestivá onemocnění často komplikují i duševní stav.

- Faktorem, který se v Česku uplatňuje podstatným způsobem, je mnohde extrémní blízkost hazardu na rozdíl od lepších možností, jak trávit volný čas.

K. NEŠPOR / HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ U SENIORŮ

Dvě skupiny patologických hráčů vyššího věku

Podobně jako závislé na alkoholu vyššího věku lze si patologické hráče seniory rozdělit do dvou velkých skupin. Ti první začali s hazardem už ve středním nebo mladším věku, kdežto u druhých se problém s hazardem objevil až ve stáří. Jaké jsou charakteristiky obou těchto skupin (částečně podle Grant a spol., 2009):

1. *Senioři, kteří problémově hazardně hráli už v mladších letech:* Mají větší dluhy a více sociálních problémů, u jejich rodičů se pravděpodobněji vyskytla návyková nemoc. Lze předpokládat celkově horší zdravotní stav.

2. *Senioři, kteří začali problémově hazardně hrát až ve stáří:* Jejich dluhy a sociální problémy nejsou tak velké, častěji se u nich objevuje úzkostná symptomatologie, pravděpodobnost návykové nemoci u rodičů je nižší, než u předchozí skupiny.

Specifické i společné rysy s jinými věkovými skupinami

Patologické hráčství je u seniorů spojeno s podobnými riziky jako u mladších lidí, což se týká i sebevražedných myšlenek a tendencí (Ladd, 2003, Tirachaimongkol a spol., 2010). Větší část příznaků souvisejících s hazardem je společná většině patologických hráčů včetně seniorů, u seniorů ale najdeme i některé relativně specifické rysy.

Některé specifické rysy hazardu u seniorů

– Zahraniční práce naznačují, že by tento problém mohl být relativně častější u žen, než je tomu v jiných věkových skupinách. Máme dojem, že i v této věkové kategorii převažují muži, i když jsme se setkali také s patologickou hráčkou ve věku 66 let.

– Alkohol, benzodiazepiny a podobné látky, zvláště ve vyšším věku, zhoršují paměť u sebeovládání a znesnadňují psychoterapii. Souběžná léčba závislosti na návykových látkách je proto zásadně důležitá.

– Hráčství a sázkařství i patologické hráčství bývají spojeny s nadměrným stresem. To nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav starších patologických hráčů ještě více, nežli by tomu bylo ve středním věku. Důvodem je nižší odolnost starších lidí a to, že se u nich častěji objevují chronické nemoci.

– Je známo, že na paměť a kognitivní funkce působí nepříznivě nadměrný stres. Toho bývá v životě patologických hráčů hodně. Lze proto předpokládat nižší výkonnost a horší soběstačnost.

– Podvýživa je u českých seniorů poměrně častá (Kozáková a spol., 2010). Tím spíše lze tento problém předpokládat u patologických hráčů vyššího věku. Důvodem jsou jejich omezené finanční možnosti dané skromným

K. NEŠPOR / HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČTVÍ U SENIORŮ

příjmem a velkými výdaji za hazard.

– Jiménez-Murcia a spol. (2010) zjistili u patologických hráčů vyššího věku větší míru psychopatologie. U mladších patologických hráčů bylo zase častější vyhledávání nových podnětů, nižší cílesměrnost (self-directness) a větší závažnost problémů s hazardem.

– Patologické hráčství ve vyšším věku vytváří komplikované klinické obrazy, protože, jak uvedeno výše, dochází k častějším kombinacím s depresivní symptomatologií, podvýživou, organickými poruchami paměti, důsledky zneužívání psychoaktivních látek a chronickými tělesnými chorobami. Tyto složité obrazy nebývají často správně diagnostikovány.

– Bariéry pro vstup do léčby bývají u seniorů ještě silnější nežli u lidí středního věku. Sem patří např. pocity stigmatizace, omezené finanční možnosti, malá informovanost nebo nesnadné dojíždění a horší mobilita.

– U seniorů bývají častější pocity samoty. Problémy působené hazardem tuto izolaci ještě podstatně prohlubují.

– Nekontrolovaná hazardní hra se někdy objevuje po nasazení antiparkinsonik, tedy léků, které se používají při léčbě Parkinsonovy nemoci. Ta se nejčastěji vyskytuje u lidí ve věku nad 50 let. Pokud by se jednalo o pouhý vedlejší účinek léků a ne patologické hráčství, po vysazení této medikace nebo jejím snížení, by měly ustát problémy s hazardem.

Příklad z praxe

Pan J. Š. se psychiatricky nikdy neléčil, k ústavní léčbě byl přijat v 63 letech po té, co prohrál najednou celý důchod. Pacient se svěřil bratrovi se svým úmyslem ukončit život a bratr dal podnět k hospitalizaci. Hazardní automaty hrál pan J. Š. přibližně od 55 let věku. Problém se zhoršil v jeho 61 letech nuceným odchodem do předčasného důchodu v souvislosti s reorganizací podniku. Co se jiných návykových problémů týče, kouřil 20 cigaret denně a denně spotřeboval 1,5 litru piva. Pozoroval souvislost mezi ovlivněním alkoholem a hazardem. Na možnost léčení pohlíží nyní spíše optimisticky, protože jeho „kamarádovi forbesákovi“ léčba pomohla.

Specifika léčby

V zásadě se používají stejné nebo podobné postupy jako u jiných věkových skupin. Podobná je i efektivita léčby (Jiménez-Murcia a spol. 2010). To se týká farmakoterapie (např. Grant a Grosz, 2004) i psychoterapeutických postupů. Často se používají antidepresiva ze skupiny SSRI i u pacientů bez depresivních obtíží, protože se tak mírní bažení po hazardu. Léčba patologických hráčů vyššího věku spolu s klienty jiných věkových kategorií je možná a obvyklá.

K. NEŠPOR / HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ U SENIORŮ

Některá specifika léčby

Psychologické překážky vstupu do léčby může oslabit např. anonymní poradenství nebo poskytnutí svépomocného manuálu (Nešpor, 2006, volně dostupné na www.drnespor.eu).

V případě postižení kognitivních funkcí, nemusí být seniori schopni tak dobře využívat jinak velmi užitečné kognitivně-behaviorální postupy. Pomoc může např. častější opakování a důkladnější trénink těchto technik. To je vhodné i pro mladších klientů vzhledem k tomu, že při bažení (craving) jsou kognitivní funkce dočasně oslabeny i u nich.

Konfrontační přístup nebývá vhodný ani u nižších věkových kategorií. U seniorů je vysloveně kontraindikován s ohledem na jejich vyšší zranitelnost a nižší odolnost vůči stresu (Tirachaimongkol a spol., 2010).

Jak uvedeno výše, antiparkinsonika mohou vést k výskytu nekontrolovaného hazardního hraní nebo k jinému impulzivnímu jednání. Každého klienta nad 50 let bychom se proto měli zeptat, zda takové léky neužívá, a pak případně ve spolupráci s neurologem přizpůsobit volbu léků nebo dávkování.

Častým problémem patologických hráčů vyššího věku bývá samota. Z tohoto důvodu je prospěšná rodinná terapie. Při ní lze někdy aktivizovat síť bezpečných vztahů a dohodnout i praktická opatření, která pomohou překonat problém s hazardem. Dlouhodobý kontakt s ambulantní terapeutickou skupinou, svépomocnou organizací či socioterapeutickým klubem pomáhají patologickému hráči vyššího věku k abstinenci a navíc mohou do jisté míry dočasně nebo i dlouhodoběji uspokojovat jeho sociální potřeby a mírnit pocity samoty.

Lidé vyššího věku se často ostýchají sportovat, nehledě k tomu, že některé sporty jsou pro ně nevhodné. Nevhodný bývá např. fotbal, basketbal a další sporty, kde dochází k prudkým změnám směru pohybu nebo tvrdým doskokům. V případě pádu je u seniorů podstatně vyšší riziko zlomeniny s ohledem na sklon k osteoporóze. Sedavý způsob života zhoršuje duševní stav starších lidí i jejich tělesnou kondici a zvyšuje zdravotní rizika. Lidem vyššího věku proto doporučujeme vhodnou formu tělesné aktivity, ale takovou, která je pro ně vhodná a dostupná. Nejčastěji se bude jednat o chůzi, některá šetrnější cvičení z jógy, některá tradiční čínská cvičení nebo zdravotní cvičení, která jim doporučí fyzioterapeut. Samozřejmě při tom bereme v úvahu i to, čemu dává klient přednost. Cvičení nebo chůze působí příznivě i na paměť a mírní deprese nebo úzkosti.

Kromě tělesného cvičení lze stres a negativní emoce mírnit i dalšími způsoby, např. využíváním relaxačních technik, podpůrnou nebo jinou formou psychoterapie nebo vytvářením sítě vztahů.

Vzdělávací část léčby by měla zahrnovat i relevantní informace o výživě,

K. NEŠPOR / HAZARD A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ U SENIORŮ

pitném režimu, organizaci času, tréninku paměti, o tom, kde hledat pomoc pro praktické problémy nebo krizovou pomoc.

Mírňení škod

Jak uvedeno výše, hazard staršího patologického hráče může ohrožovat existenčně i co se duševního zdraví týče celou širší rodinu. Jestliže není dočasně nebo dlouhodobě možná léčba a abstinence, mělo by se uvažovat o omezení způsobilosti k právním úkonům. To platí tím spíše, jsou-li přítomny další duševní poruchy nebo došlo k postižení kognitivních funkcí. Omezení způsobilosti se obvykle týká hospodaření s finančními prostředky a nakládání s majetkem. Návrh k omezení způsobilosti k právním úkonům se podává místně příslušnému soudu, iniciátorem návrhu může být i někdo z rodiny. Podstatné pro rodinu je to, že příslušné právní úkony osoby zbažené způsobilosti jsou neplatné.

L i t e r a t u r a

- Blaszczynski, A. – Nower, L.:* A Pathways Model of problem and pathological gambling. *Soc Study Addict. Alcohol Drugs*, 97, 2002, s. 487 – 499
- Grant, J. E. – Grosz, R.:* Pharmacotherapy outcome in older pathological gamblers: a preliminary investigation. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 17, 2004, s. 9 – 12
- Grant, J. E. – Kim, S. W. – Odlaug, B. L. – Buchanan, S. N. – Potenza, M. N.:* Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *J Psychiatr Res*, 43, 2009, 4, s. 380 – 387
- Kozáková, R. – Skřivánková, E. – Jarošová, D.:* Hodnocení stavu výživy hospitalizovaných seniorů. *Prakt Léč*, 90, 2010, 10, s. 536 – 539
- Ladd, G. T. – Molina, C. A. – Kerins, G. J. – Petry, N. M.:* Gambling participation and problems among older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 16, 2003, 3, s. 172 – 177
- Nešpor, K.:* Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag 2006; 130. Zdarma dostupné na www.drnespor.eu
- Tirachaimongkol, L. C. – Jackson, A. C. – Tomnay, J. E.:* Pathways to problem gambling in seniors. *J Gerontol Soc Work*, 53, 2010, 6, s. 531 – 546

Do redakcie prišlo 30. 7. 2011

Prijaté na publikáciu po recenzii: 15. 10. 2011

Adresa autora: Prim. MUDr. K. Nešpor, CSc., Psychiatrická léčebna Bohnice,
Odd. léčby závislostí – muži, 181 02 Praha 8
www.drnespor.eu