

Patologické hráčstvo, odporúčané postupy

MUDr. Jozef Benkovič, MUDr. Mária Martinove, PhD.
Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora

Patologickému hraniu sa v psychiatrickej literatúre venuje ešte stále iba nepatrná pozornosť. Súhrnný článok má za účel skompletizovať diagnostické a terapeutické postupy tejto poruchy, zhrnuté v prácach zahraničných autorov, či použité priamo z našich skúseností. Má poskytnúť základné informácie terapeutom patologických hráčov, zlepšiť včasné rozpoznanie poruchy, umožniť adekvátnu liečbu s úmyslom zabrániť závažným, nepriaznivým a často dlhodobým dôsledkom.

Kľúčové slová: patologické hráčstvo, diagnostika, liečba.

Pathological gambling – recommended

Pathological gambling is still address low attention in the psychiatric literature. This paper completes the diagnostic and therapeutic methods of pathological gambling, summarized in foreign publications or disposed directly from our experiences. Provides basic information to gambler's therapist, improving early detection of pathological gambling, adequate treatment and preventing serious consequences.

Key words: pathological gambling, diagnosis, treatment.

Psychiatr. prax; 2011; 12 (4): 149–153

Úvod

Gambling je všeobecne spoločensky akceptovateľná a legálna „voľno-časová aktivita“ vo väčšine kultúr na svete. Vyžaduje finančné zdroje na hru, pričom výsledok hry nie je predvídateľný a je určovaný náhodne (15).

Pre väčšinu jedincov je gambling rekreačnou aktivitou s menšími či väčšími nepriaznivými následkami. V určitej miere však môže progredovať do patologického hráčstva, definovaného v DSM-IV ako perzistujúce a rekurentné maladaptívne hráčske správanie, ktoré rozvracia jedinca, rodinu alebo pracovné činnosti (1).

Patologické hráčstvo (PH) môže teda veľmi zásadným a nepriaznivým spôsobom postihnúť jedinca, jeho rodinu, ale aj spoločnosť. Má veľký vzťah ku komorbidite. Preto jeho včasná identifikácia a adekvátna liečba môžu obmedziť nepriaznivé a dlhotrvajúce následky.

Diagnostické kritériá a diferenciálna diagnóza

V Diagnostickom a štatistickom manuáli Americkej psychiatrickej asociácie (APA-DSM-III) sa PH vyskytuje už od roku 1980 a ako diagnostická kategória sa objavila v medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) od 1. 1. 1994.

MKCH-10 radí PH (dg. F 63.0) do skupín návykových a impulzívnych porúch, ku ktorým patrí tiež pyrománia, kleptománia, trichotilománia a iné návykové a impulzívne poruchy.

Definícia patologického hráčstva podľa MKCH-10 (17) – ide o časté a opakované epizódy hráčstva, ktoré v živote jedinca dominujú a vedú k poškodeniu sociálnych, pracovných, materiálnych, rodinných hodnôt a k jeho zadĺženiu.

Kritériá PH:

- počas obdobia najmenej jedného roka sa vyskytnú 2 alebo viac epizód hráčstva;
- tieto epizódy nie sú pre jedinca výnosné, ale opakujú sa napriek tomu, že vyvolávajú tieseň a narúšajú jeho každodenný život;
- jedinec popisuje silné pudenie ku hre, ktoré možno len ťažko ovládnuť, a hovorí o tom, že nie je schopný silou vôle hre odolať;
- jedinec je zaujatý myšlienkami a predstavami hrania a okolnosťami, ktoré túto činnosť sprevádzajú.

Diferenciálne diagnosticky je potrebné odlíšiť:

- **hráčstvo a stávkovanie** (dg. Z 72.6) – ide o časté hranie kvôli vzrušeniu alebo pokus ako vyhrať peniaze. Títo jedinci dokážu držať svoj hazard „na uzde“, keď musia čeliť nepriaznivým dôsledkom, resp. stratám. Nepatrí medzi duševné poruchy, ale do skupiny „faktorov ovplyvňujúcich zdravie a kontakt so zdravotníckym zariadením“ (os III., viacosovej diagnostiky MKCH-10);
- nadmerné hráčstvo **u manických jedincov**;
- hráčstvo **u sociopatických osobností** (oproti DSM-IV, ktorá akceptuje takúto diagnózu, čo je prognosticky dôležité, lebo terapia PH u sociopatických osobností má horšiu prognózu).
Diagnózu PH je možné niekedy s ohľadom na jej ďalší priebeh korigovať. Ak jedinec spĺňa 3 z uvedených 4 kritérií patologického hráčstva (teda nie všetky) a nejde ani o hráčstvo, či stávkovanie, možno stav klasifikovať ako suspektné PH. Tzv. problémové hráčstvo podľa DSM-IV

(APA) je lepšie nepoužívať, lebo sa prekrýva s dg Z 72.6 (20).

V diagnostickom a štatistickom manuáli APA, **DSM-IV** sú vyšpecifikované charakteristické **čtyri gamblérskeho správania**, hlavne zaujatost hráčstvom a premýšľanie o ňom, potreba hrať so stále väčšími finančnými čiastkami za účelom dosiahnutia vzrušenia, opakované a neúspešné snahy hru kontrolovať, podráždenosť pri pokuse hru prerušiť, klamstvá členom rodiny, páchanie nelegálnych činov za účelom získania financií na hru a podobne.

Neurobiologické koreláty patologického hráčstva

Elektrofyzologické a neuropsychologické údaje poukazujú na **vzťah** patologického hráčstva **s impulzívnosťou**, extravertiou a senzácivnosťou (7).

Záznamy EEG u patologických hráčov poukazujú na frontálne a temporálne abnormality. Tieto zistenia predpokladajú spojitost s impulzívnosťou a nepozornosťou (7).

Neurobiologické štúdie uvádzajú koreláciu medzi narušeným metabolizmom serotonínového, noradrenalinového a dopaminového systému. Aktivita trombocytarnej monoaminoxidázy spojená s impulzívnosťou a sérotonergnou funkciou je u patologických hráčov, v porovnaní so zdravými kontrolami, znížená. Adrenergný systém je spojený so vzrušivosťou a táto je u patologických hráčov zvýšená. V porovnaní s kontrolnou skupinou sa v cerebrospinálnom likvore gamblerov zistili signifikantne vyššie hladiny metabolitu noradrenalinu, a to 3-metoxi-4-hydroxy-fenylglykolu ako aj ľahko zvýšený výdaj

noradrenalinu močom. Dopamínový systém je spojený s odmeňovaním. U patologických hráčov je dopaminergná funkcia pozmenená. Patologickí hráči vykazujú zníženie dopamínu a zvýšenie 3,4 dihydroxyfenyloctovej kyseliny a kyseliny homovanilovej (7).

Epidemiológia patologického hráčstva

Štúdie v USA z 80-tych rokov uvádzajú 2 % výskyt PH medzi obyvateľstvom. Koncom minulého tisícročia hodnota prevalencie patologických hráčov v USA kolísala medzi 1,4 – 5,1 % (19).

V Kanade sú podľa jednotlivých provincií uvádzané rozdielne percentá výskytu PH. Napríklad v provincii Alberta 5 %, v Ontáriu 2 % (21).

Britský výskum odhadol mieru prevalencie problémového gamblingu Britov na 0,8 %. Konštatuje, že prevalencia PH u psychiatrických pacientov je 6 – 12 %. Adolescenti sú v súvislosti s gamblingom viac zraniteľní ako dospelí. K rizikovým populáciám patria menšinové etnické skupiny, slabšie sociálno-ekonomické skupiny, skupiny s problémami v oblasti duševného zdravia a látkových závislostí (23).

Etiológia a patogenéza patologického hráčstva

Bežne preferovaný prístup k etiologickému vysvetleniu PH je eklektický, ponímajúci patologické hráčstvo ako následok interakcie medzi psychologickými, behaviorálnymi, kognitívnymi a biologickými premennými.

Psychoanalytické teórie hovoria o podvedomej túžbe po prehre – zabudnutí, resp. o nevyriešenom Oidipovskom komplexe.

Kognitívne teórie uvádzajú kognitívne deformácie, podobne ako zveľbovanie gamblérskej zručnosti, poverčivosti a interfunkčných predsudkov.

Neurotransmitterová teória uvádza sérotonínovú, noradrenalinovú a dopamínovú dysfunkciu (5).

Predispozičné faktory

Úmrtie alebo rozvod rodičov pred dosiahnutím veku adolescencie, rozporuplná výchova v mladosti, výskyt hazardu v rodine a expozícia hráčstva v rodine, medzi priateľmi v adolescencii, tiež v rodinách, kde sa zanedbávajú finančné záležitosti alebo kde je zdôrazňovaný význam financií ako úspechu (22).

Priebeh a prognóza

PH sa typicky začína rozvíjať vo včasnej adolescencii u mužov (u žien neskôr) a vyúsťuje do

chronického progresívneho priebehu, v ktorom sa striedajú úseky abstinencie a recidív. Hoci je gambling všeobecne rozšírený viac u mužov, prevalencia u žien sa zvyšuje. Patologické hráčky sú zvyčajne staršie ako muži, ale vývoj problémov s hraním je rýchlejší, teda nástup problémov u žien je prudší (5).

Nie je zistený špecifický prototyp osobnosti, ktorý by predisponoval k PH, **ich osobnosti** sú popisované ako živiálne, energické, narcistické, mávajú problém s empatiou a dôverou (22). K najčastejším charakteristikám osobnosti patrí bezstarostnosť, egocentrizmus, labilita, nezdržanlivosť, nedbalosť a ľahkovážnosť (11).

Patologické hráčstvo a komorbidné poruchy

Závislí jedinci a teda aj patologickí hráči mávajú často pridružené komorbidné duševné poruchy, ktoré komplikujú problémy súvisiace s ich závislosťou, zhoršujú a chronifikujú liečbu a prognózu pracovnej schopnosti. Gambleri vykazujú vyššiu pravdepodobnosť výskytu vážnejších psychiatrických porúch, napr. depresii, antisociálnych osobnostných porúch, alkoholizmu, či drogových závislostí (4).

Samovražedné myšlienky, samovražedné pokusy a dokonané samovraždy sú oveľa častejšie u patologických hráčov ako v bežnej populácii. Gambling s obrovskými finančnými stratami, koexistencia psychiatrických porúch a látkových závislostí predstavujú spolu zvýšené riziko samovražd.

Obvyklé komorbidné poruchy s PH sú poruchy kontroly impulzov, úzkostné poruchy a poruchy pozornosti s hyperaktivitou (3).

Diagnostické nástroje a diagnostický rozhovor

Vyšetrenie patologického hráča (assessment)

Správne určenie diagnózy pomáha klinicky sformulovať komplexný a efektívny liečebný plán. Mnoho gamblerov sa pri otváraní ich hráčskeho problému cíti zahanbene a máva veľké zábrany hovoriť otvorene a pravdivo. Terapeut by mal byť preto taktný a citlivý pri skúmaní ich gamblérskeho správania. Už pri úvodnom rozhovore je vhodné, so súhlasom hráča, získať od najbližších príbuzných doplňujúce informácie.

Súčasť vyšetrenia tvoria typické diagnostické kritériá (podľa klasifikácie DSM-IV a ICD-10) ako je neschopnosť zastaviť, či kontrolovať svoju hru, tendencia zvyšovať dávku vzrušenia ako aj vznik nepriaznivých vzťahových, ekonomických, psychických, sociálnych či pracovných dôsledkov,

vznik problémov v osobnom živote, problém zvládania cravingu a ďalšie (5).

Základné oblasti vyšetrenia patologického hráča (assessment):

■ úplná psychiatrická história

- história súčasných, aktuálnych chorôb, psychiatrická, rodinná, liečebná a osobná anamnéza;

■ detailný odhad gamblérskeho chovania

- začiatok (initiation),
- pokračovanie (progression),
- obvyklá frekvencia (dni v týždni, hodiny počas dňa),
- obvyklá intenzita (náročnosť na financie), pomer prehratých peňazí k platu,
- typy hazardných hier a preferencia typu hazardnej hry,
- udržiavacie, podporujúce faktory gamblingu,
- charakteristické črty závislosti;

■ následky gamblingu

- finančné, medziľudské, profesijné, sociálno-spoločenské, zákonné,
- dôvody ku konzultáciám, motivácia k zmene, očakávania od liečby,
- odhad suicidálneho rizika,
- odhad komorbidných porúch na osi I a II, zahŕňajúcich látkové závislosti,
- súhrnné vyšetrenie duševného stavu (5).

Udržiavacie (podporujúce) faktory ako „spúšťače k hazardu“ môžu často informovať

o špecifických intervenciách. Tu je na mieste otázka: „Aké sú vaše dôvody, aby ste gambloval?“ Najčastejšie referovaným udržiavacím faktorom patria negatívne emočné stavy, zlá nálada, nuda (vyplývajúce zo stresov a nevyváženého životného štýlu), ako aj nutnosť riešiť nejaké svoje finančné problémy. Predchádzajúce pokusy o zastavenie hrania a podstúpenie liečby môžu pomôcť v klinickom plánovaní obvyklej liečby. Detailné, ale citlivé preskúmanie individuálnej finančnej situácie a podrobná analýza aktuálnych finančných problémov (dlhy u jednotlivých veriteľov, bankové, nebankové subjekty a podobne) môže viesť k nástupu reálneho riešenia.

Vyhodnocuje sa aj dopad PH na **prácu** (oneskorené príchody, absencie, strata zamestnania a podobne), na **partnerské a medziľudské vzťahy** (napäté vzťahy, zanedbávanie rodiny, domáce násilie a podobne). Pochopenie dôvodov gamblera, ktorý sa rozhodol svoj problém konzultovať, poskytuje motiváciu k začiatku liečby.

Užitočná je otázka: Prečo sa teraz usilujete o liečbu? Jedinec by mal byť špecificky požiadaný o to, aby vyjadril, aké sú jeho očakávania od liečby, dĺžky trvania liečby, typu liečby a prostredia liečby (5).

Príloha 1. Screeningové vyhľadávanie patologického hráčstva (11)

1. Cítili ste niekedy potrebu vyhrávať viac a viac peňazí?
2. Museli ste niekedy ľuďom, ktorí sú pre vás dôležití, kvôli hazardnej hre klamať?

(2 kladné odpovede môžu svedčiť o probléme PH)

Príloha 2. Dotazník na PH organizácie Gamblers Anonymous (Odpovedať len áno, resp. nie. Patologický hráč odpovie kladne na 7 a viac odpovedí)

1. Strácali ste často kvôli hre čas?
2. Spravila hra váš život doma nešťastný?
3. Poškodila hra vašu povest?
4. Cítili ste po hre výčitky svedomia?
5. Hrali ste niekedy preto, aby ste získali peniaze, ktorými by ste zaplatili dlhy alebo vyriešili finančnú situáciu?
6. Zmenšilo hranie vašu ctíziadosť a výkonnosť?
7. Keď ste prehrali, mali ste pocit, že sa musíte čo najskôr vrátiť a vyhrať, čo ste prehrali?
8. Keď ste vyhrali, mali ste silnú túžbu sa ku hre vrátiť a vyhrať ešte viac?
9. Hrali ste často tak dlho, pokiaľ ste neprehrali posledné peniaze?
10. Požičiavali ste si niekedy preto, aby ste financovali hru?
11. Predali ste niekedy niečo, aby ste financovali hru?
12. Nechcelo sa vám používať peniaze z hry pre normálne účely?
13. Spôsobilá hra to, že ste sa nestarali o prospech rodiny?
14. Hrali ste niekedy dlhšie než ste mali pôvodne v úmysle?
15. Hrali ste niekedy, aby ste unikli trápeniu a starostiam?
16. Spáchali ste niekedy alebo ste niekedy uvažovali o spáchaní nezákonného činu, aby ste financovali hru?
17. Spôsobovala vám hra ťažkosť so spaním?
18. Viedli hádky, nespokojnosť alebo sklamanie k tomu, že sa objavovala túžba hrať?
19. Keď sa na vás „usmialo šťastie“, cítili ste túžbu osláviti to pár hodinami hry?
20. Uvažovali ste niekedy o sebazničení kvôli hraniu?

Podrobné preskúmanie psychiatrickej histórie a duševného stavu pomôže identifikovať prítomnosť komorbidných porúch (otázky na zneužívanie alkoholu, návykových farmák a drog). Posúdenie aktuálneho psychického stavu, ale aj možného samovražedného rizika (po pokusoch o sebaublíženie a aktuálnych samovražedných myšlienkových pochodoch a plánoch) tvorí rozhodujúcu časť celkového posúdenia.

Anamnéza z okolia zväčša potvrdí, že problém, ako ho prezentuje pacient, je podstatne

závažnejší, dôležitá je preto spolupráca s rodinou, čo posilňuje motiváciu rodiny k liečbe a k pozitívnym zmenám.

Telesné vyšetrenie je súčasťou každého vyšetrenia. V dôsledku chronického stresu sú časté aj zanedbané somatické ochorenia (hypertenzia, vredová choroba GITu) a iné.

Psychologické vyšetrenie je vhodné pri súbežne prebiehajúcej inej psychickej poruche (20).

Hodnotiace nástroje (Assesment Instruments)

V súvislosti s klinickými pohovormi bolo vyvinutých viacero štrukturovaných nástrojov pre screening, diagnostiku a posúdenie závažnosti PH. Je vhodné použiť kombináciu nástrojov zachytávajúcich komplexné multidimenzionálne aspekty gamblingu.

- ICD-10, diagnostické kritériá: F 63.0 (World Health organisation, 1992),
- bežne používané screeningové a diagnostické DSM-IV diagnostické kritériá (APA-1994),
- The South Oaks Gambling Screen (SOGS, Lesier and Blume, 1987),
- The LieBet Questionnaire (Johnson a kol., 1997) (príloha č. 1),
- Gamblers Anonymous's Twenty Questions (the GA-20, Gamblers Anonymous, 2005) (príloha č. 2).

Terapia patologického hráčstva**Metódy liečby a prostredie**

Zásadné kritériá **pre ambulantnú liečbu** (14):

- keď sú zdravotné problémy pacienta (psychické, či telesné) stabilizované,
- pacient je schopný fungovať na autonómnej úrovni v súčasnom sociálnom prostredí,
- pacient vie efektívne fungovať v prostredí individuálnej, skupinovej, či rodinnej terapie,
- je ochotný spolupracovať v programe liečby.

Zásadné kritériá **pre ústavnú liečbu**:

- zdravotné problémy pacienta nie sú stabilizované (hrozí riziko suicídia),
- pacient nie je schopný ďalej fungovať na autonómnej úrovni v súčasnom sociálnom prostredí, hroziaci rozpad vzťahov v rodine, samota, opustenosť, vážne pracovné a finančné problémy,
- anamnéza zlyhania v ambulantnej liečbe,
- ambivalentné postoje k terapii, či k zmene,
- silný osobný záujem a osobná motivácia pacienta pre ústavnú liečbu.

Krátka intervencia (20) je indikovaná vtedy, ak nie je možné realizovať riadnu liečbu.

Je vhodné ju opakovať a pacienta dlhodobo sledovať. Používame tu podobné postupy ako pri iných závislostiach. Informujeme pacienta o jeho aktuálnom stave a poskytujeme jasné odporúčania:

- vyhýbať sa všetkým formám hazardu, kde si jedinec kupuje možnosť výhry,
- vyhýbať sa rizikovým prostrediam (miesta hazardu),
- zabezpečiť si finančné prostriedky (nenosiť so sebou voľné finančné prostriedky, kontrolované účty, pri nákupoch kontrola účteniek...),
- zabezpečiť finančnú disciplínu (mesačný finančný rozpočet, plán splácania dlhov),
- obmedzovať pracovné stresy, vyhýbať sa rýchlemu splácaniu dlhov pre riziko recidív,
- vyhýbať sa návykovým látkam (alkoholu a drogám pre riziko recidív – pôsobia ako spúšťače).

a) Úvod liečebného procesu

- **zvládnutie akútnej krízy** patologického hráča a potreba stabilizácie jeho psychického stavu (20),
- **edukačno-motivačný proces** pacienta podrobne edukuje o problematike PH. Väčšina prichádza do liečby nemotivovaných, resp. podmienene motivovaných po ultimátach príbuzných. Pacienta preto počúvame, rešpektujeme, komunikujeme s ním, snažíme sa porozumieť jeho problémom, analyzujeme jeho zdravotné (telesné, psychické), pracovné, rodinné, spoločenské, ekonomické problémy súvisiace s jeho hazardom. Analyzujeme možnosti, schopnosti, plány a životné ciele. Pozitívne posilňujeme všetky kladné stránky a schopnosti pacienta. Posilňujeme jeho sebadôveru, sebaistočnosť a jeho proabstinenčné postoje.

Základné ciele v liečbe:

- a) dosiahnuť fungovanie patologického hráča v abstinencii,
- b) dosiahnuť maximálne zlepšenie v jeho sociálnych vzťahoch a spôsobilostiach v živote,
- c) prevencia recidív.

b) Farmakoterapia patologického hráčstva

Konceptualizácia patologického hráčstva ako jednej z porúch kontroly impulzov alebo porúch obsesívno-kompulzívnych naráža v etiológii na **sérotoninový systém**. Je tu zjavný neurobiologický dôkaz solidárnosti 5-HT sérotoninovej dysfunkcie. Účinky liekov, ktoré sa používajú v liečbe PH, sú zacielené na sérotoninový systém a na stabilizáciu nálady s antiimpulzívnym efek-

tom. Fluvoxamin, citalopram, paroxetin, sertralin a ďalšie (inhibítory spätného vychytávania sérotonínu – SSRI) sa terapeuticky osvedčili a ukázali ako spoľahlivé (2, 9).

Naltrexone, μ -opioidný receptorový antagonist, je efektívny v liečbe širokého rámca porúch impulzivity, ako je kleptománia, sebazraňujúce chovanie, hraničné osobnostné poruchy. Používa sa k redukcii (zmierneniu) naliehavých cravingových stavov u ľudí závislých od alkoholu a heroínu. Predominantný mechanizmus účinku naltrexonu spočíva v modulácii mesolimbickej dopamínovej dráhy odmeny. Môže byť používaný k redukcii odmenových vlastností gamblerického správania a k zníženiu potreby hrať (13).

Pri manických stavoch sú poruchy impulzov úspešne liečené **stabilizátormi nálady**. Odporúča sa ich používať aj v liečbe PH. Viaceré práce považujú v tejto liečbe za účinné lítium a karbamazepín. Efekt lítia pri poruche kontroly impulzov môže súvisieť s jeho účinkom na agresivitu, impulzivitu a stabilizáciu nálady (10). Pozitívne terapeutické výsledky pri liečbe PH boli zaznamenané aj pri valproáte (18).

Sumarizácia farmakologických intervencií (5)

Niektoré experimenty ukázali, že SSRI, naltrexon a stabilizátory nálady sú všeobecne účinné, aj keď nič nedemonštruje ich nadradenosť voči ostatným. Prítomnosť komorbidít môže často pomôcť rozhodnúť o výbere lieku, napríklad výber SSRI pri koexistencii obsesívno-kompulzívnych porúch alebo depresíí. Uprednostňovanie naltrexonu v liečbe patologického hrania je spájané s poruchami kontroly impulzov. Často sa vyžaduje vyššia dávka SSRI a naltrexonu ako v odporúčanej terapeutickíe šírke, a preto môžu byť aj častejšie nežiaduce účinky. Keďže je nedostatok prerušovaných diskontinuálnych štúdií, nie je jasné, ako dlho treba pokračovať v liečbe. Odporúča sa iniciálna liečba najmenej 4 – 6 mesiacov a potom je možná udržiavacia liečba (6). Zatiaľ nie je dostatočná empirická evidencia, predbežne najlepšou alternatívou sa ukazuje kombinovaná farmakologická a psychologická terapia, ktorú viaceré dôkladné štúdie hodnotia pozitívne (5).

c) Psychoterapia patologického hráčstva

Existuje množstvo liečebných smerov v psychoterapii PH. Uvádzané sú psychodynamické prístupy, multimodálna terapia, behaviorálna, kognitívna, či kognitívno-behaviorálna terapia a mnoho ďalších (16).

Kognitívno-behaviorálna terapia, založená na zmenách myslenia a správania patologické-

ho hráča, je prioritnou terapeutickou metódou v liečbe (14, 24).

1) Behaviorálne techniky

v liečbe PH (5) – behaviorizmus ako terapeutický smer chápe PH ako chybné naučené správanie, ktoré je možné zmeniť.

a) desenzitizácia v imagináciách (predstavách) – s predstavou spúšťača, voľných financií a obľúbenej herne, či hracieho automatu, s postupným odmietaním hry v predstavách a následné predstavy príjemnej odmeny – postupne menia postoj hráča k hazardu;

b) averzívna terapia – používaná hlavne v 60-tych či 70-tych rokoch minulého storočia – tzv. elektrická averzívna terapia napr. na hráčske aktivity a pod.;

c) liečba kontroly impulzov – zabezpečenie si najčastejších spúšťačov (hlavne voľných financií, ich kontrola a kontrola účteniek, bankomatových kariet, ale aj rizikových miest, času pre hazard a rizikových osôb);

d) skupinové partnerské dohody – v rámci individuálnych či skupinových terapeutických sedení, rodinných terapií, stanovenie si zásad finančnej disciplíny, postojov a fungovania v abstinencii;

e) zabezpečenie cravingu (zvládania túžby po hre) s podrobným oboznámením sa o telesných či psychických dôsledkoch cravingu u každého patologického hráča, najčastejšie spúšťače cravingu a ich zabezpečenie, zvládanie. Zvládanie tzv. suchých recidív (sny o hazarde). Vhodný je opakovaný monitoring aktuálneho cravingu (Dotazník cravingu, CBQ). Spôsoby zvládania cravingu (20).

2) Kognitívna terapia v liečbe patologického hráčstva

Kognitívne omyly ako gamblerické presvedčenie o jeho šanci na výhru a šťastnej náhode a nesprávne myšlienky o tom, že dokážu predvídať a kontrolovať výsledok, hrajú kľúčovú úlohu v rozvoji a zotrvávaní v gamblingu. Kognitívna terapia sa pokúša o zmenu týchto kognitívnych omylov a tým aj o redukciiu motivácie k hre.

Kognitívna reštrukturalizácia – reštrukturalizácia myslenia patologického hráča slúži na identifikáciu tzv. iluzórnych kognícií na hru, myšlienok o veľkej výhre, o kontrolovaní hry, o zaujímavosti hry, vlastnej genialite, či štedrých automatoch, čo podstatnou mierou ovplyvňuje samotné konanie, či emócie patologického hráča a výrazne zvyšuje jeho chuť hrať (craving). Napríklad technikou tzv. „súdneho dvora“ je mož-

né takéto kognície spochybniť a zmeniť – reštrukturovať, zmeniť tým celé pomýlené myslenie patologického hráča a zvoliť nové, alternatívne myslenie, ktoré už nie je zlučiteľné s hazardným správaním a zahrňuje aj podrobný zoznam výhod abstinencie a nevýhod hazardného hrania.

3) Ďalšie terapeutické postupy

a) režimový proces – každý pacient v ústavnej liečbe je zapojený do režimového fungovania. Jedná sa o štrukturalizovaný proces povinných aktivít, či zmysluplného trávenia voľného času. Pacient absolvuje edukačné aktivity, napríklad racionálne či tematické skupiny zamerané na problematiku závislostí, je podrobne oboznámený s cravingom a jeho zvládaním, zúčastňuje sa nácvikových skupín na zvládanie asertívneho – priameho správania s postupným zlepšovaním jeho sociálnych spôsobilostí. Cvičí riešenie svojich problémov v protistresových skupinách, je zaradený do pracovnej terapie. Cvičí relaxáciu (Schultzov autogénny tréning, či Jacobsonova progresívna svalová relaxácia a ďalšie meditačné cvičenia) za účelom zmiernenia napätia a stresu a sekundárne aj intenzity cravingu. Dôležitou súčasťou liečby je zmysluplné a nerizikové trávenie voľného času v športových či kultúrnych aktivitách.

b) riešenie finančných deficitov patologického hráča – vážnymi dôsledkami PH bývajú dlhy gamblerov. Vysoké pôžičky a zadlženia v bankových či nebankových spoločnostiach, u veriteľov s kriminálnou povestou robia z patologických hráčov dlhodobo rukojemníkov týchto veriteľov. Je preto nutné podrobne analyzovať u každého z nich ich aktuálnu finančnú situáciu (finančný rozpočet). Finančné problémy je potrebné po dohode s najbližšími príbuznými čo najskôr písomne či osobne zabezpečiť cez splátkové kalendáre u bankových či nebankových subjektov, ako aj u ostatných veriteľov (plán splácania dlhov). Už počas liečenia je každý pacient pripravovaný na prísnu finančnú disciplínu.

c) zmena životného štýlu – analýzou problémového životného štýlu, denného režimu patologického hráča sa v terapeutickom procese snažíme o zásadné zmeny najmä v rodinných vzťahoch, v záujmovej sfére, v rebríčku hodnôt gamblera, a to zmenou postojov, rozvojom bezpečných záujmov a vhodných, nerizikových zamestnaní.

d) rodinná terapia – dôležitou súčasťou v liečbe patologického hráča je zapojiť do terapeutického procesu aj jeho najbližších, rodinných príslušníkov. Účasť rodiny v skupinových terapeutických sedeniach zmiernuje pocity stig-

matizácie hráčov, zvyšuje schopnosť príbuzných byť nápomocnými v abstinencnom programe závislého príbuzného (20); umožňuje tiež stanoviť si základné pravidlá vzťahového fungovania – abstinencia a jeho opora v abstinencnom programe – rodinný príslušník; pomáha meniť chybné naučené vzorce správania, rozpoznať a riešiť spoluzávislosť (kodependenciu) voči abstínujúcemu patologickému hráčovi.

4) Prevencia recidív

Prevencia recidív, podobne ako aj pri iných závislostiach, pomáha patologickému hráčovi udržiavať svoju abstinenciu ako stály životný štýl. V liečebnom procese si každý liečený patologický hráč pripraví svoj **krízový plán** (plán zvládania krízy) či kroky, ako riešiť prípadnú recidívu, tzv. **havarijný plán**.

Pre dlhodobé posilňovanie abstinencie je nevyhnutné, aby každý abstínujúci udržiaval pravidelný kontakt s liečebným zariadením, či **svojpomocnými abstinentskými organizáciami a klubmi** (napr. G-kluby abstínujúcich patologických hráčov).

Liečba patologického hrania je prvým krokom k úspešnej abstinencii. Nasleduje celoživotné doliečovanie každého abstínujúceho, podobne ako pri ostatných typoch závislosti.

Doliečovanie patologického hráča

- je dlhodobý a celoživotný proces pre fungovanie gamblera v abstinencii,
- vyžaduje aktívny prístup abstínujúceho k udržiavaniu nového životného štýlu,
- postupné vytváranie si nových, nerizikových sociálnych väzieb a kontaktov,
- ambulantné kontroly u psychiatrov, psychológov (individuálna, párová, či skupinová psychoterapia), posilňovacie liečby abstinentov,
- klubové aktivity (tzv. G-kluby abstínujúcich, svojpomocné skupiny abstinentov...),
- resocializačné zariadenia (akreditované) u problémových závislých jedincov, s cieľom dosiahnuť ich plnohodnotné zaradenie do

spoločnosti počas trvalej a dôslednej abstinencie.

Záver

Patologickému hráčstvu je zatiaľ v psychiatrickej literatúre venovaná bohužiaľ ešte iba nepatrná pozornosť. Myslíme si, že je dôležité konceptualizovať túto poruchu ako heterogénnu entitu, vyvíjanú a rozvíjajúcu sa v komplexnom spolupôsobení rôznych biologických, psychologických a spoločenských odlišností. Predbežné výskumy objavili sľubné trendy v jeho farmakologickej a kognitívno-behaviorálnej liečbe. Snahou našej práce bolo skompletizovať niektoré základné diagnostické či terapeutické postupy patologického hráčstva uvádzané v prácach zahraničných autorov, či priamo z našich skúseností, poskytnúť tak viac informácií zdravotníckym pracovníkom a zlepšiť tak jeho včasné rozpoznanie, umožniť skoršiu liečbu a zabrániť závažným a nepriaznivým dôsledkom. Budúce výskumy sú potrebné k lepšiemu pochopeniu etiologických mechanizmov, a tým získať viac informácií k účinnej liečbe tejto poruchy.

Literatúra

1. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
2. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, et al. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002; 14: 9–15.
3. Crocford DN, El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43: 43–50.
4. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, et al. Tanking chances: Problem gamblers and mental health disorders—results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study. *Amer. Journal of Public Health* 1998; 88: 1993–1096.
5. Georgie S, Murali V. Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11. The Royal College of Psychiatrists: 450–456.
6. Grant JE, Kim SW, Potenza MN, et al. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 2003; 19: 85–109.
7. Hollander E, Wong CHM. Body dysmorphic disorder pathological gambling and sexual compulsions. *Journ. Clin. Psychiatry* 1995; 56 Suppl. 4: 7–12.

8. Hollander E, De Caria CM, Finkell JN, et al. A randomised double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biological Psychiatry* 2000; 47: 813–817.
9. Hollander E, Pallanti S, Allen A, et al. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Americ. Journal of Psychiatry* 2005; 162: 137–145.
10. Chvíla L, Nyklová A. Cesta do hlubin gamblersovy duše. Zborník 1994: Europ. kongres poruch osobnosti.
11. Johnson EE, Hamer R, et al. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol.Rep.* 1997; 80: 83–88.
12. Kim SW, Grant JE. An open naltrexon treatment study of pathological gambling disorder. *International Clin. Psychopharmacology* 2000; 16: 285–289.
13. Korn DA, Shaffer HJ. Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems. Develop by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling. Jan. 2004, 1 – 60, table of tables: 9 – 28.
14. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al. Understanding and Treating the Pathological Gambler. Chichester: John Wiley and Sons 2002.
15. Lopt VVC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin. Psychol. Rev.* 1997; 17(7): 689–702.
16. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, duševní poruchy a poruchy chování, SZO, Ženeva, Psychiatrické centrum Praha 1992: 186–187.
17. Pallanti S, Quercioli L, Sood E, et al. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomis. single-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 559–564.
18. Petry NM, Armentano C. Prevalence assesment and treatment of pathological gambling. *Psychiatr. Serv.* 1999, Aug., 50 (8): 1021–7.
19. Seifertová D, Praško J, Hoschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. *Academia Medica Pragensis* 2004: 39–45.
20. Smart R, Ferris J. Problem gambling across Canada. *Canadian Journal of psychiatry* 1996; 41: 36–45.
21. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nosologie, diagnostika. Maxdorf, Jessenius 1995: 387–391.
22. Sproston K, Erens B, Oxford J. Gambling behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey. London: 2000. National Centre for Social Research.
23. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *J Consult. Clin. Psychol.*, 1997, oct., 65(5): 727–732.

MUDr. Jozef Benkovič

Odborný liečebný ústav psychiatrický,
n. o. Predná Hora
Muránska Huta,
časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň
jozef.benkovic@olup-prednahora.sk

Konferencia o zriedkavých chorobách dňa 29. februára 2012 pri príležitosti Svetového dňa zriedkavých chorôb

Bližšie informácie nájdete na internetovej stránke:
www.zriedkavechoroby.sk