

PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – PSYCHODYNAMICKÉ ASPEKTY V ETIOLOGII A AMBULANTNÍ TERAPII

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance, Brno

V práci je prezentován psychodynamický pohled na etiologii a léčbu patologického hráčství, vycházející ze zkušenosti s léčbou této klientely v ambulantní praxi. I když psychodynamická terapie neposkytuje universální návod k léčbě gamblersů, může napomoci lépe porozumět nevědomým aspektům původu gamblingu a vyvarovat se některých chyb, kterých se v léčbě této klientely někdy dopouštíme.

Úvod

Patologické hráčství je diagnostikováno jako nosologická jednotka v naší zemi od r. 1994, kdy byla přijata 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Diagnostická kritéria jsou následující: dle popisu v seznamu nemocí lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon. Je přítomno intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout. Toto puzení se zvyrazňuje v období, kdy je život pacienta více stresující. Hráčství pokračuje, i když jsou přítomny nepříznivé sociální důsledky, jako je chudoba, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života. Diferenciálně diagnosticky by mělo být odlišeno hráčství a sázkařství, které se uskutečňuje za účelem vzrušení, přičemž je kontrolované, dále hráčství u manických pacientů a hráčství u sociopatických osobností, s agresivním a anetickým chováním.

Již od r. 1980 je gambling zařazen do klasifikace nemocí dle Americké psychiatrické asociace. Patologické hazardní hráčství dle DSM-IV je definováno následovně:

A. Trvalý a opakující se nepřizpůsobivý chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje pět (nebo více) z následujících znaků:

1. Zaměstnávání se hazardní hrou (např. znovuprožívání minulých zážitků spojených s gamblingem, plánování další hazardní hry, úvahy o tom, jak si opatřit prostředky k další hazardní hře).
2. Aby pacient docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokouší hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní skoncovat.
4. Když se pokouší redukovat hazardní hru nebo s ní přestat, cítí neklid a podrážděnost.
5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmoci, viny, úzkosti, deprese).

6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
8. Dopouští se se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
9. Ohrožuje nebo ztrácí kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá se na druhé osoby, že mu poskytnou finanční prostředky a zmírní tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B. Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou (3)

Definice patologického hráčství dle DSM-IV naznačuje i některé možné etiologické souvislosti gamblingu. V každém případě je i z diagnostických kritérií zřejmé, že neexistuje jediný koncept hráčství jako nemoci. P. Moreyová (9) uvádí, že lze formulovat minimálně 5 základních teorií hráčství:

1. hráčství jako porucha kontroly impulsů – čemuž odpovídá i zařazení v diagnostickém systému MKN 10
2. hráčství jako ekvivalent afektivní poruchy (zejména deprese); tímto směrem jsou pak zaměřeny výzkumy pokoušející se doložit poruchy serotoninergního (případně dopaminergního) systému u hráčů a možnosti jejich farmakologického ovlivnění
3. hráčství jako obsedantně-kompulzivní porucha
4. hráčství jako nelátková závislost (čemuž odpovídá i současný, v našich podmínkách obvyklý způsob léčby, většinou – až na výjimky – společný pro gamblery a závislé na alkoholu)
5. hráčství jako směsice rozmanitých poruch, charakterizovaných společnými behaviorálními projevy. Z této představy

pak vyplývá snaha léčit gamblery prostředky behaviorální terapie, jak je dnes běžné.

Opomenout nelze ani názory upozorňující na to, že diagnostika patologického hráčství je produktem medicinizace stále širších oblastí problémového chování, což je dáno společenskou potřebou označit a kontrolovat nežádoucí sociální jevy prostřednictvím medicíny. Na tomto trendu mohou mít zájem i lékaři sami (medicinizace rozmanitých obtíží vede ke stálému rozšiřování potenciální klientely). K uznání gamblingu jako diagnostické jednotky přitom nedošlo na základě biologického objevu, který by definoval původ problémového hráčství. Neblahým důsledkem medicinizace, jak upozorňuje Chromý (5), je následná dezaktivace veškerých dalších společenských mechanismů, které mohou problémové chování regulovat. To již nyní spadá výhradně do kompetence zdravotnictví, které přitom nemusí mít žádné nástroje k tomu, aby je mohlo adekvátním způsobem zvládat. Zdá se, že v diagnóze patologického hráčství se velmi zřetelně zobrazuje konflikt vztahu mezi společností a psychiatrií, který má projektivní charakter: společnost používá psychiatrii k regulaci deviantních projevů s tím, že tato forma kontroly se jeví jako humánnější než běžná represe. Současně ale má vůči lidem, kteří jsou této regulaci podrobeni, nevědomé pocity viny, jichž se zbavuje obviňováním psychiatrického personálu i oboru jako takového z necitlivého zacházení s pacienty. (Tím nemá být v žádném případě řečeno, že tato obvinění postrádají reálný základ; psychiatrie se bez veřejné kontroly obejít nemůže.) Fakt, že společnost si je alespoň do jisté míry vědoma toho, že ze závislosti druhých profituje a má vůči nim pocity viny, je patrný např. v tom, že na kasinech v USA jsou nepřehlédnutelná upozornění nabízející telefonní čísla s možností pomoci pro lidi, kteří u sebe identifikují gamblerské problémy.

Psychodynamické aspekty gamblingu

Patologické hráčství (F 63.0) je v MKN 10 definováno behaviorálně, obdobně jako ostatní diagnostické jednotky. Lze předpokládat, že kromě řady racionálních důvodů vedoucích k tomu, že v posledním desetiletí zvítězil behaviorální koncept definice psychických poruch (jedním z nejvýznamnějších je jistě fakt, že přes veškerou snahu o biologizaci psychiatrie jsme nadále nuceni připustit, že biologická podstata řady poruch nám zůstává neznámá), nynější způsob klasifikace duševních poruch zřejmě umožňuje snazší medicinizaci dalších oblastí problémového chování. I tak si nelze nepovšimnout faktu, že také v rámci současných norem jsou diagnostická kritéria patologického hráčství dle MKN 10 značně vágní.

Psychoanalytické modely hráčství vycházejí z předpokladu, že zdroje gamblerského chování jsou nevědomé, nacházejí se mimo volní kontrolu jedince. Gambling je chápán v souvislosti se 3 základními psychologickými faktory: sexem, agresí a vinou. Za nejvýznamnější moment byla v klasické analytické teorii vycházející z topografického modelu považována nevědomá oidipská vina. Dle těchto koncepcí je výhra pro hráče natolik nepodstatná, že vznikla představa, že ve hře samotné je obsaženo nevědomé přání prohrát. (Praktické zkušenosti s gamblery jsou ovšem spíše v rozporu s těmito názory). Citována je Freudova analýza Dostojevského Hráče, kterou uvádí Rosenthal (13). Prohra souvisí dle Freuda s nevědomým přáním hráče zranit svého otce jako oidipského rivala. Pocity viny za ambivalence ve vztahu vůči otci jsou v pozadí za gamblerským přáním potrestat se za ně prohrou. Freud tento moment označuje jako morální masochismus. Spouštěcím faktorem gamblingu mohou být i pocity viny v situaci, kdy otec reálně zemře. Bergler (1) považuje gamblery za neurotiky s nevědomou potřebou prohrávat (práce vznikla ještě před vznikem self-psychologických konceptů). Podstatné jsou 3 základní momenty: gambling představuje znovuoživení gamblerských dětských pocitů omnipotence, přítomny jsou agresivní impulzy, přičemž hráčství je vnímáno jako cena, kterou neurotik platí za svou neurotickou agresi, posledním faktorem je pak hledání vzrušení – hráčství je chápáno jako nepřímá forma sexuální excitace. Tato představa odpovídá klasické Freudově hypotéze o tom, že všechny závislosti jsou sekundární a jsou odvozeny od primární závislosti na masturbaci. Tato teorie má dnes již zjevně jen historickou hodnotu, nicméně naznačuje souvislosti s narcistickým modelem zpracování konfliktů u gamblersů.

Pozdější hypotézy se pokoušejí integrovat původní analytické představy o gamblingu se

self-psychologickými koncepty, upozorňují rovněž na spouštěče gamblerského chování, kterými jsou v některých případech sňatek či navázání blízkého vztahu. Hráčství, které vztahovost destruuje, funguje současně jako prevence před narcistickým traumatem, vzniklým možnou ztrátou partnera. Mentzos (7) má za to, že hra je pro hazardního hráče prostředkem narcistické restituce: hráč se „pouští do střetu se svým osudem a potajmu doufá, že se přesto může ukázat jako jeho miláček nebo že ho přemůže“. Je přítomno manické pužení k repetici narcistického posílení, které tímto způsobem vzniká.

Problémem všech uvedených hypotéz je skutečnost, že nejsou podloženy doklady v podobě, kterou vyžaduje evidence based medicine; většinou se jedná o jednotlivé kazuistiky, ze kterých jsou vyvozovány obecnější závěry, metodologie tedy neodpovídá současným nárokům.

I když závažnější sociopatie je z diagnózy patologického hráčství vyloučena (DSM IV ji připouští), nezdá se na základě empirických zkušeností, že by gamblersství představovalo z psychodynamického hlediska onemocnění jako takové, ale spíše se jedná o symptomové chování v rámci osobnostní patologie. U většiny gamblersů cítíme intenzivní touhu po dosažení uspokojení „zde a ihned“; tato touha nesnese žádného odkladu. (Jeden mladý gambler, přivedený do ordinace zoufalou matkou, vyslechl v klidu její sdělení o katastrofálních finančních dopadech jeho hraní pro rodinu, načež mi sdělil: „Jistě chápete, pane doktore, že nebudu čekat, až budu tak starý jako vy, abych si mohl něco užít.“) V této situaci se skutečně zdá, že hlavním motivem ke hře nemusí být touha po vzrušení (kterou by bylo možno chápat např. jako projev „stimulačního chování“ narcistických pacientů, jejichž vnitřní objekty jsou natolik devalvovány, že nezbyvá, než pocity prázdnoty, zoufalství a nudy – často diagnostikované jako deprese – překrýt pokusy nalézt vzrušení v agujícím riskantním chování, jako je rychlá jízda, „adrenalinové“ sporty, neobvyklé formy perversní sexuality apod. – 8), ani náhrada libidinózní slasti, které nelze dosáhnout jiným způsobem, ale spíše snaha vytvořit neorealitu, v níž gambler není nucen odkládat splnění svých přání, „až bude starý“ – tedy dospělý. Jedná se tedy o naplnění touhy po oidipském triumfu (4); vytoužený objekt (matka; zde peníze, sláva, majetek, krásné ženy) mi může patřit ihned. Stačí jen vyhrát a okamžitě se stanu nezávislým a mocným. Je zřejmé, že masivní touha po nezávislosti – tedy grandiozním popření infantilní závislosti – je v příkrém rozporu s následnými terapeutickými doporučeními, jako je např. svěření hospodaření s financemi gamblersa druhé osobě, zákaz disponování

s větší hotovostí apod. (3, 11). V debaklové situaci jistě může hráč uvedená doporučení přijmout a jejich užitečnost v počátku terapie je nesporná; v dlouhodobější perspektivě je ale pacient bude akceptovat zřejmě jen se sebezapřením. Zdůraznění dočasnosti těchto postupů je pravděpodobně rozumné s tím, že v delším horizontu je respektována pacientova touha po autonomii.

Zdá se tedy, že podobně jako u narcistických osobností dochází u hráčů k selhání integrace narcistického – omnipotentního – já dítěte s formujícím se nadjád. Příčinou může být řada faktorů: nedostatečná podpora narcistického ega ze strany rodičů, nebo naopak jeho nadměrné hýčkáni a absence přiměřených frustrací. Obtíže mohou nastat i na straně nadjá, jehož vývoj může být defektní, a to z různých důvodů; jejich výčet přesahuje rámec této statě (12). Výsledkem je v situaci bytí drobných traumatizací intenzivní pocit bezcennosti, proti kterému jsou oživovány grandiozní obrany. Ty jsou reprezentovány jednak devalvací okolí – do kterého jsou projikovány znehodnocené části pacientova self – jednak pokusy o rekonstrukci narcistického já prostřednictvím narcistických self-objektů. Jedná se o takové objekty, které pacientovi dosvědčují jeho hodnotu – majetek, úspěch, popularita, ale rovněž např. uznání v odborné komunitě apod. Gamblersství může představovat pokus dosáhnout tohoto cíle v situaci, kdy pacient nepocituje reálnou možnost získat uvedené gratifikace jinou cestou. Proč se manifestuje u konkrétní osoby právě hráčství jako symptom, je zřejmě podmíněno i vnějšími okolnostmi. V anamnéze gamblersů se může objevovat jak situace materiálního nedostatku v rodině, tak rivalita s úspěšným sourozencem nebo otcem, ve které pacient nevidí žádnou možnost porazit svého rivala – otce – jinak než rychlou výhrou a zbohatnutím.

Kazuistický příklad 1

Pacient s problémem gamblingu referoval v terapii o svém snu, ve kterém vystupoval jako tajný agent, jenž zachraňuje svou matku z ohrožení. V asociacích ke snu se ukázalo, že rodina, ve které pacient v dětství vyrůstal, byla ohrožena řadu let tím, že maminka byla činná zodpovědnou za ztrátu peněz na poště, kde pracovala. Pacient v této situaci cítil naléhavou potřebu matce pomoci a současně pocítoval zlost na otce, který dle jeho názoru nevyvíjel dostatečnou aktivitu k tomu, aby manželce pomohl; spíše ji odsuzoval za její neopatrnost a neprozřetelnost. I když se vina maminky neprokázala, rodina dlouhou dobu trpěla existenční nejistotou vzhledem k tomu, že bylo nutno splácet nemalou částku. Již v té době vznikly u klienta fantazie o rychlém zís-

kání větší finanční sumy, která by situaci pomohla vyřešit. Oidipický aspekt snu je rovněž zřetelný.

Tam, kde dochází k selhání ve formování zralého nadjá, se může v obdobných situacích objevit gambling spojený s asociálním chováním. V anamnéze těchto pacientů se objevují trestní stíhání pro podvody, zpronevěry apod. Jednání těchto gamblerů jakoby postrádalo dlouhodobější plán: podvody jsou zaměřeny na pokrytí aktuálního dluhu, bez větší naděje na trvalejší řešení. V pozadí přetrvávají fantazie pacienta o rychlé výhře, která vše napraví.

Kazuistický příklad 2

Mladý gambler, jehož hraní bylo spojeno rovněž s abúzem alkoholu, který hraní facilitoval, prohrál postupně asi 300 000 Kč. Dluhy, které takto vznikly, se snažil pokrýt dvojím způsobem: pokoušel se získat zaměstnání s možností rychlého a vysokého výdělků. To se mu sice dařilo, ovšem s tím, že práce zpravidla neměla oficiální charakter a pacient záhy odcházel s tím, že sliby, které od zaměstnavatele dostal ohledně platu, se nenaplnily. Souvislost mezi nedodržováním slibů ze strany zaměstnavatelů a skutečností, že sám na počátku de facto přistoupil na možnost nekorektního pracovního vztahu tím, že akceptoval práci bez smluvního potvrzení, nijak nevnímal. Kromě toho se dopustil podvodů, kdy např. získával bankovní úvěry zdůvodněné fiktivním podnikáním, které ovšem nesplácel. Výsledkem bylo podmíněné odsouzení pacienta a soudní nařízení léčby. Své jednání vnímal bez pocitů viny, jako ego-syntonní; v jeho osobní historii bylo již tolik krivd ze strany „zlého světa“, že ať by učinil cokoliv, bylo by to plně ospravedlnitelné.

Gamblerské chování má i řadu dalších aspektů. Hráčství (jako specifická forma závislosti) tedy představuje grandiozní pokus o popření závislosti na vztahové úrovni. Kromě již zmíněných momentů je tento aspekt obsažen v samotné povaze hráčství: hráči na automatech zůstávají izolováni od okolí, hra má vysoce individuální charakter. Hráč s jinými hráči nekomunikuje, je v kontaktu pouze s herním autorem. To bývá problémem i v terapii: gamblers jen těžko dokáží verbalizovat vlastní psychickou realitu, intrapsychické obsahy spíše odehrávají prostřednictvím agování, tedy „akce“. Udržení kontinuity ambulantní terapeutické skupiny, složené výhradně z gamblerů, bývá téměř neřešitelným problémem (zdá se, že i svépomocné skupiny Gamblers anonymous dosáhly menšího vlivu a rozšíření než skupiny Anonymních alkoholiků, i když důvodem je jistě i menší rozšíření gamblingu než alkoholizmu obecně).

Již zmíněna byla funkce gamblersství jako obrany proti pocitu bezmoci a nedostatečnosti. V tomto smyslu mají pro gamblera protektivní význam jednak jeho fantazie o výhře, která jej učiní mocným a významným, jednak projekce pocitů bezmoci do okolí gamblera: to bývá často bezmocné vůči gamblersovým excesům a pokusy kontrolovat je se zpravidla mívají účinkem. Angažmá třetí strany – tedy nejčastěji rodiny pacienta – v pokusech přimět hráče k léčbě je snad ještě zřetelnější než u pacientů závislých na alkoholu. Vstup do léčby bývá kupříkladu podmínkou toho, aby osoby, které jsou s hráčem v nejbližším kontaktu, byly ochotny participovat na splácení jeho dluhů.

Poznámky k terapii patologického hráčství v ambulantní praxi

Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotná teorie hráčství jako nemoci, pokusy o efektivní léčbu zůstávají rovněž v eklektické poloze. První tři zmíněné koncepty hráčství (gambling jako porucha kontroly impulzů, ekvivalent afektivní poruchy či obsedantně kompulzivní porucha) mohou vést k úvaze pokusit se gamblersství ovlivnit farmakoterapií či behaviorální psychoterapií, resp. kombinací obojího. Přestože jsou v literatuře citovány studie o efektivitě použití SSRI (2, 14) či lithia (10), nejsou tyto postupy zcela běžně využívány. Rovněž užití naltrexonu není v našich podmínkách obvyklým postupem, jednak s ohledem na cenové aspekty, jednak vzhledem k obavě, že vedlejší efekty medikace by mohly podlomit již tak fragilní motivaci pacienta (14).

V ambulantní terapii se tedy klade důraz na eklektickou formu psychoterapie, zahrnující především podpůrné a behaviorální postupy, jako je fantazijní desenzitizace, desenzitizace in vivo, identifikace spouštěčů hraní, vytvoření splátkového kalendáře, „bezpečnostní“ opatření zahrnující minimalizaci přístupu hráče k volným finančním prostředkům, svěření hospodaření s financemi do rukou druhé osoby atd. Tyto postupy jsou v dostupné české literatuře popsány dostatečně (3, 11, 14). Psychoterapie je zpravidla – při zachování uvedených principů – prováděna v individuální formě. Skupinová terapie v ambulanci vyhrazená pro terapii gamblerů je v našich podmínkách vzácností. Někdy jsou činěny pokusy zařadit hráče do běžných „neurotických“ skupin, případně do skupin pro závislé na alkoholu.

Společná léčba závislých na alkoholu a patologických hráčů v ambulantní skupině přináší ovšem řadu obtíží. Nebývá jednoduché dohodnout se na tom, aby gamblers akceptovali potřebu sdílení plné abstinence od alkoholu. Užití alkoholu bývá častým spouštěcím faktorem hráčského chování (existuje mnoho

pacientů, kteří ve střizlivém stavu nikdy nehrají), avšak zdaleka ne u všech pacientů. Pokud ovšem není podmínka abstinence od alkoholu u gamblerů ve skupině vyžadována, dochází k řadě obtíží: hráči často sanují svůj narcismus na úkor alkoholových závislých popisem občasných pijáckých excesů, kde v podtextu je přítomen pocit superiority gamblera nad „obyčejnými alkoholiky“ („vy nemůžete pít, já ano“). Opakované ataky na pravidla skupiny, jejichž nositelem je terapeut, lze vnímat v přenosovém aspektu rovněž jako konflikt s oidipickým rivalem – otcem. Pozice gamblera ve skupině má nezdědka 2 základní polohy: pacient může vystupovat jako expert – specialista, zasvěcující „naivní nováčky“ do tajů her a do jejich pravidel, čímž si potvrzuje svou výjimečnou pozici ve skupině. Jindy se prezentuje jako nezúčastněný pozorovatel, kterého se skupinová témata nedotýkají, neboť jsou určena pro odlišnou klientelu. Skupinu tím ovšem v zájmu udržení vlastní sebeúcty devaluje. Jeho jediným rovnocenným partnerem se stává terapeut, se kterým se pokouší vytvořit koluzivní pseudospojenectví. V tomto případě obsazuje pacient pozici koterapeuta, která je projevem alter-ego přenosu (8). Jindy s terapeutem masivně rivalizuje, případně tyto pozice v průběhu terapie střídá. Obě polohy bývají zpravidla skupinou snášeny se značnou nelibostí; objevují se tlaky směřující k marginalizaci gamblerů a jejich eliminaci ze skupiny. Pokud k odchodu z terapie skutečně dojde, bývá pacientem vnímána jako grandiozní triumf nad terapeutem.

Specifickým problémem je rovněž účast třetí strany – nejčastěji rodiny – která si často na základě vlastního finančního angažmá, jímž sanuje dluhy pacienta, osobuje také nároky na kontrolu nad léčbou. Ta může mít relativně neškodnou podobu ověřování, zda pacient do terapie skutečně dochází, ale může být požadována rovněž reprodukce pacientových sdělení z terapeutických sezení. Jindy mohou být sdělovány údaje o indicích svědčících pro pokračující hraní, ovšem se žádostí, aby zdroj informace zůstal utajen. Všechny uvedené momenty kladou značné nároky na terapeutovu abstinenci a neutralitu. Na místě je přesné vymezení pravidel na počátku terapie (kontakty s rodinou by se měly dít vždy za vědomí pacienta). Přání rodiny účastnit se léčby je nutno vnímat jako legitimní, mělo by se ale odehrávat v podobě regulérní rodinné terapie, oddělené od terapie pacienta – gamblera.

Kazuistický příklad 3

Středoškolsky vzdělaný muž středního věku začal docházet do skupinové terapie poté, co jeho manželka pohrozila rozvodem v situaci, kdy prohrál peníze, které měly být investovány do koupě nového automobilu. Rozsah

problému s gamblingem v terapii nikdy plně neprezentoval: v jeho podání se jednalo o nešťastnou ojedinělou epizodu, kterou manželka zbytečně zdramatizovala. Poté, co se opakovaně dostavil do skupiny zjevně nestřízlivý, bylo nutno řešit otázku jeho dalšího setrvání ve skupině při respektování pravidel terapie. Vzhledem k masivnímu externímu tlaku na jeho léčbu přislíbil, že bude po dobu terapie abstinentovat, ovšem se zřetelnou bagatelizací (pivo si dá jen v době, kdy chodí hrát basketbal; nyní není sezóna, takže nebude na svém právu napít se trvat). V terapii prakticky nepřinášel žádné osobnější zážitky, prezentoval se v poloze experta na sportovní dění, opakovaně testoval, zda terapeutovy znalosti v této oblasti se vyrovnají jeho. Pokusy interpretovat jeho pozici ve skupině se mýjely účinkem. Léčbu ukončil náhle asi po 9 měsících docházky v momentě, kdy jeho manželka byla dlouhodobě hospitalizována pro závažné onkologické onemocnění. Lze předpokládat, že využil situace, kdy vnější tlak na léčení vzhledem k popsáním událostem pominul.

Diskuze a závěr

Patologické hráčství zůstává v etiologii i terapii obtížnou diagnostickou jednotkou. Zdá se, že i když je možné pokusit se o identifikaci

psychodynamických aspektů etiologie gamblingu a jejich odrazu v terapii, plného úspěchu v léčbě zřejmě nelze dosáhnout výhradně psychodynamickou či psychoanalytickou terapií. Nelze přesvědčivě doložit, že identifikace a interpretace interních konfliktů pacientů – gamblerů vede k odstranění gamblerského chování. Metodologie analytických prací je odvozována převážně od jednotlivých kazuistik, ze kterých vycházejí rozsáhlejší zobecnění. Tento postup není v souladu s dnešní předsta-

vou vědecké medicíny. V ambulantní terapii se tedy nadále pohybujeme v širším řečišti postupů, volených dle situace v kontaktu s klientem i dle profesionální identity terapeuta. Přesto se zdá, že snaha o porozumění psychodynamickým aspektům hráčského chování může vést alespoň k reflexi chyb, kterých se někdy v kontaktu s patologickými hráči dopouštíme, a může snad pomoci lépe snášet frustrace a pocity bezmoci, které často pocítujeme při léčbě těchto pacientů.

Literatura

1. Bergler E. The psychology of gambling. New York. Hill and Wang. 128 s.
2. Hollander E., Decaria C., Mari E. Short-term single-blind fluvoxamin treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1781–1783
3. Höschl C, Libiger J, Švestka J, et al. *Psychiatrie*. Tigris. Praha. 2002: 895 s.
4. Chassegeut-Smirgelová J. Kreativita a perverze. *Portál*. Praha. 2001: 199 s.
5. Chromý K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled. *Avicenum*. Praha. 1990: 84 s.
6. Kohut H. Obnova self. *Psychoanalytické nakladatelství*. Praha. 1991: 138 s.
7. Mentzos S. Rozumíme sami sobě? *Nakladatelství Lidové noviny*. Praha. 2000: 231 s.
8. Mikota V. O ovlivňování duševních chorob. *Psychoanalytické nakladatelství*. Praha. 1995: 140 s.
9. Moreyra P, Ibáñez A, Saiz-Ruiz J, Nissenson K, Blanco C. Review of the Phenomenology, Etiology and Treatment of Pathological Gambling. *German J Psychiatry*, 2000; 3: 37–52.
10. Moskowitz JA. Lithium and lady luck. *NY State J Med* 1980: 785–788
11. Nešpor K. Návykové chování a závislost. *Portál*. Praha. 2003: 151 s.
12. Poněšický J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. *Triton*. Praha. 2004: 215 s.
13. Rosenthal RJ. The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior* 1986; 2: 108–120
14. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. *Academia Medica Pragensis*. Praha. 2004. 479 s.
15. Šíkl J. Adolescence jako narcistická krize. *Revue psychoanalytické psychoterapie* 1999; 2: 29–33.