



Nelátkové závislosti

Patologické hráčství



Jaroslav Vacek

VÝUKOVÝ TEXT



**Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou
záštitou a koordinací:**



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

**projektu Příprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie
CZ.2.17/3.1.00/31430**



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**

**Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České
republiky a rozpočtem hlavního města Praha.**

Výukový text

Nelátkové závislosti - Patologické hráčství

Autor: Jaroslav Vacek

Centrum adiktologie

Obsah

Úvod	3
Historie hazardu	4
Definice a diagnostika patologického hráčství	7
Prevalence	10
Etiologie a patogeneze	11
Neurobiologie	12
Léčba	13
Závěr	16

Patologické hráčství

„Cestou jsem se asi na čtyři dny zdržel ve Wiesbadenu a samozřejmě jsem hrál ruletu. A víte co? Neprohrál jsem, ale vyhrál, i když jsem nevyhrál tolik, kolik jsem chtěl, 100 000, přece jen nějakou kapku jsem vyhrál... v těch čtyřech dnech jsem si bedlivě všímal hráčů. Sází jich tam několik set, ale kromě dvou jsem nenašel nikoho, kdo umí hrát... znám tajemství, jak se dá nejen neprohrát, ale určitě vyhrát. Toto tajemství určitě znám.“

(Fjodor Michajlovič Dostojevskij: Hráč)

Úvod

Hra je přirozenou součástí života, přináší radost, uvolnění i poučení. Hra nemusí být chápána jen jako zábava nebo rekreace, ale protože v dětství funguje i jako příprava na budoucí život, stojí v základech vývoje každého jedince. Všichni jsme hráči. A hazardními hráči budeme stále, dokud bude náhoda a nejistota součástí lidského života. V současném postmoderním světě se nepředvídatelnost, tak jako nikdy dřív, stala nedílnou součástí našeho denního života: riziko, spekulace, indeterminismus a neustálá změna nás provázejí ve věcech společenských i osobních: žijeme v době nejistot, náhody a příležitostí.

Historie hazardu

Hry, které mají dnes přívlastek hazardní, jsou součástí lidské historie už od starověku – pouze označení (některých) jejich hráčů za patologické je mladšího data.

Zdá se, že princip hazardních her, tedy podstoupení rizika, jehož výsledek je založený na náhodě, byl součástí kultury většiny známých civilizací. Pomůcky k hazardním hrám byly nalezeny ve vykopávkách v Číně (kolem 2300 př. n. l.). V Egyptě se našly slonovinové hrací kostky (datované před r. 1500 př.n.l.) a nápisy zmiňující se o hazardních hrách na destičkách v jedné z pyramid v Gíze. V řecké mytologii byl svět mezi bohy rozdělen pomocí vrhání kůstek¹: Zeus získal nebe, Hádes podsvětí a Poseidon moře. První šestihranné kostky byly používány Etrusky, nalezeny byly v římských vykopávkách a datovány do období kolem 900 př. n. l. Římský císař Caesar, poté co překročil Rubikon a táhl na Řím (49 př. n. l.), pronesl známou větu: „kostky jsou vrženy.“ V Novém zákoně (Lukáš 23:34) je popsána situace, kdy vojáci losovali o roucho ukřižovaného Ježíše.

Hazard hrál svou úlohu i v dějinách národů. Existuje např. legenda, že kolem roku 1000 n. l. si norský král Olaf a švédský král Olaf zahráli kostky o sporné území Hising (podle legendy vyhrál král norský, když po několika pokusech, v nichž oba králové hodili na obou kostkách šestky, hodil kostky tak, že se jedna tečka na šestce rozdělila do dvou a hodil tak 13). (Heimskringla or The Chronicle of the Kings of Norway <http://omac1.org/Heimskringla/haraldson3.html>)

Losování bývalo ve starověku i středověku metodou určení viny nebo nevinu obžalovaného nebo vhodnosti kandidáta pro určitý úřad, ale spíše než v náhodu se věřilo na boží vůli, která ji tím správným směrem ovlivňuje.

¹ tzv. astragaly, věštecké kůstky, známé ve starověkém Řecku a Indii tisíce let př. n. l., vyrobené z kotníkových kůstek ovcí a dalších zvířat, mající dvě (ano/ne), případně čtyři strany

Vynález hracích karet bývá připisován Číňanům (v souvislosti s vynálezem papíru a prvním používáním papírových peněz), ačkoliv existují i teorie o původu karet v Koreji nebo v Indii, každopádně pocházejí z Asie. Rychlý rozvoj karet ale spadá zejména do středověké Evropy

Hazardní hry byly velmi populární ve středověku: někteří vládcové zakazovali svým vojákům hrát karty a kostky, protože je hra odváděla od cvičení a plnění dalších povinností.

Hra byla vždy nahlížena lidstvem jako věc navýsost příjemná a dobrovolná, jako ideální svobodná lidská činnost, která má zábavný a rekreační charakter. Hra svou povahou probouzí nevědomé části naší psychiky, které nám umožňují být kreativními a kde doufáme i ve vyplnění našich snů, v kouzla. Je to svět jakési předzvěsti virtuální reality, fantazie, světa „jakoby“, kde si můžeme – tak jak si pamatujeme z dětství – vše beztrestně zkusit. Čím častěji a více se zapojujeme do hry, tím více přitahuje naši pozornost a běžná realita se nám zdá těžkopádnější, topornější a nezajímavě pracnější. Lehkost myšlenky a její realizace formou hry je něco, co člověka vášnivě přitahuje natolik, že zapomíná na reálný svět, ve kterém existuje. Je kruté, že do hry je v hazardu zabudován skutečný život od ztráty času, peněz až po ztrátu života: tragický kruh cesty, která vypadala zpočátku tak nevinně se smutné uzavírá.

Ve společnostech s negativním postojem k hazardu či drogám se tyto činnosti šíří velmi omezeně. Některé státy USA s přísnějšími zákony omezující hraní mají např. ve srovnání s jinými státy USA o 70% nižší výskyt chorobného hráčství. Tam ale, kde si již společnost na určitou drogu zvykla, je téměř nemožné za ní zavřít dveře. Rozvoj hazardního hraní je podporován širokou základnou hráčů herních přístrojů, na které si mládež navyká, má k nim vášnivý až závislostní vztah (hra na hracích přístrojích vyžaduje čas, zájem a nemalé množství financí) a přestup na hazardní hraní je vlastně jen malým krokem. V takových případech fakt, že tzv. výherní přístroje vlastně obsahují pouze 60-

80% možnosti výhry toho, co hráči do přístroje vloží, již nehraje podstatnou roli.

V České republice se gambling ve velkém začal rozvíjet od r. 1989. V porevoluční atmosféře vystupňované touhy rychle zbohatnout do gamblingu upadali spíše vyšší střední vrstvy s dobrým rodinným a vzdělanostním zázemím, později nastal posun závislé klientely směrem k mladším jedincům a nižším vrstvám. Mládež, pro kterou je v současné době hazardní hraní stále ještě symbolem zkrácené cesty k vyšší ekonomické úrovni nebo naopak výrazem životní nudy, ztráty smyslu až apatie, stále častěji zaplňují léčebné protigamblerské programy. Jakousi českou specifikou je častý výskyt gamblingu jako součásti hospodského životního stylu v kombinaci s pitím piva, které rozpouští veškerá předešlá předsevzetí nehrát. Z hlediska prognózy je již jen horší kombinace gamblingu s braním drog, neboť obě činnosti velmi rychle vyčerpávají nejen finanční možnosti, ale fyzickou i psychickou schopnost komplikovanou životní dráhu ustát a vydržet frustrace v pozdější léčbě do zdárného vyléčení.

Novou oblastí gamblingu, která se objevila v r. 1995, je hraní a sázení s pomocí internetu. Začátečnickům je kromě odborného zaškolení umožněno v chatových místnostech se dostat do virtuální sociální sítě gamblerů. Mohou hrát nejprve volně bez financí, poté jsou jim poskytovány velké výhody a slevy. Dle neurofyziologů (Tailor et al., 2007) je tato forma gamblingu mnohem nebezpečnější ze dvou důvodů: a) čím kratší odezva na naši akci, tím spíše se na proces soustředíme (syndrom „ponoření se“, v kterém nevnímáme nic jiného a máme problém proces ukončit) a b) v případě, že uděláme chybu, v další volbě více riskujeme. Atmosféru prostupuje poselství „Když nehraješ, nikdy nemůžeš vyhrát:“, což vyvolává falešnou představu, že nelze vyhrát v životě jinak a člověk bez odvahy (=hrát) je looser = budižkničemu.

Definice a diagnostika patologického hráčství

Hazardní hráčství je vsázení částky určité hodnoty s rizikem a s očekáváním zisku větší hodnoty, než je vsazená částka. Hráčství obecně lze dělit na hráčství, problémové hráčství a patologické hráčství.

Patologické hráčství je charakterizováno jako časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení (Smolík, 1996). Diagnostiku lze provádět podle MKN-10 (F63.0), propracovanější diagnostická kritéria však nabízí DSM-IV. Nejpoužívanějším diagnostickým nástrojem v USA je v současné době dvacetipoložkový SOGS (Lesieur & Blume, 1987), jehož zkrácenou alternativou je tzv. Lie/Bet screen (Johnson et al., 1997). Ten se skládá z jednoduchých dvou otázek: „Pocítíte někdy potřebu sázet více a více peněz?“ a „Lhali jste někdy pro vás důležitým lidem o tom, jak moc hrajete?“.

Diagnostická kritéria pro patologické hráčství dle MKN-10 (Smolík, 1996):

A. Neustálé a opakované maladaptivní hráčské chování vyznačující se nejméně pěti z následujících příznaků:

1. zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu nebo přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní)
2. potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení
3. opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo se vzdát hraní
4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní

5. hraní jako způsob útěku od problémů nebo snaha zbavit se dysforické nálady, např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese
6. po prohře peněz ve hře se často další den vrací, aby je znovu získal („hon" za penězi)
7. lže členům rodiny, terapeutům nebo jiným, aby zastřel rozsah svého hráčství
8. páchá nelegální činy, jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry, aby získal peníze na financování hráčství
9. hráčstvím ohrozil nebo ztratil významné přátele, práci nebo příležitost ke vzdělání a kariéře
10. spoléhá se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hráčstvím

B. Nelze přiřadit k manické epizodě.

Patologické hráčství sebou nese velké riziko sebevraždy. V ČR se odhaduje 600 sebevražd patologických hráčů ročně. Zdravotnická statistika uvádí počet 1 395 pitev osob zemřelých sebevraždou, provedených na pracovištích soudního lékařství v roce 2008 (1 398 případů v roce 2006, 1 405 případů v roce 2007), z nichž může připadat až 43 % na patologické hráče (ÚZIS, 2009).

Patologické hráčství jako impulsivní poruchu je diferenciatně diagnosticky třeba odlišit zejména od:

1. **sociálního hráčství** – sociální hráči hrají ve společnosti a přestanou v okamžiku, kdy utratí svou předem určenou „částku na hraní“, nepůjčují si na hraní peníze;
2. **hráčství u sociopatických osobností** (impulsivních, nezdrženlivých, dissociálních) – zde je hráčství **sekundární**;

3. **hráčství v akutní psychóze, v manické fázi;**
4. **závislosti na alkoholu** – často alkohol jako spouštěč recidivy hráčství.

S patologickým hráčstvím se pojí některé kognitivní distorce. **Zvětšení obratnosti v hraní** bývá doprovázeno přehnaně zvýšenou sebedůvěrou, což bývá v přímém kontrastu s množstvím prohraných peněz. Gambleři mívají vysokou důvěru ve své schopnosti objevit způsob, jak vyhrávat.

Pověřivost bývá také typická pro některé gamblery. Lze rozlišovat pověřivost talismanickou, kdy gambler věří, že nějaký předmět (např. prsten) mu přinese štěstí ve hře, pověřivost rituální, kdy gambler věří, že určitý rituál (např. že se smí posadit pouze na určité sedadlo v herně) mu přinese štěstí ve hře či pověřivost kognitivní, kdy gambler věří, že určitý mentální stav mu přinese štěstí ve hře (modlení...).

Sklon k vysvětlování opakovaných proher (racionalizace) bývá také častý (např. že momentálně prohrává, protože ho brzy čeká velká výhra, nebo že v souhlase s logikou či pravidly náhodnosti musí být série proher vystřídána sérií výher). Gambler vždy najde mnoho důvodů, proč pokračovat v hraní, nicméně ani jediný důvod, proč v hraní přestat. Antropomorfismus ve formě přičítání lidských vlastností výherním automatům lze též sledovat v chování některých gamblersů.

Selektivní paměť pro výhry, především pro ty větší výhry a těžkosti ve vybavování si proher je jedním z dalších charakteristických příznaků kognitivní distorce gamblersů. **Iluze kontroly nad štěstím ve hře** může být charakterizována vírou gamblera, že štěstí osciluje mezi periodou dobrého a špatného období, která lze předvídat například ve snech, intuicí. Gambleři se mohou domnívat, že mohou dosáhnout výhry pouze v určitých hrách atd. **Iluzorní korelace** mezi výhrou a nějakými vnějšími okolnostmi jsou pro některé gamblery

výzvou k vytváření takových podmínek, za jakých dříve získali vyšší výhru (4).

Prevalence

V zemích EU je prevalenční odhad stanoven evaluačními průzkumy pomocí různých definovaných metod v rozmezí 0,49 % - 5,5 % z obecné populace, průměrně 1,72 % (indikátor 12 měsíční prevalence problémových a patologických hráčů). V České republice se odhaduje, že výskyt patologického hráčství nebude nižší než 0,5 - 1 % z populace, vzhledem k dostupnosti hazardních her spíše vyšší. Celkově jde v ČR až o 100 000 osob a mnohonásobně vyšší počet těch, kdo hrají problémově nebo kdo trpí hazardními hrami druhotně (rodiče, manželky a děti patologických hráčů, zaměstnavatelé, věřitelé etc.). Dle Nešpora a Csémyho (2005) se jedná o 1 až 1,5 milionu obyvatel ČR.

Patologické hráčství se vyskytuje u přibližně 1-3 % osob. Každoročně patologických hráčů přibývá. Diagnostiku lze provádět nejlépe pomocí DSMIV či SOGS (South Oaks Gambling Screen), eventuálně pomocí MKN-10. S patologickým hráčstvím se pojí některé kognitivní distorze, které jsou v článku popsány. Mnohé skutečnosti svědčí spíše pro příbuznost patologického hráčství se závislostí na drogách než pro příbuznost s obsedantně kompulzivní poruchou, jak předpokládá současný model. U patologických hráčů byla prokázána disbalance dopaminového a serotoninového systému. Pohled na současnou léčbu patologického hráčství není jednotný, nicméně převládá názor, že multimodální terapie s využitím kombinací více technik a s využitím organizací poskytujících pomoc gamblerům, se jeví jako nejúčinnější postup při léčbě patologického hráčství. Klíčová slova: patologické hráčství, gambler, neurobiologie, terapie.

V roce 1998 z celkové dospělé populace v USA mělo zkušenost s hraním 86 % osob, zatímco v roce 1975 pouze 68 % osob. V tomto čísle jsou zahrnuty tradiční formy hraní jako kasina, loterie a dostihy. Mezi nové formy hraní patří video poker a internetové hraní. O něco

méně než 10 % dospělých hráčů se stává problémovými hráči, což v celkové populaci činí cca 3-4 %. Rok od roku celosvětově přibývá patologických hráčů. V americké populaci, stejně jako v evropské populaci se uvádí prevalence patologického hráčství mezi 1-3 %. Situace je obecně horší u adolescentů a mladé generace, kde se prevalence problémového hráčství pohybuje okolo 9 % a patologického hráčství okolo 4 %. V USA se mezi lety 1991 a 1995 zvýšila celková sázená částka z 300 na 500 miliard dolarů ročně.

Etiologie a patogeneze

Patologické hráčství bývá klasifikováno jako impulzivní porucha, nicméně existuje ještě jedna důležitá hypotéza, která patologické hráčství řadí mezi poruchy spojené s nelátkovou závislostí. Nabízí se paralela mezi patologickým hráčstvím a obsedantně kompulzivní poruchou na straně jedné a patologickým hráčstvím a poruchou s užíváním drog a alkoholu na straně druhé.

Mnohé skutečnosti svědčí spíše pro příbuznost patologického hráčství se závislostí na drogách (Rupcich et al., 1997). Například 45 až 55 % gamblerů trpí současně alkoholizmem a 65 až 85 % závislostí na nikotinu. V populaci patologických hráčů nalezneme čtyři až desetkrát více jedinců s problémy s drogami či alkoholem než v obecné populaci. Při analýze 2 670 osob s obsedantně kompulzivní poruchou nebylo objeveno zvýšené množství osob s patologickým hráčstvím než v obecné populaci. Zatímco osoby s patologickým hráčstvím či závislostí na drogách se klinicky jeví jako ego-syntonní a přirozeně apetitivní, osoby s obsedantně kompulzivní poruchou se jeví jako ego-dystonní a neapetitivní. Deficit pozornosti a koncentrace individuů s patologickým hráčstvím je také bližší drogovým závislostem než obsedantně kompulzivní poruše.

Nejen patologické hráčství bývá přirovnáváno k obsedantně kompulzivní poruše, ale také drogová závislost bývá charakterizována jako kompulzivní porucha.

Mnozí autoři předpokládají u patologického hráčství nevyřešený nevědomý vnitřní konflikt. Vnějšími predispozičními faktory mohou být úmrtí nebo rozvod rodičů před dosažením věku adolescence postiženého jedince, výchovné sekýrování nebo rozporuplná výchova v dětském věku, expozice hráčství v rodině nebo mezi přáteli v adolescenci. Někdy se jedná o rodiny, které zanedbávají finanční záležitosti, plánování, zajištění bezpečnosti, nebo kde je zdůrazňován význam peněz jako ekvivalent úspěchu (Smolík, 1996). Prevalence patologického hráčství je až desetkrát vyšší u mužů než u žen. Zatímco u žen je riziko hraní často spojeno s depresí, u mužů není deprese signifikantním rizikovým faktorem vzniku patologického hráčství.

Faktory ovlivňující patologické hraní u mužů jsou:

- patologické hráčství nebo alkoholismus v rodinné anamnéze,
- hráčství počínající v mladším věku,
- rodinné nepokoje (autorita, komunikace).

Neurobiologie

U patologických hráčů byly objeveny nižší hladiny dopaminu a zvýšené hladiny jeho metabolitu DHPA (3,4-di-hydroxyphenylacetic acid) v mozkomíšním moku, což svědčí o zvýšení dopaminových transmisí. U mužů byla po výhře objevena zvýšená hladina dopaminu v periferní krvi. V průběhu hraní videoher byly u hráčů objeveny zvýšené hladiny dopaminu ve striatu (Koepp et al., 1998).

Mnohé výsledky svědčí také o dysregulacích v serotoninovém systému, které by měly přispívat k horší kontrole impulzivního chování. V krvi patologických hráčů byla objevena signifikantně snížená hladina monoaminoxidázy B (MAOB).

Ze studií na dvojčatech plyne, že dědičný základ tvoří cca 35-54 % dispozic k patologickému hráčství. Byla objevena souvislost mezi

polymorfizmem genu pro dopaminový receptor D2 (DRD2) a patologickým hráčstvím (Comings et al., 1996; Comings, 1998). Nicméně tuto souvislost je nutno zpochybnit vzhledem k námi dosaženým výsledkům a rozboru metodik prací, které referují o pozitivních vztazích TaqI A polymorfizmu genu pro DRD2 k závislostem (Šerý et al., 2001). Byla objevena souvislost mezi patologickým hráčstvím a DDE I polymorfizmem genu pro dopaminový receptor D1 (Comings, 1998; Comings et al., 1997), Msc I polymorfizmem genu pro dopaminový receptor D3 (Comings et al., 1996), repeatem genu pro dopaminový receptor D4 (Perez de Castro et al., 1997; Comings et al., 1999), I/D polymorfizmem genu pro serotoninový přenašeč (Perez de Castro et al., 1999) a polymorfizmy genů pro MAO (Ibanez et al., 2000).

Léčba

Pohled na léčbu patologického hráčství není jednotný stejně jako cíle léčby. Byly zkoušeny terapie psychodynamické, behaviorální, kognitivní, kognitivně-behaviorální, multimodální a farmakoterapie (Zahradník, 2005).

Už jedna z prvních prací na téma léčby patologického hráčství prokázala efektivitu desenzitizace ve fantazii (McConaghy et al., 1983). Petry et al. (2008) doložili efektivitu krátké intervence pro problémové a patologické hráčství. Dannon et al. (2007) zjistili účinnost SSRI, topiramatu a naltrexonu v této indikaci. Bowling et al. (2006) uvedli příznivé výsledky u žen léčených kognitivně-behaviorální terapií. Petry et al., 2006) uvádějí dobré výsledky při použití kognitivně behaviorální terapie. Abstinenci usnadňovala i spolupráce se svépomocnou organizací. Citovaná autorka proto doporučuje kognitivně behaviorální terapii kombinovat s účastí na setkáních svépomocné organizace. O účinnosti psychologické léčby pro patologické hráčství svědčí metaanalýza autorů Pallesen et al. (2005). Užitečná je také rodinná terapie (Hodgins et al., 2007). V posledních letech se často objevuje názor, že při posuzování výsledků léčby je kromě abstinence správné brát v úvahu i další

okolnosti života, např. mezilidské vztahy, pracovní uplatnění, kvalitu života nebo nepřítomnost trestné činnosti.

V USA existuje několik organizací poskytujících pomoc gamblerům a jejich rodinám, z nichž nejznámější jsou Gamblers Anonymous (internetová stránka na www.gamblersanonymous.org), The National Council on Problem Gambling (internetová stránka na www.ncpgambling.org) a Gam-Anon (internetová stránka na www.gam.anon.org).

Psychodynamické terapie

Někteří psychoanalytici viděli příčinu patologického hráčství v časných ztrátách a deprivacích, jiní v dětském konfliktu, který zapříčinil gamblerovu potřebu ztrácet. Victor a Krug (1967) použili zvláštní postup při léčbě gamblera. Gamblerovi bylo přikázáno, aby hrál po dobu tří hodin denně a zapisoval si své pocity o hře. Tento gambler nehrál pak po mnoho měsíců a poprvé po dvaceti letech.

Behaviorální terapie

Behaviorální terapeuti mají tendenci vidět patologické hráčství jako naučené chování, které je iniciováno a udržováno pozitivním a negativním posilováním. Již časně pokusy behaviorálních terapeutů byly často zaměřeny na averzivní techniky. Novější výsledky jsou méně povzbuzující. Nověji byly zkoušeny techniky desensitizace, relaxace, které potlačovaly úzkost, čímž se snižovala i potřeba hraní.

Kognitivní terapie

Zajímavý pohled na problematiku patologického hráčství přinesla kognitivní terapie prováděná kanadským kolektivem, v jehož čele byl Ladouceur (1998). Jeho skupina použila korekci mylných představ o základních pravidlech náhodnosti. Tato terapie zahrnovala 4 složky:

- a) porozumění pravidlům náhodnosti - terapeut vysvětlil pravidla náhodnosti, že každá hra je nezávislá, že neexistuje strategie kontrolovat výsledek, že existuje mi-

nimální naděje návratu vloženého finančního obnosu a že je nemožné kontrolovat hru

- b) porozumění mylným domněnkám gamblerů - terapeut vysvětlil, jak iluze o schopnosti kontrolovat hru přispívají k udržování hráčského zvyku
- c) uvědomování si nesprávných vjemů - gambler byl informován, jak mylné vjemy predominují v průběhu hry a byla vysvětlena odlišnost mezi adekvátní a inadekvátní verbalizací
- d) kognitivní korekce mylných vjemů - terapeut korigoval inadekvátní verbalizaci a mylné domněnky s využitím záznamu pacientovy verbalizace pořízené v průběhu konání imaginární hry.

Léčba probíhala jednou až dvakrát týdně (60-90 min), celkem maximálně 20 hodin. Po léčbě čtyři z pěti takto léčených pacientů po dalších šest měsíců neměli ani jednu zkušenost s hraním. Z výsledků je možno vyvozovat závěr, že v příčinách patologického hráčství sehrávají velmi důležitou úlohu kognitivní distorze a že jejich úprava může být jednou z hlavních léčebných strategií.

Kognitivně-behaviorální terapie

Sharpe a Tarrier (1992) léčili pacienta kombinací relaxace, imaginace a kognitivní restrukturalizace. U pacienta se významně snížila anxiozita a hraní se postupně vytratilo. Arribas a Martínez (1991) léčili čtyři klienty behaviorálními a kognitivními technikami, které zahrnovaly sebezpozorování, kontrolu stimulu, prevence odpovědi, kognitivní restrukturalizaci, intervenci v rodině a prevenci relapsů. Po třinácti sezeních tito pacienti nehráli 6 měsíců.

Multimodální terapie

Některé léčebné programy vznikly kombinací více technik. Při multimodální terapii se uplatňuje individuální, rodinná a skupinová terapie, výchova, psychodrama, svépomocné skupiny, nácvik

komunikační dovednosti, účast v Gamblers Anonymous. Úspěšnost tohoto způsobu terapie je celkem vysoká (50-70 %). Je zřejmé, že úspěšnost léčby závisí především na motivaci pacientů či schopnosti terapeutů pacienty dostatečně motivovat.

Farmakoterapie

Dvojitě slepá studie srovnávající léčbu naltrexonem s placebem na souboru 45 pacientů zjistila signifikantní zlepšení symptomů patologického hráčství po léčbě naltrexonem (75 % pacientů) ve srovnání s placebem (25 % pacientů) (Kim et al., 2001). Autoři této studie hypoteticky vycházeli z příbuznosti patologického hráčství se závislostí na drogách, a proto použili k uvedené léčbě látku, která je známá jako účinné antidotum narkotik a při terapii a diagnóze předávkování opioidů.

Závěr

Na vznik patologického hráčství je nutno nahlížet ze strany vnitřního nevyřešeného konfliktu, tenze, úzkosti. Hraní je útekem od reality všedních dní, neschopností čelit každodenním problémům, životní nechutí. Samozřejmě lze farmakologicky potlačit úzkost a snížit míru hraní, stejně tak je možné behaviorální terapií potlačit míru hraní, nicméně se tím neřeší základní problém - vnitřní konflikt. Zdá se, že pouze multimodální přístup (včetně analýzy sociálního prostředí a práce s ním, kognitivní přístup, výchova...) může vést k takovému vyřešení problému, jakým je zastavení hraní (abstinence). V USA je v současnosti za nejlepší formu pomoci patologickým hráčům pokládána účast v Gamblers Anonymous. V případě jednosměrné psychoterapie a farmakoterapie bude léčba směřovat spíše ke snížení míry hraní na „akceptovatelnou mez“.

Použitá literatura

Arribas, M. P. a Martínez J. J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: Descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17:255-269.

Comings D. (1998). The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums*, 3: 20-37.

Comings, D. E., Gade, R., Wu, S., Chiu, C., Dietz, G., Muhleman, D., Saucier, G., Ferry, L., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., MacMurray, P. (1997). Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol. Psychiat.* 2: 44-56.

Comings, D. E., Gonzalez, N., Wu, S., Gade, R., Muhleman, D., Saucier, G., Johnson, P., Verde, R., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Miller, W. B., MacMurray, J. P. (1999). Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *Am. J. Med. Genet.*, 88: 358-368.

Comings, D. E., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Muhleman, D., Chiu, C., Dietz, G., Gade, R. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6: 223-34.

Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolsky, Y., & Kotler, M. (2007). 12-month follow-up study of drug treatment in pathological

gamblers: a primary outcome study. *J Clin Psychopharmacol.*, 27(6), 620-624.

Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2006). Treatment of female pathological gambling: the efficacy of a cognitive-behavioural approach. *J Gambl Stud.*, 22(4), 355-372.

Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W., & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *J Gambl Stud.*, 23(2), 215-230.

Ibanez, A., de Castro, I. P., Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C., Saiz-Ruiz, J. (2000). Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Mol. Psychiat.*, 5: 105-109.

Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N., Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol. Rep.*, 80: 83-88.

Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., Shin, Y. C. (2001). Double-blind nal-trexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol. Psychiat.*, 49: 914-921.

Koepp, M. J., Gunn, R. N., Lawrence, A. D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D. J., Bench, C. J., Grasby, P. M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393: 266-268.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behav. Res. Ther.*, 36: 1111-1119.

Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS). a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am. J. Psychiatry.*, 144: 1184-1188.

McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry.*, 142, 366-372.

Nešpor K. (2006). Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K., & Csémy, L. (2005). Kolik je v České republice patologických hráčů? *Česká a Slovenská psychiatrie*, 101(8), 433-435.

Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412-1422.

Perez de Castro, I., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J. (1999). Genetic contribution to pathological gambling: possible association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected men. *Pharmacogenetics*, 9: 397-400.

Perez de Castro, I., Ibanez, A., Torres, P., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J. (1997). Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor gene. *Pharmacogenetics*, 7: 345-348.

Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., & Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers *J Consult Clin Psychol.*, 74(3), 555-567.

Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., & Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol.*, 76(2), 318-328.

Rupcich, N., Frisch, G. R., Govoni, R. (1997). Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *J. Subst. Abuse Treat.*, 14: 573-4.

Šerý, O., Mikeš, V., Kašparovská, J., Hladilová, R., Šimek, V., Znojil, V., Gláslo-vá, K., Profous, J., Zvolský, P. (2001). Alkoholizmus a dopaminový receptor D2 -předběžné výsledky asociační studie. *Psychiatrie*, 5: 32-33.

Sharpe, L. a Tarrrier N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *J. Cognit. Psychother.*, 6: 193-203.

Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. MAXDORF: 388-391.

Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst. Use Misuse*, 34: 1593-604.

ÚZIS (2009). Činnost patologie a soudního lékařství v roce 2008. Aktuální informace č. 42/2009. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Počet pitev na pracovištích soudního lékařství, s. 3.

Victor R. G., Krug, C. M. (1967). „Paradoxical intention“ in the treatment of compulsive gambling. *Am. J. Psychother.*, 21: 808-814.

Zahradník, P. (2005). Patologické hráčství-psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii, *Psychiatrie pro praxi*, 6(2), 87-90.