

Pathological gambling in context of developmental tendencies of psychiatric classification systems

Nábělek L

Patologické hráčstvo v kontexte vývojových tendencií psychiatrických klasifikačných systémov

Summary

Although both main diagnostic and statistical classification systems (ICD-10 and DSM-IV) define pathological gambling as a disorder of impulse control, diagnostic criteria, characteristics of course and outcome and methods of treatment are more similar to psychoactive substance dependencies. Neurobiological studies postulate the dysregulation of dopamin, serotonin and noradreneline systems in this disorder. The neurobehavioral model of pathological gambling supports the opinion of a close similarity of pathological gambling (and other so-called non-substance addictions) and psychoactive substance dependence with all theoretical and therapeutic consequences. The gambling behavior can be viewed as an addictive disorder – without the confounding variables usually involved in addictions to exogenous substance. The dopaminergic system has been associated with reward and is involved in drug and alcohol addiction. Dopaminergic function is changed in pathological gamblers. Noradrenaline may play a role in the arousal and novelty-seeking behavior associated with pathological gambling. It has long been reported that pathological gamblers have a higher rate of suicidal ideation and suicide attempts than the general population. The relationship between disorders of the central serotonergic function and impulsive and aggressive behavior draw attention to a mutual relationship between reduced serotonin metabolism and suicidal behavior among pathological gamblers. Indeed, pathological

gamblers are treated in programs modeled on addictive disorders or in the same programs as addicts. The forensic assessment of criminal offenders with diagnosis pathological gambling could not be difficult. Neither the ability to recognize the common danger nor the ability to control the patient's behavior is not significantly diminished in pathological gamblers without another comorbid diagnosis. A logical conclusion of the ongoing conceptualization of pathological gambling can be the suggested concept of the common category of addiction disorders including both substance and non-substance addictions, which should be implemented in the upcoming revisions of psychiatric classification systems.

Súhrn

Napriek aktuálne platnému klasifikačnému zaradeniu vykazuje patologické hráčstvo nepochybné prítomnosť podstatne komplexnejšej psychopatologickej symptomatológie v porovnaní s (inými) poruchami kontroly impulzov. Popri fenomenologickej analýze poukazujú na nespornú príbuznosť patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok aj ďalšie faktory (rozšírenie, priebeh, komorbidita, neurobiologické a genetické súvislosti, suicidalita, kriminálne delikty). Konštatovanie, že patologické hráčstvo predstavuje psychickú poruchu porovnateľnú s alkoholizmom a inými závislosťami, prináša významné teoretické i praktické implikácie. Z teoretického hľadiska môže patologické hráčstvo predstavovať modelový príklad "čistej" závislosti zbavenej interferujúcich vplyvov konkrétnych exogénnych látok. Praktická aplikácia uvedených východísk determinuje stratégiu liečebných postupov. Neurobiologické štúdie poukazujú na dysreguláciu v dopamínovom, serotonínovom a noradrenalínovom systéme pri patologickom hráčstve. Zmenená dopamínerná funkcia sa spája s insuficienciou systému odmeny, dysregulácia v serotonínovom systéme ovplyvňuje okrem závislostného správania aj zvýšenú pohotovosť k suicidálnemu konaniu, zvýšená aktivita noradrenergického systému stimuluje vyhľadávanie silných podnetov a

zážitkov. Najvýznamnejšie praktické konzekvencie vyplývajúce z tesnej príbuznosti patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok predstavujú stratégie a metódy liečby tejto psychickej poruchy zamerané na dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie od hrania. Na druhej strane, forenznopsychiatrický význam patologického hráčstva ostáva nevelký. Završením naznačených trendov by mohli byť odporúčania odborných komisií pre prípravu revízií psychiatrických klasifikačných systémov, aby v ich nových verziách nebolo patologické hráčstvo naďalej súčasťou zvyškových kategórií porúch kontroly impulzov, ale bolo zaradené pod názvom závislosť od (hazardného) hrania resp. syndrom závislosti od (hazardného) hrania v spoločnej kategórii s ďalšími látkovými aj nelátkovými závislosťami.

Úvod

Jedným z prejavov pohybu v existujúcich psychiatrických klasifikačných systémoch je zánik niektorých diagnóz a vynáranie sa nových. V porovnaní s druhou polovicou minulého storočia miznú z psychiatrického slovníka označenia ako „melanchólia“, „neurasténia“ alebo „anxiózne-depresívna neuróza“, zato však pribúda „panických porúch“, „posttraumatických porúch“ či „nelátkových závislostí“. Spolu s týmto pohybom prenikajú do psychiatrického slovníka aj anglické výrazy ako „gambling“, „craving“ a pod. (Höschl, 1999). Jednou z „nových“ psychických porúch v spektre psychiatrických diagnóz je aj patologické hráčstvo.

Napriek skutočnosti, že problematika patologického hráčstva bola v našich podmienkach (Československo, neskôr Česko a Slovensko) odbornou verejnosťou prijímaná spočiatku s rozpakmi a nedôverou (Pavlovský, 1996; Študent – Tůmová, 1995; Vilč, 1995), dnes už takmer nikto nepochybuje o existencii tejto diagnostickej jednotky ako kvalifikovanej psychickej poruchy. Konštatovanie, že

patologické hráčstvo predstavuje psychickú poruchu porovnateľnú s alkoholizmom a inými závislosťami od psychoaktívnych látok, prináša významné teoretické i praktické implikácie. Z teoretického hľadiska môže patologické hráčstvo predstavovať modelový príklad „čistej“ závislosti zbavenej interferujúcich vplyvov konkrétnych exogénnych látok. Praktická aplikácia uvedených východísk determinuje okrem iného stratégiu liečebných (psychosociálnych a psychofarmakologických) postupov (Nábělek – Vongrej, 2003).

1. Súčasný stav problematiky

Patologické hráčstvo ako psychiatrická diagnóza sa prvýkrát objavilo v americkom diagnostickom manuáli DSM-III, vydanom Americkou psychiatrickou asociáciou v roku 1980, v kapitole Poruchy kontroly impulzov inde neklasifikované spolu s kleptomániou, pyromániou a explozívnu poruchou. Ako základné diagnostické kritériá sa uvádzali chronická a progresívna neschopnosť čeliť impulzom k hazardnému hraniu a narušenie fungovania v oblasti osobného, rodinného a pracovného života. Vlastnému hraniu mal predchádzať stupňujúci sa pocit napätia, počas hrania malo byť prítomné potešenie, pocit slasti, uspokojenia resp. uvoľnenia, následne sa mohli objaviť výčitky a pocity viny.

V DSM-III-R (APA, 1987) je patologické hráčstvo opäť zaradené v kapitole Poruchy kontroly impulzov, kde popri pyrománii a kleptománii pribudla trichotillománia. Zatiaľ čo kritériá patologického hráčstva v DSM-III boli viac-menej popisné resp. behaviorálne, revidovaná modifikácia manuálu si všima aj subjektívne prežívanie patologického hráča a zážitkovú stránku poruchy. Navyše, diagnostické kritériá sú už definované skôr podľa modelu závislosti od psychoaktívnych látok, čím sa vnímanie patologického hráčstva posúva medzi tzv. „addictive behaviors“, teda „návykové (náruživé, závislostné) správanie“.

Obidva najnovšie – v súčasnosti platné – psychiatrické klasifikačné systémy zaraďujú patologické hráčstvo do obdobných diagnostických kategórií. V 10. revízií Medzinárodnej klasifikácie

chorôb (WHO, 1993) nachádzame patologické hráčstvo vo „zvyškovej“ kategórii Návykové a impulzívne poruchy spolu s pyromániou, kleptomániou, trichotillomániou a inými návykovými a impulzívnymi poruchami. V DSM-IV (APA, 1994) sú tie isté psychické poruchy zaradené do rovnako zvyškovej kategórie Poruchy kontroly impulzov. Tak podľa MKCh-10 ako aj podľa DSM-IV by mala byť diagnóza porucha (kontroly) impulzov používaná v prípadoch trvalo sa opakujúceho maladaptívneho správania, ktoré nie je dôsledkom inej identifikovanej psychickej poruchy, pričom je zjavné opakované zlyhávanie schopnosti odolať impulzom k problémovým vzorcom správania. Hlavným rysom patologického hráčstva je podľa MKCh-10 trvalo sa opakujúce hranie, ktoré pokračuje a často sa stupňuje i napriek nepriaznivým sociálnym dôsledkom. Chorobné hranie sa pokladá za aktivitu ego-syntónnu, čo ho odlišuje od obsedantno-kompulzívnej poruchy, ktorá zahŕňa aktivity ego-dystónne spojené s prežívaním výraznej nepohody pri ich realizácii. Chápanie patologického hráčstva sa tu viac približuje pôvodnému chápaniu DSM-III, aj keď sa pripúšťa aj určitá podobnosť so závislosťami od psychoaktívnych látok. DSM-IV ponecháva patologickému hráčstvu prevažne závislostný charakter. Konštatuje sa prítomnosť zníženej či vymiznutej kontroly správania, čo sa chápe obdobne ako strata kontroly pri rozvoji závislosti od psychoaktívnych látok, popisujú sa tiež abstinenčné príznaky charakteru nervozity, tachykardie, nepokoja, hyperhidrózy, anxiety a „hrania v myšlienkach a predstavách“.

Napriek aktuálne platnému klasifikačnému zaradeniu vykazuje patologické hráčstvo nepochybne prítomnosť podstatne komplexnejšej psychopatologickej symptomatológie v porovnaní s (inými) poruchami kontroly impulzov. Popri znakoch silnej túžby alebo nutkania k hazardnému hraniu a narušenej schopnosti kontrolovať začiatok, trvanie resp. intenzitu hrania (čo by mohlo poruchy kontroly impulzov pripomínať) všetky ďalšie charakteristické znaky patologického hráčstva (zvýšená tolerancia s potrebou zvyšovania frekvencie hazardného hrania resp. zvyšovania

stávok, zaujatosť hraním, pretrvávajúce hrania napriek zjavným škodlivým dôsledkom, prítomnosť abstinenčných príznakov) je možné rovnako pozorovať u pacientov trpiacich závislosťami od psychoaktívnych látok.

Popri fenomenologickej analýze poukazujú na nespornú príbuznosť patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok aj ďalšie faktory (napr. rozšírenie, priebeh, komorbidita, neurobiologické a genetické súvislosti, suicidalita, kriminálne delikty – Nábělek, 1997). Zavŕšením naznačených trendov by mohli byť odporúčania odborných komisií pre prípravu revízií psychiatrických klasifikačných systémov, aby v ich nových verziách nebolo patologické hráčstvo naďalej súčasťou zvyškových kategórií porúch kontroly impulzov, ale bolo zaradené pod názvom závislosť od (hazardného) hrania resp. syndróm závislosti od (hazardného) hrania v spoločnej kategórii s ďalšími látkovými aj nelátkovými závislosťami (Musalek, 2007; Bowden-Jones, 2010).

2. Patologické hráčstvo a systém odmeny

Narušenie schopnosti jedinca prežívať príjemné pocity resp. pocity slasti na základe prirodzených, bežným životom poskytovaných podnetov a situácií podmienené poruchou funkcie mozgového systému odmeny vedie u predisponovaných osôb k intuitívnemu hľadaniu, nachádzaniu a neskôr už cielenému opakovaniu náhradných podnetových zdrojov príjemných pocitov slasti a blaha. Mozgu „je pritom jedno“, či je subjektom jeho odmeny exogénna látka (alkohol, opiát a pod.) alebo rôzne nelátkové podnety (hazardné hranie, surfovanie po internete, nakupovanie a i.), keďže samotný rozvoj závislostného správania prebieha na úrovni zmien neurochemického fungovania senzitiváciou mozgových štruktúr na opakujúce sa látkové a nelátkové stimuly (Nábělek a spol., 2008). Anatomicky sú mozgové neuronálne okruhy, ktoré sa podieľajú na riadení motivovaného a naučeného správania, reprezentované najmä dopamínernými štruktúrami lokalizovanými vo ventrálnej tegmentálnej oblasti spojenej s limbickým systémom cez

medzmozgové jadro nucleus accumbens (Koob – Bloom, 1998). Dysregulácia a desenzitizácia systému odmeny je kľúčovým mechanizmom procesov vzniku závislostí, pri ktorých sú prirodzené odmeny vytláčané arteficiálnymi (Patarák, 2011). Skutočnosť, že práve dopamínový systém, mezolimbické dráhy a nucleus accumbens, teda štruktúry reprezentujúce mozgový systém odmeny (Stahl, 2003), sa rozhodujúcou mierou podieľajú na vzniku a udržiavaní patologického hráčstva (a závislostného správania všeobecne), nepriamo potvrdzujú aj novšie pozorovania získané pri liečbe Parkinsonovej choroby. U viacerých pacientov liečených agonistami dopamínu boli totiž pozorované reverzibilné epizódy hazardného hrania, časovo viazané na obdobie užívania dopamínových agonistov (Dodd a kol., 2005; Evans, 2004), čo je možné interpretovať ako farmakologicky navodenú hyposenzitivitu systému odmeny. Predpokladá sa, že nadbytok dopamínu v prefrontálnej oblasti mozgu potláča dopamínernú neurotransmisiu v nucleus accumbens, čo vedie k potrebe jej zvyšovania prostredníctvom vyhľadávania nových podnetov a stimulov (Hosák, 2007). Molekulárno-genetické asociačné štúdie taktiež akcentujú význam mezokortikolimbického dopamínerného systému pri rozvoji závislostí. Popri zvýšenej frekvencii Taq A1 alely pre polymorfizmus dopamínových D2 receptorov u patologických hráčov (Comings, 1998) sa skúmajú polymorfizmy génov pre dopamínové receptory D1, D3 a D4.

Látkové i nelátkové podnety pôsobiace v určitých dávkach, intervaloch či po určitú dobu, spôsobujú dlhodobé a možno i trvalé zmeny v neuronálnych okruhoch zodpovedných za prežívanie odmeňujúcich pocitov – ovplyvnené sú bežné koncentrácie mnohých neurotransmitterov (popri dopamíne najmä endokanabinoidy a endoopioidy) Je možné konštatovať, že ak somatické abstinenčné príznaky pretrvávajú niekoľko dní a motivačné a kognitívne poruchy môžu perzistovať aj niekoľko mesiacov, naučené aspekty zvýšenej tolerancie na pre danú osobu relevantnú podnetovú situáciu sa nemusia vrátiť k norme nikdy (Weiss, 1996). Na dlhodobom (často

celoživotnom) pretrvávajúci patologického vzťahu k návykovej látke resp. aktivite vrátane zvýšenej tendencie k relapsom prejavov závislosti sa podieľa aj prepojenie neurónových okruhov systému odmeňovania s motivačnými, emočnými a pamäťovými centrami umiestnenými v limbickom systéme. Toto prepojenie umožňuje organizmu nielen prežívať slastné pocity odmeny, ale tiež naučiť sa rozpoznávať ich signály a reagovať už na anticipáciu týchto pocitov (Childress a kol., 1999). Opakované spájanie hazardného hrania s určitou osobou (spoluhráč), lokalitou (prostredie herne, miestnosti s hracími automatmi), situáciou (charakteristický zvuk z automatu vypadávajúcich mincí) či dokonca s hraním súvisiacimi emočnými stavmi (zlosť, napätie, ale naopak aj pocit pohody) vedie k rýchlemu učeniu alebo klasickému podmienovaniu. Dopamín tu vystupuje skôr v motivačnej ako afektívnej fáze odmeny ako signál učenia sa odmeňujúcim podnetom.

3. Patologické hráčstvo a dysregulácia serotonínovej neurotransmisie

Patologické hráčstvo nesie so sebou zvýšené riziko suicidálneho konania, je teda duševnou poruchou so zvýšenou potenciálnou mortalitou. Odhady počtu suicidálnych pokusov u patologických hráčov v Spojených štátoch kolíšu od 17 do 24% (De Caria a kol., 1996). Kausch (2003) uvádza až 39% pacientov – patologických hráčov, ktorí absolvovali liečbu po realizácii suicidálneho pokusu, Gougler a kol. (2007) uvádzajú rôzne formy suicidálneho správania u 4 až 40% patologických hráčov. Výskyt suicidálnych ideácií sa u pacientov s diagnózou patologické hráčstvo podľa rôznych štúdií manifestoval v 25 až 92% prípadov (Ledgerwood – Petry, 2004; Ledgerwood a kol., 2005; Petry – Kiluk, 2002).

Popri situačne podmienenej depresívnej reakcii sa ako príčina predpokladá súvislosť medzi poruchou serotonínovej neurotransmisie, závislostným správaním a autoagresívnym konaním v tejto skupine pacientov – analogicky k II. typu alkoholizmu podľa

Cloninger a kol. (1981) a Sigvardssona a kol. (1996). Skúmajú sa genetické determinanty serotonínerného systému modifikujúce konanie závislých osôb s ohľadom na heteroagresívne a autoagresívne prejavy – napr. polymorfizmus génov pre serotonínový transportér alebo tryptofán 2,3-dioxygenázu (Hosák, 2007) – rezultujúce v znížení hladiny cerebrospínálnej kyseliny 5-hydroxyindolactovej (5-HIAA). Znížená hladina cerebrospínálnej 5-HIAA pritom nie je v špecifickom vzťahu so suicidalitou pri depresiách, ale so suicidálnym správaním ako takým (Lopez-Ibor – Saiz Ruiz, 1995). Ako typické facilitujúce faktory môžu v tejto súvislosti pôsobiť zvýšená tonická aktivita noradrenergného systému, podieľajúca sa na stimulácii vyhľadávania silných podnetov a zážitkov či vplyv hladiny testosterónu.

Koncept „pre mužov špecifickej serotonínergnej dysregulácie“ (Virkkunen a spol., 1994) tak, zdá sa, zastrešuje viacero typických prejavov patologického hráčstva (dominancia mužov v patientskych súboroch, náhle alebo periodické zníženie tolerancie na stres u inokedy voči stresu odolných pacientov, prechodné agresívne alebo autoagresívne prejavy, znaky na endorfíny alebo serotonín viazaného správania – workoholizmus, excesívne športové výkony, hazardné hranie či pitie „pre radosť“).

4. Patologické hráčstvo – praktické konzekvencie

Najvýznamnejšie praktické konzekvencie vyplývajúce z tesnej príbuznosti patologického hráčstva a závislostí od psychoaktívnych látok predstavujú stratégie a metódy liečby tejto psychickej poruchy zamerané na dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie od hrania. Úspešné zavŕšenie tohto cieľa zahŕňa viacero postupných krokov. Patria medzi ne kompenzácia najzávažnejších psychických dôsledkov vzniknutejších v súvislosti s prítomnosťou patologického hráčstva (zníženie rizika suicidálneho konania, zmiernenie depresívneho prežívania a pod.), zmena postoja pacienta k hazardnému hraniu, zvýšenie jeho afektívnej a frustračnej tolerancie, zlepšenie sociálnej a profesionálnej integrácie, (znovu-) vybudovanie primeraných

rodinných a osobných väzieb a reštitúcia, prípadne reštrukturalizácia osobnosti pacienta vrátane osobnej hierarchie hodnôt. Z hľadiska postupnosti jednotlivých krokov liečby patologického hráčstva rozoznávame niekoľko relatívne ohraničených štádií:

1. *Štádium kontaktačné* (štádium vytvárania náhľadu) je, prirodzene, nevyhnutné pre akékoľvek následné liečebné aktivity. Potenciálny pacient sa kontaktuje s odborníkom, ktorý je schopný stanoviť diagnózu, informovať ho o cieľoch a postupoch liečby ako aj o rizikách a dôsledkoch jej odmietania. Zavŕšením tejto fázy by malo byť dosiahnutie náhľadu pacienta na svoju závislosť ako na chorobu, ktorá si vyžaduje liečbu a akceptovanie odborníkom odporučených terapeutických postupov. Vzhľadom na často výrazný odpor zo strany pacienta voči prijatiu nevyhnutných východísk a z nich vyplývajúcich konzekvencií motivácia k absolvovaniu liečby nezriedka kolíše, býva dosahovaná skôr pod tlakom opakovaných debaklových situácií a plnohodnotne dozrieva až v priebehu nasledujúcich štádií liečby.
2. *Štádium odvykacie* predstavuje rozhodujúcu etapu liečby patologického hráčstva – je zamerané na zmenu postojov pacienta k hraniu, prekonanie obranných (bagatelizačných a racionalizačných) tendencií, reštrukturalizáciu hodnotového systému pacienta a motiváciu k celoživotnej abstinencii od hrania. Pozostáva z viacerých článkov sklbených do uceleného systému, ktorého základ tvorí tzv. režimová liečba. Celý program na oddelení je štruktúrovaný, pacient je vystavený pôsobeniu komplexu obmedzení a povinností, pričom spôsob, akým sa dokáže vyrovnáť s nárokmi režimu, je hodnotený prostredníctvom vypracovaného bodového systému. Tento poskytuje významné spätné väzby pre samotného pacienta i pre terapeutický tím. Medzi najdôležitejšie režimové články využívané v tomto štádiu liečby patria didaktoterapia,

terapeutická komunita, individuálna a skupinová psychoterapia, komunikácia prostredníctvom denníkov, elaboráty z prednášok, spracovanie a prezentácia vlastného životopisu, pohybové aktivity (terénna terapia, joga, športové hry), pracovná terapia, pasívna i aktívna arteterapia, psychodráma a rodinná terapia. V indikovaných prípadoch sa využívajú i psychofarmaká – jednak na zmiernenie zvýšenej intrapsychickej tenzie a depresívneho prežívania, jednak na zníženie nutkavej túžby zahrať si. Z klinickej skúsenosti je známe, že kombináciou psychofarmakologickej liečby a psychoterapeutických postupov je možné dosiahnuť lepšie terapeutické účinky ako pri aplikácii samotnej psychofarmakoterapie alebo psychoterapie – zatiaľ čo psychofarmakami je možné ovplyvniť silu podkôrových podnetov, aplikácia psychosociálnych postupov môže posilnením kôrových inhibičných mechanizmov viesť k dosiahnutiu účinnejšej kontroly správania.

3. *Štádium doliečovania* je poslednou etapou liečby patologického hráčstva, trvá prakticky doživotne. Pacient navštevuje psychiatrickú ambulanciu resp. ambulanciu pre liečbu závislostí, v pravidelných časových odstupoch je pozývaný na tzv. opakovacie pobyty zamerané na posilnenie resp. znovuoživenie liečbou získaných návykov a odolnosti voči vždy hroziacej recidíve hrania. Významná je tiež úloha socioterapeutických klubov abstínujúcich pacientov, či už s účasťou terapeutov alebo svojpomocných organizácií. V prípadoch vyžadujúcich dlhšiu intervenciu ako je možné poskytnúť v zdravotníckom zariadení je možné pacienta po absolvovaní ústavnej liečby umiestniť v niektorom z resocializačných pracovísk.

Na rozdiel od závažnosti problematiky suicídií u pacientov s diagnózou patologické hráčstvo, vyžadujúcej špecifické konkrétne

liečebno-preventívne opatrenia, foreznopsychiatrický význam tejto „novej“ diagnostickej a klasifikačnej jednotky ostáva nevelký. Nemôže byť ani reči o znížení či dokonca vymiznutí rozpoznávacích schopností páchatel'a – patologického hráča, pokiaľ k nemu nedošlo v dôsledku inej poruchy ako je patologické hráčstvo. Rozhodovacia schopnosť je plne zachovaná i vo vzťahu k rozhodnutiu liečiť sa ako alternatíve k pokračovaniu v páchaní trestnej činnosti. Ovládacie schopnosti inak zdravého patologického hráča môžu byť teoreticky znížené len výnimočne. O zväčša nepodstatnom znížení ovládacích schopností je možné uvažovať len v prípade spáchania trestnej činnosti bezprostredne súvisiacej s hraním, rozhodne však nie pri trestnej činnosti plánovaného charakteru ako sú podvodné fakturácie, sprenevery, krátenie tržieb a pod.(Nábělek, Vongrej, 2010).

Záver

Prezentovaný súbor pohľadov na problematiku patologického hráčstva dokumentuje vzrušujúcu anabázu novej diagnostickej jednotky na jej ceste za uznaním a zodpovedajúcim klasifikačným zatriedením. Vývoj od počiatkových, najmä empiriou sytených, úvah a predpokladov cez postupné „nabaľovanie“ poznatkov umožňujúcich prvé možnosti teoretických usúvzťažnení a zovšeobecnení až po azda definitívne ukotvenie patologického hráčstva v systéme nelátkových závislostí s príslušnými neuroanatomickými, neurochemickými a neurobehaviorálnymi korelátmi priniesol okrem iného vytvorenie uceleného liečebného systému vychádzajúceho zo základných teorém režimovej liečby alkoholizmu, ktorý bol zavedený do praxe najskôr na Psychiatrickom oddelení Rooseveltovej nemocnice v Banskej Bystrici a neskôr prevzatý do terapeutického armamentária ďalších slovenských psychiatrických inštitúcií. Za logické zavŕšenie pokračujúcej konceptualizácie problematiky nelátkových závislostí, ktorých je patologické hráčstvo – čo do množstva postihnutých pacientov i čo do závažnosti osobných a spoločenských dôsledkov – vedúcim reprezentantom, možno pokladať navrhovanú koncepciu spoločnej

kategórie závislostných porúch zahŕňajúcu tak látkové ako aj nelátkové závislosti, ktorá by sa mala objaviť v pripravovaných revíziách psychiatrických klasifikačných a diagnostických systémov.

Za pre dobu príznačný paradox možno označiť skutočnosť, že práve v čase naplnenia autorových odborných koncepcií a optimálneho rozvinutia systému pomoci patologickým hráčom a ich príbuzným dochádza z nemedicínskych dôvodov k administratívnej likvidácii možnosti poskytovať liečbu pacientom s diagnózou patologické hráčstvo na pracovisku, ktoré s ňou (nielen) v rámci Slovenska začalo.

Literatúra

Bowden-Jones, H. Data from UK first National Problem Gambling Clinic. 8th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Vienna, 14 – 17 September 2010.

Cloninger, C. R., Bohman, M., Sigvardsson, S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38: 861 – 868.

Comings, D. E. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* 1998, 3: 20 – 37.

De Caria, C. M., Hollander, E., Grossman, R. Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 1996, 57 (Suppl. 8): 80 – 84.

Dodd, M. L., Klos, K. J., Bower, J. H., Geda, Y. E., Josephs, K. A., Ahlskog, J. E. Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease. *Arch Neurol* 2005, 62: 1377 – 1381.

Evans, A. H., Lees, A. J. Dopamine dysregulation syndrome in Parkinson disease. *Current Opinion in Neurology* 2004, 17: 393 – 398.

Gougler, S., Rihs-Middel, M., Andronicos, M., Battisti, J., Cornuz, N., Aufrere, L., Simon, O., Besson, J. Amis subito: Assessment, measurement, intervention and studies for the prevention of suicidal

- behaviour in individuals inclined to gamble excessively. Abstract. Eur Psychiatry 2007, 22 (Suppl. 1): 292.
- Hosák, L. Genetika závislostí na návykových látkách. Abstrakt. Psychiatrie 2007, 11 (Suppl. 1): 24.
- Höschl, C. Současné trendy v psychiatrii. Psychiatrie 1999, 3 (Suppl. 2): 4.
- Childress, A. R., McElgin, W., Mozley, P. D. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. Am J Psychiatry 1999, 156: 11 – 18.
- Kausch, O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. J Clin Psychiatry 2003, 64: 1031 – 1038.
- Koob, G. E., Bloom, F. E. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. Science 1998, 242: 715 – 723.
- Ledgerwood, D. M., Petry, N. M. Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. J Nerv Ment Dis 2004, 192: 711 – 714.
- Ledgerwood, D. M., Steinberg, M. A., Wu, R., Potenza, N. Self-reported gambling related suicidality among gambling helpline callers. Psychology of Addiction Behaviour 2005, 19: 175 – 183.
- Lopez-Ibor, J. J, Saiz Ruiz, J. Therapeutic attempts in impulse and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. Arch Gen Psychiatry 1995, 5: 178 – 179.
- Musalek, M. Pathological gambling: Addiction or impulse control disorder. Abstract. Eur Psychiatry 2007, 22 (Suppl. 1): 37.
- Nábělek, L. Pathological gambling: An impulse-control disorder or addiction. Abstract. Eur Psychiatry 1997, 12(Suppl.2): 187.
- Nábělek, L., Vongrej, J. Neurobehaviorální model patologického hráčstva. CS Psychiat 2003, 99: 89 – 95.
- Nábělek, L., Vongrej, J., Nábělková, E. Pathological gambling as non-substance addiction. Abstract. Int J Neuropsychopharmacology 2008, 11(Suppl.1): 246.

- Nábělek, L. Forensic assessment of pathological gambling. 8th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Vienna, 14 – 17 September 2010. Book of Abstracts: 31.
- Patarák, M. “Problémy” s takzvaným systémem odmeny. *Alkohol Drog Záv (Protialkohol Obz)* 2011, 46: 79 – 89.
- Pavlovský, P. Vhodnost používání pojmu „závislost“. *CS Psychiat* 1996, 92: 83 – 85.
- Petry, N. M., Kiluk, B. D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002, 190: 462 – 469.
- Sigvardsson, S., Bohman, M., Cloninger, C. R. Duplication of Stockholm adoption study of alcoholism: confirmatory cross-fostering analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53: 681 – 687.
- Stahl, S. Key issues and unmet needs in schizophrenia. In: Kapur, S., Lecrubier, Y., eds. *Dopamine in the pathophysiology and treatment of schizophrenia. New findings*. London: Martin Dunitz, 2003.
- Študent, V., Tůmová, Š. Stanovisko soudního psychiatra a psychologa k odrazu společenských změn na současné kriminalitě. In: *Sborník referátů XVII. soudně psychiatrické konference, Lázně Bohdaneč, 6. – 9. prosince 1994*. Praha: Sekce soudní psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS, 1995.
- Vilč, M. Majetkový delikt náruživého hráče. In: *Sborník referátů XVII. soudně psychiatrické konference, Lázně Bohdaneč, 6. – 9. prosince 1994*. Praha: Sekce soudní psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS, 1995.
- Virkkunen, M., Rawlings, R., Tokola, R. et al. CSF biochemistries, glucose metabolism and diurnal activity rhythms in alcoholics, violent offenders, fire setters and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51: 20 – 27.
- Weiss, F. Neurochemical adaptation in brain reward system during drug addiction. In: *Institute of medicine symposium on neuroscience*

research: advancing our understanding of drug addiction. Washington DC: National Academy of Science, 1996.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

World Health Organisation. The ICD – 10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1993.