

## 1. Tünettan

A betegség fontos eleme a kockázatmegítélés zavara, a feltétlen hit a „biztos szisztémában”. A szerencsejátékos viselkedésnek jellegzetes fázisai vannak: a betegek a játék előtt fokozódó késztetést, feszültséget éreznek, a játék alatt örömezt, izgalmat- néhányan transzszerű állapotot élnek meg. A játék után a veszteségek miatt erős büntudat gyötri őket. Az „igazi” játékosok képtelenek abbahagyni a játékot, a késztetésnek nagyon nehezen tudnak ellenállni. A játékszenvedélyben sok rituálé megjelenik (számmisztika, listakészítés stb.), amely a kényszerbetegséggel mutat rokonságot. Jellemző a szenvedély abbahagyásának többszöri sikertelen kísérlete, a családi és munkahelyi problémák halmozódása. A játékszenvedély mindent háttérbe szorít, a felhalmozódott adósságok miatt sokan törvénytelen cselekedeteket is végrehajtanak (Füredi és mtsai, 2001).

A diagnosztikus kritériumokat a DSM-IV-R a következőkben határozza meg:

1. Tartós és ismétlődő maladaptív viselkedés a szerencsejátékokkal kapcsolatban, azaz legalább öt vonás az alábbiakból:
  - Szerencsejátékokkal való intenzív foglalkozás
  - A kívánt izgalom eléréséhez egyre nagyobb összegű tételek megjátszása
  - Ismételt sikertelen erőfeszítések a játék feletti kontroll megtartása, a játék csökkentése, vagy abbahagyása érdekében
  - Nyugtalanság/ irrátibilitás, ha nem játszhat
  - A szerencsejáték folytatása a problémáitól vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja
  - Miután a szerencsejátékon pénzt veszít , gyakran másnap visszatér, hogy veszteségét kiegyenlítse
  - Hazudik a családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét
  - Illegális cselekményeket (hamisítás, csalás, lopás, sikkasztás) követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát
  - A játékszenvedély miatt veszélyeztet, vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási vagy karrier- lehetőséget
  - Másokra támaszkodva gondoskodik pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen
2. A játékszenvedély nem magyarázható jobban mániás epizóddal (DSM- IV, 1997).

Nehéz eldönteni, a játékszenvedély mikor tekintendő betegségnek, és mikor szórakozás csupán. Ezt a kérdést segíthet eldönteni a GA önbecslő kérdőíve, mely alapján a laikusok is könnyedén eldönthetik, kompulzív szerencsejátékosok-e. A GA-t (Gamblers Anonymous) 1957-ben alapították Los Angelesben. Felfogásuk szerint a játékszenvedély érzelmi probléma, és a szerencsejátékok tulajdonképpen egy álmvilágba juttatják a játékost, és így az könnyebben elviseli az életet. A GA koncepciója alapján tehát az tekinthető kompulzív szerencsejátékosnak, aki a Névtelen Szerencsejátékosok Tesztjének 20 kérdésből legalább hétre igennel felel (Fekete, 2005).

## **2. Társuló zavarok**

A kóros játékszenvedély és a kémiai addikciók között szoros az összefüggés (33-73%) (Németh és mtsai, 2005). Welte és mtsai (2001 idézi: Németh és mtsai, 2005) például azt találták, hogy a kóros játékszenvedéllyel diagnosztizáltak között 28% az aktuális alkoholfüggőségben szenvedők aránya, míg ez a kontrollcsoportban 1% volt Castellani és Rugle (1995 idézi: Németh és mtsai, 2005). A National Opinion Research Center (1999 idézi: Németh és mtsai, 2005) hétszer gyakoribbnak találta az alkohol- és drogabúzust a kóros játékszenvedéllyel diagnosztizáltak között a szociális gamblerekhez és a szerencsejátékot nem játszókhöz viszonyítva.

A játékosok közt gyakori a dohányzás, a kényszerbetegség 9%-ban fordul elő náluk, ez a várható értéknél háromszor nagyobb arány. A betegek legalább 20%-a hiperaktív és figyelemzavarban szenved (Attention Deficit Hiperactive Disorder). Nárcisztikus, antiszociális és borderline személyiségzavar előfordulása szintén gyakori. Az öngyilkossági kísérletek gyakorisága 13-20% a játékosok között. (Németh és Gerevich, 2000).

Black és Moyer (1998 idézi: Raylu és Oei, 2002) eredményei szerint 30 szerencsejátékos 87%-nak volt legalább egy személyiségzavar diagnózisa, ezek közül a leggyakoribbak az elkerülő, a szkizotip és a paranoid személyiségzavarok voltak. Blaszczynski és Steel (1997 idézi: Raylu és Oei, 2002) 82 játékost vizsgált, akik kezelésen vettek részt. Az eredmények szerint a vizsgáltak 93%-nak volt valamilyen személyiségzavara (vagyis megfelelt legkevesebb egy személyiségzavar kritériumainak). A személyiségzavarok legtöbbször a B-clusterbe tartozott (borderline, hisztrionikus, nárcisztikus személyiségzavar).

A hangulati zavarok szintén gyakran társulnak a kóros játékszenvedéllyel. A bipoláris affektív zavar előfordulása például 24% (McCormick és mtsai, 1984 idézi: Németh és mtsai,

2005) és a mánia kizárási kritérium a kóros játékszenvedély diagnosztizálásánál. A depresszió 50%-ban társul a kóros játékszenvedélyhez (Németh és Gerevich, 2000) és a legújabb kutatások szoros genetikai kapcsolatot mutattak ki a kóros játékszenvedély és a major depresszió között férfiak esetében.

Specker (1996 idézi: Raylu és Oei, 2002) a pszichiátriai komorbiditást vizsgálta strukturált klinikai interjú segítségével olyanoknál, akiket játékszenvedéllyel kezeltek. A pszichiátriai betegségek gyakoribbak voltak a játékosoknál a normál populációhoz képest, elsősorban AXIS-I zavarok jelentek meg. A női és férfi szerencsejátékosok nem különböztek az affektív zavarok, a kémiai addikciók és a személyiségzavarok tekintetében, de a nőknél gyakoribbak voltak a szorongásos zavarok és gyakrabban számoltak be gyermekkorban átélt szexuális abúzusról.

Nem világos azonban, hogy a fenti betegségek okozói-e a játékszenvedélynek, vagy következményei. Az is elképzelhető, hogy a fenti problémák növelik a játékszenvedély kialakulásának esélyét, vagy egyszerűen csak segítenek fenntartani a kóros állapotot (Raylu és Oei, 2002).

### **3. Kórlefordítás, Prognózis**

Leggyakrabban 25- 29 év között indul a betegség és általában krónikus lefordítású. A beteg egyre többet veszít, életét egyre inkább a játék tölti ki. Adósságai az évek folyamán halmozódnak, visszafizetésükhöz sokan törvénytelen úton próbálnak pénzt szerezni. A játék lerombolja a társas kapcsolatokat és tönkremegy a családi élet is (Németh és Gerevich, 2000).

A gyógyulás érdekében a játékosoknak abba kell hagyniuk mindenfajta szerencsejátékot. A készletnek azonban nehéz ellenállni, jellemző, hogy a játékosok évek múltán is visszatérhetnek a szerencsejátékhoz (Németh és Gerevich, 2000). A Gamblers Anonymus (G. A.) sok kiadványában olvasható az a bekezdés, mely szerint a játékosoknak el kell fogadniuk, hogy olyan progresszív betegségben szenvednek, amely az idő múlásával egyre rosszabbodik és soha nem javul (Fekete, 2005).

Mivel a kóros játékszenvedély terápiája még megoldatlan, valamint a betegeket az együttműködés hiánya jellemzi, a szakembernek a kezelés során számos nehézséggel kell szembenéznie. A családi problémák miatt sok beteg az öngyilkosságba menekül (13- 20%). A tapasztalatok alapján a gyógyulás akkor lehetséges, ha a beteg talál valamit, ami pótolja a szenvedélyt. Jó eredményt csak motivált, együttműködő betegeknél lehet elérni gyógyszeres

és pszichoterápia együttes alkalmazásával, a visszaesés esélye azonban egész életen át megmarad (Németh és Gerevich, 2000).

#### **4. A kóros játékszenvedély megközelítései**

A kóros játékszenvedélyt több irányból is próbálják megközelíteni a kutatók. A DSM-IV-R és BNO-10 az impulzuskontroll-zavarok közé sorolja, néhány szakember pedig addikciónak tekinti, mivel a szerfüggőség minden jellegzetességével rendelkezik a kémiai szer használatának kivételével. A kóros játékszenvedély viselkedéses addikció, és ez alapján nemcsak az addikcióspektrumba, hanem a kényszerbetegség- spektrumba is besorolható (Németh és Gerevich, 2000). Ahhoz, hogy átfogó képet kapjunk a szerencsejáték- jelenségről érdemes mindhárom megközelítést alaposabban megismerni.

##### **4.1. A kóros játékszenvedély mint impulzuskontroll- zavar**

A DSM-IV- R és a BNO-10 a következő jellegzetességek miatt az impulzuskontroll-zavarok közé sorolja a kóros játékszenvedélyt:

- A beteg képtelen ellenállni olyan impulzusnak, késztetésnek, amelynek végrehajtása önmagára vagy másokra ártalmas.
- Az aktus előtt fokozódó feszültség és aktiválódás (arousal) észlelhető.
- A cselekmény végrehajtása oldja a feszültséget, átmenetileg örömet, kielégülést okoz, ego- synton (énazonos) jellegű.
- A cselekmény után megbánás, büntudat vagy önvádlás jelentkezik (Füredi és mtsai, 2003).

A fenti jellegzetességek kivétel nélkül megfigyelhetőek a kóros játékszenvedélyben.

##### **4.2. A kóros játékszenvedély addikció- felfogása**

Az addikcióknak legalább két fajtáját lehet megkülönböztetni, a kémiai és a nem kémiai (viselkedéses) addikciókat. A legfontosabb kémiai addikciók a dohányzás, alkoholizmus, droghasználat. A viselkedéses addikciók közé tartozik a kóros játékszenvedély,

obszesszív- kompulzív betegség, trichotillomania, kleptomania, pirománia, kényszeres vásárlás és különféle szexuális zavarok (pedofília, szadizmus stb...) (Németh és Gerevich, 2000).

#### *4.2.1. Az addiktológia alapfogalmai*

A kóros játékszenvedély addikció- felfogásának megértéséhez szükség van néhány addikciókkal kapcsolatos alapfogalom tisztázására, mivel az elméletek is ezeket a fogalmakat használják. Bár a fogalmakkal kezdetben a kémiai addikciókat írták le, újabban a viselkedéses addikciók magyarázatában is sikeresnek bizonyultak.

A szenvedély valamilyen szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan késztetés, amely minden más törekvést megelőz és maga alá gyűr. A „szenvedély” kifejezés magába foglalja a hasonló erővel jelentkező nem szerrel kapcsolatos késztetéseket is, ilyen a kóros játékszenvedély is (Tringer, 2001).

Tolerancia az adott drog hatásának csökkenése a folyamatos fogyasztás során, vagyis a fogyasztónak folyamatosan emelni kell a dózist ugyanazon hatás elérése érdekében (Füredi és mtsai, 2003). Blume állítása szerint (1989 idézi: Lakatos, 1993) játékszenvedélyben ez a hatás abban nyilvánul meg, hogy egyre nagyobb tétekben játszanak.

A dependencia függőséget jelent, a szer hiánya vagy a megszokott adag csökkentése megvonási tüneteket idéz elő, amelyek az egyént a szer ismételt bevitelére készítetik (Tringer, 2001).

Az addikció ciklusokban zajlik (Németh és Gerevich, 2000). Az addiktív ciklust a következő fázisok jellemzik:

1. Visszatérő ismételt vágy (éhség) majd késztetés egy összetett viselkedési sztereotípiá végrehajtására. A viselkedés összetevőinek meghatározott sorrendje van.
2. A viselkedés elkezdéséig, majd befejezéséig emelkedik a szervezet belső feszültsége.
3. A viselkedés véghezvitele után átmeneti és gyors feszültségcsökkenés következik be.
4. A vágy és a késztetés fokozatosan, napok, órák, percek alatt visszatér.
5. A drogkeresést kiváltó késztetés környezeti és belső ingerekre – másodlagosan-kondicionálódik.
6. A visszaesés megelőzését célzó stratégiákban a késztetés csökkenthető impulzus- és ingerkontroll- technikákkal (Németh és Gerevich, 2000).

Emellett a kémiai addikcióknak létezik néhány olyan tulajdonsága, amely megtalálható a viselkedéses addikciókban is:

1. Kényszeres viselkedés: Erős belső kényszer irányítja a viselkedést. A viselkedés mögött a kémiai szer megerősítő hatásai állnak. Drogfüggőségénél a húzásmechanizmus jellemző, vagyis a drog valamilyen kellemes élmény felé húzza a fogyasztót. Játékszenvedélyben a lökésmechanizmus jellemző, vagyis a játék ellöki a játékost valamilyen kellemetlen állapotból (szorongás, depresszió, esetleg az elvonási tünetek miatt átélt kellemetlen állapotból). A lökésmechanizmus tulajdonképpen negatív megerősítés.
2. Sóvárgás (craving): Erős, kóros vágy a függőséget okozó szer vagy viselkedés iránt. Sóvárgás hatására késztetés (urge) jelenik meg, amelyet erős izgalmi állapot kísér. A késztetés addiktív viselkedést hív elő. A sóvárgás hátterében az extracelluláris dopaminszint emelkedése áll.
3. Incentivitás- kielégülés: Az addiktív viselkedés ciklusokban történik, a ciklus két fázisból áll. Az incentiv (serkentéses) fázist a sóvárgás és a késztetés indítja be, melyek hatására egy erős izgalmi állapot alakul ki, a viselkedés beszűkül és a személyt csak a drog (vagy a játék) érdekli. A konzumátoros (kielégülési) fázisban feszültségcsökkenés, nyugalmi állapot jellemző, a vágy nem jelentkezik. A viselkedési addikciónál ez a fázis kevésbé vagy egyáltalán nem jelentkezik.
4. Kockázatkeresés: A szenvedélybetegek egyik csoportja kerüli a kockázatot és az ártalmakat, a másik csoport pedig keresi a veszélyeket. Ebből a szempontból három klinikai változat tapasztalható:
  - A kockázatkeresés a személyiség alapvonásainak egyike, vagyis az addiktív viselkedés csak a kockázatkeresésnek egy megnyilvánulási formája. Az élet folyamán a kockázatkeresés különböző formái váltakozhatnak.
  - A kockázatkeresés az addiktív viselkedés alatt jelenik meg.
  - A két változat együtt jelenik meg.
5. Helyettesítés: A klinikai gyakorlatban megfigyelhető jelenség, hogy a szenvedélybetegek könnyen rászoknak más szerekre. Az egyes drogok helyettesíthetik egymást, és egy szer csökkentheti az egy másik szer által okozott elvonási tüneteket. A kémiai addikció átválthat viselkedéses addikcióba és fordítva: a viselkedéses addikció mellett kémiai dependencia alakulhat ki. A helyettesítés elvét több évszázada alkalmazzák a gyógyításban.
6. Komplementaritás: Egy drog használata növelheti egy másik drog használatának esélyét. Így multiplex droghasználat alakul ki, a drogok használatának kombinálása. Hasonló jelenség a játékszenvedélyben is megfigyelhető, amikor egy játékos több játékhoz (pl. rulett és játékgépek) is kötődik.

7. Másodlagos kondicionálás: A droghatásra és az elvonási tünetekre semleges belső és külső ingerek másodlagosan kondicionálódhatnak. A másodlagosan kondicionálódott ingerek a specifikus ingerek jelenléte nélkül is létrehozhatnak drogéhséget vagy elvonási tüneteket. Hasonló másodlagosan kondicionálódott ingerek a játékszenvedélyeseknél is megtalálhatóak: a játékteremben megtalálható környezeti ingerek előidézhettek sóvárgást, vagy elvonási tüneteket.
8. Multigenerációs jelleg: A drogfogyasztás családi halmozódást mutat (Németh és Gerevich, 2000).

#### 4.2.2. A viselkedéses addikciók közös jellemzői

A viselkedéses addikciók közé rendkívül változatos kórképek tartoznak (kóros játékszenvedély, obszesszív- kompulzív betegség, trichotillomania, kleptomania, piromania, kényszeres vásárlás és különféle szexuális zavarok) azonban vannak bizonyos hasonlóságok amelyek alapján ezeket a kórképeket mégis egy csoportba soroljuk (Németh és Gerevich, 2000).

Fontos kapcsolódási pont lehet a demográfiai jellemzők. A viselkedéses addikciók a második vagy harmadik évtizedben indulnak és krónikus lefolyásúak. A nemi megoszlás kórképenként eltér, a kóros játékszenvedély leginkább férfiakra jellemző.

A komorbiditást megvizsgálva megállapíthatjuk, hogy felsorolt betegségek gyakran társulnak egymással, valamint depresszióval és alkoholizmussal.

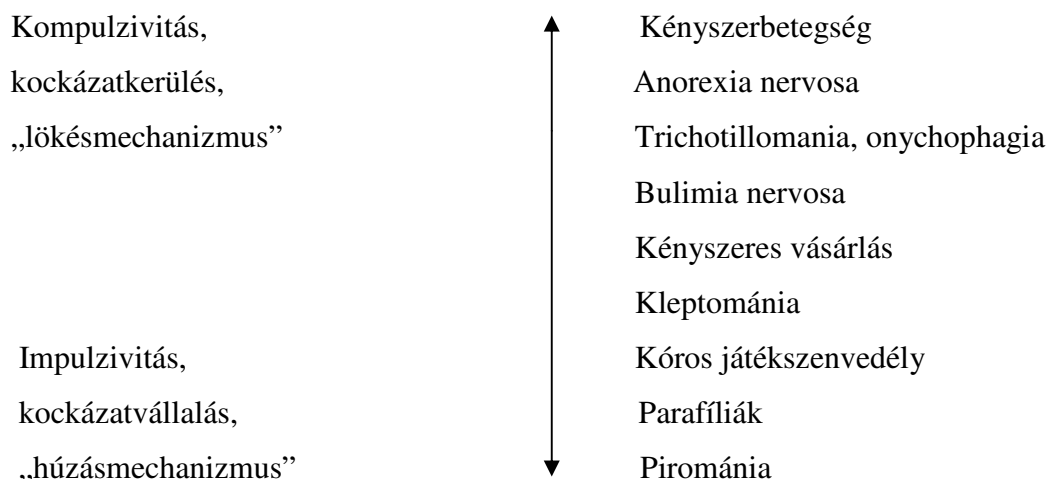
Az elsőfokú rokonok közt a kórképek gyakran halmozódnak, ami közös genetikai és biológiai eredetre utal.

Pszichopatológiai szempontból számos tünettani hasonlóság és különbség fedezhető fel a kórképekben.

A fenti ismertetés alapján a kóros játékszenvedély az addikciófelfogással is megközelíthető, de mint a viselkedéses addikciók legtöbbje a kényszerbetegség- spektrumba is besorolható.

### 4.3. A kóros játékszenvedély elhelyezkedése a kényszerbetegség- spektrumon

Az 1. ábra a kóros játékszenvedély elhelyezkedését mutatja a kényszerspektrumon.



1. ábra: A viselkedésaddikciókhoz tartozó kórképek elhelyezkedése a kompulzivitás-impulzivitás skálán

Az alapvető hasonlóságok közé tartozik, hogy a spektrum felső végén lévő betegségekre a kényszeresség, kockázatkerülés jellemző, míg az alsó végén álló viselkedészavarokra pedig az impulzivitás, a fokozott kockázatvállalás jellemző. Az ábrán az is látható, hogy a viselkedéses addikciókra egyaránt jellemző a „húzásmechanizmus” és a „lökésmechanizmus”, azonban eltérő mértékben. A bal oldali kórképekre a „lökésmechanizmus” jellemző, a jobb oldaliakra pedig (melyek a kémiai addikciókhoz állnak közelebb) a „húzásmechanizmus”. Azonban a betegség előrehaladtával egyre inkább a „lökésmechanizmus” lesz jellemző, vagyis a kellemetlen állapot arra kényszeríti a beteget, hogy ellökje magát az állapotból (Németh és Gerevich, 2000).

Az agresszivitás szintén megjelenik a kórképekben. Autóagresszió jelenik meg bulímiásoknál amikor hánytatják magukat, vagy trichotillomaniánál, amikor a betegek kitépik hajszálaikat. Az agresszió mások ellen irányul paraffiliáknál vagy piromániában. A kóros játékszenvedély esetében mindkét típusú agresszió megfigyelhető. A beteg önmagát is



pusztítja, de a szenvedély hatására heteroagresszió is megjelenik (pénzt kér kölcsön, amit nem ad vissza, esetleg lop valakitől) (Németh és Gerevich, 2000).

Az addikciók szempontjából anatómiailag fontos képletek a frontobasalis kéreg, a ventális tegmentális area és a nucleus accumbens. Az innen kiinduló dopaminpályarendszer zavara felelős a jutalomhiányos szindróma kialakulásáért. A dopamin-2 receptor A1 allél jelenléte gyakoribb kóros játékszenvedélyben, de más neurotranszmitterek is szerepet játszhatnak (szerotonin, noradrenalin, opiátok). A viselkedéses addikciókban felismerhetők az addiktív, a kompulzív és az impulzív viselkedészavar elemei is és ezek neurotranszmitterekhez köthetők. A dopamin a jutalmazási/ megerősítési mechanizmusokban játszik szerepet, a noradrenalin pedig az arousal és az újdonságkereső magatartásban. Az impulzivitás/ kompulzivitás a szerotininhoz kapcsolódik (Németh és Gerevich, 2000).

A skála felső részén található a kompulzivitással (kényszerességgel) jellemezhető kórképek, alsó részén pedig az impulzivitással jellemezhető kórképek, melyek egy folyamatos kontinuum mentén elrendezhetők. A skála kórképeiben közös, hogy a beteg ismétlődő kóros cselekvéseket hajt végre, amelyek (átmeneti) feszültségcsökkenést okoznak. Azonban amíg a kényszercselekvések ego- dyston (énidegen) jellegűek, míg a skála alsó részén elhelyezkedő kórképek ego- synton (énazonos) jellegűek. A kóros játékszenvedélyben, mely a skála közepén helyezkedik el a cselekvés átmenetileg oldja a feszültséget, de a cselekmény után büntudat jelentkezik (Füredi és mtsai, 2001).

A skálán felfelé haladva a kényszeresség, kockázatkerülés és a szorongás növekszik, míg a skála alsó részén található kórképekre (pirománia, antiszociális személyiségzavar) extrém mértékű agresszivitás jellemző. A játékszenvedély a skála közepén található, és az agresszió mindkét formája (hetero- és autoagresszió) megjelenik a kórképben. A heteroagresszió leginkább abban nyilvánul meg, ahogy a játékos pénzt próbál szerezni a játék folytatására (lopás, csalás, erőszak). Az autoagresszió leginkább öngyilkossági kísérletekben és önpusztító magatartásformákban (erős dohányzás, alkoholizmus, kábítószerhasználat) jelenik meg (Németh, 1994).

A játékszenvedélyben sok kényszeres motívum megtalálható. Rituálék és babonák egész sora erősíti meg a játékost abban a hitben, hogy a következő szériában nyerni fog. Langer (1975 idézi: Komlósi és Móricz, 2003) megfigyelte, hogy a játékosok hajlamosak kontrollstratégiákat kialakítani maguknak a kimenetel befolyásolására. Ilyen lehet például a kockajátékban egy bizonyos módon rázni a kockát dobás előtt. Ráadásul azok a játékosok, akik ilyen stratégiákkal élnek népszerűbbek a fogadók között és gyakrabban fogadnak rájuk.

További közös jellemző, hogy a fenti betegségek mindegyikében szerotonin funkciózavart mutattak ki a kutatók. A szerotonin metabolitjának (5- hidroxil- indolecetsav) szintjét vizsgálva a liquorban a kényszerbetegeknél magasabb szintet találtak, míg violens szuicidumot elkövetőknél és antiszociális egyéneknél alacsonyabb szintet. Ezenkívül a PET vizsgálatok hiperfrontalizációt találtak kényszerbetegeknél, ami az orbitofrontális régióban fokozott glukómetabolizmust jelent. A borderline betegeknél hipofrontalizáció és alacsony szerotoninaktivitás volt észlelhető. Vagyis a skála kompulzivitással jellemezhető végén jellemző a kockázatkerülés, a fokozott veszélyérzet, illetve biológiai szinten a hiperfrontalizáció és a fokozott szerotoninaktivitás. Az impulzivitással jellemezhető kórképekben pedig a fokozott kockázatvállalás, az agresszivitás és hipofrontalizáció, valamint csökkent szerotoninaktivitás jelenik meg.

A kényszerspektrum kórképeinek jellegzetes vonása, hogy a betegnek valamilyen cselekvést kell végrehajtania ahhoz, hogy egy kellemesebb állapotba kerüljön. A kóros játékszenvedély esetében a betegek a játék iránti késztetéseiknek nem tudnak ellenállni. Mind a kényszerbetegségekre, mind a kóros játékszenvedélyre igaz tehát, hogy a cselekvés feszültségcsökkenést okoz, azonban a kóros játékszenvedély ego- synton (énazonos) jellegű, míg a kényszerbetegségek ego- dyston (énidegen) jellegűek. Valamint a kóros játékszenvedély a kompulzivitás- impulzivitás skálának inkább az impulzivitás oldalán helyezkedik el, és a spektrumszemlélet alapján közelebb áll a szenvedélybetegségekhez (Németh és mtsai, 1996).

#### **Ajánlott irodalom:**

**A DSM-IV Diagnostikai kritériumai (1997) Animula, Budapest**

**Fekete, P. (2005) Szerencsejáték életre- halálra, L'Harmattan Kiadó, Budapest**

**Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (2003): A pszichiátria magyar kézikönyve, Medicina Könyvkiadó, Budapest**

**Komlósi, A., Móricz, É. (2003): A szerencsejáték- jelenség gazdaságpszichológiai vetületben, in. Hunyadi, Gy., Székely, M. (szerk.) Gazdaságpszichológia, Osiris Kiadó, Budapest**

**Németh, A. (1994): A kényszerbetegség spektrumába tartozó kórképek, in.: Németh (szerk.): Kényszerbetegség, Cserépfalvi Könyvkiadó, Budapest**

**Németh, A., Gerevich, J. (szerk.) (2000): Addikciók, Medicina Könyvkiadó, Budapest**

**Németh, A., Lukács, E., Mórotz, K., Treuer, T., Vandlik, E., Boncz, I. (1996): Kóros játékszenvedély- 12 beteg adatainak feldolgozása alapján, in. Psychiatria Hungarica 11(5): 534- 546.**

**Raylu, N., Oei T. (2002): Pathological gambling (A comprehensive review), in. Clinical Psychology Review 22: 1009- 1061**

**Tringer, L. (2001): A pszichiátria tankönyve, Semmelweis Kiadó, Budapest**