

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Studium bakalářské, kombinovaná forma

Studijní obor: Adiktologie (BADI)



Autor: Věra Křenková

Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů s diagnózou patologické hráčství
léčených v Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích v období 2001-2010

Drop-out in Clients with the Diagnosis of Pathological Gambling in the
Brno-Černovice Psychiatric Clinic for the Period 2001 to 2010

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Konzultant: Mgr. Martin Bayer

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 8. 2011

Věra Křenková

Identifikační záznam:

Křenková, Věra. *Předčasné ukončení ústavní léčby u klientů s diagnózou patologické hráčství léčených v Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích v období 2001-2010 [Drop-out in Clients with the Diagnosis of Pathological Gambling in the Brno-Černovice Psychiatric Clinic for the Period 2001 to 2010]*. Praha, 2011. 56 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná Ph.D., konzultant práce Mgr. Martin Bayer.

Poděkování

Je mi ctí na tomto místě poděkovat za profesionální přístup, kterého se mi dostalo při realizování práce. Mgr. Lence Šťastné Ph.D. děkuji za vedení, Mgr. Martinovi Bayerovi patří mé uznání a vřelé poděkování za poskytnutí odborného vedení, spolupráci na praktické části práce, v neposlední řadě za jeho trpělivý a laskavý přístup. Děkuji vám.

Mé poděkování míří také na mateřské pracoviště za umožnění realizace výzkumu, a k mé rodině za projevenou podporu. Děkuji vám.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá fenoménem předčasného ukončení léčby u pacientů s diagnózou patologické hráčství. Retence v léčbě a její ukončení v plánovaném termínu je podstatným ukazatelem efektivity léčby, zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj. Předčasné ukončení léčby je komplikací v léčbě, komplexní situací, na které se podílí faktory na straně klienta i faktory a možnosti na straně zařízení i terapeutů.

Cílem práce je poskytnout komplexní informace o těchto faktorech, zmapování faktorů na straně klienta. Zjistit, čím se od sebe signifikantně liší osoby, které byly schopny dokončit léčbu, od těch, kteří léčbu ukončili předčasně. Byly vybrány tyto významné faktory: duální diagnózy, dluhy klientů, sociální podpora a kriminalita klientů.

Získaná data byla podrobena kvantitativní analýze. Do souboru byli zařazeni pacienti mužského i ženského pohlaví, kteří zahájili ústavní léčbu v Brně v letech 2001-2010. Analýza se vztahuje k jednotlivým hospitalizacím, vycházíme z celkového počtu 209 hospitalizací.

Stanovili jsme čtyři hypotézy. Při jejich ověřování byl zjištěn významný vztah mezi retencí v léčbě a poruchami osobnosti a chování u dospělých, retencí a kriminalitou, faktory, které byly potvrzeny jako prediktory vypadnutí z léčby, a mezi retencí a sociální podporou vnímanou klienty od dětí a od osob významně blízkých, která byla identifikována jako projektivní faktor. Mezi dluhy klientů a retencí výsledky nenaznačují přímý vztah.

Výsledky jsou v souladu se zjištěními ostatních výzkumů u tří proměnných: u duální diagnózy, sociální podpory a kriminality klientů. U zadluženosti klientů se náš předpoklad nepotvrdil.

Klíčová slova

závislost – patologické hráčství – retence v léčbě – předčasné ukončení léčby

rizikové faktory

Abstract

The bachelor work deals with the phenomenon of abortive treatment termination at patients with pathologic gambling diagnosis. Retention in treatment and its termination in scheduled term is an important indicator of treatment efficiency which increases expectancy towards further positive development. Abortive treatment termination is a treatment complication, a complex situation affected by factors at client's side as well as factors and possibilities at the side of the facility and therapists.

The aim of the work is to provide complex information on these factors and monitor the factors at client's side. It should detect significant differences between people able to finish whole treatment and those who terminate the treatment abortively. The following important factors were selected: dual diagnoses, clients' debts, social support and clients' delinquency.

Gathered data were subjected to quantitative analysis. The set includes both male and female patients who started institutional treatment in Brno in 2001-2010. The analysis relates to individual hospitalisations. We keep to total amount of 209 hospitalisations.

We established four hypotheses. When assessing them, significant relation was detected between treatment retention and personality and behaviour disorder of adults, retention and delinquency, factors which were verified as predictors of leaving the treatment, and between retention and social support perceived by clients from children and key close people, which was identified as a pro-effective factor. The results show no direct relation between clients' debts and retention.

The results comply with detections of other researches of three variables: dual diagnoses, social support and clients' delinquency. Our presumption concerning clients' insolvency was not verified.

Key words

Addiction – pathological gambling – retention in a treatment program – premature termination of therapy – risk factors

Obsah

1	Úvod.....	8
1.1	Gambling.....	10
1.2	Léčba gamblingu.....	12
1.3	Retence v léčbě.....	15
1.4	Předčasné ukončení léčby.....	17
1.5	Významné faktory v léčebném procesu.....	19
2	Hypotézy a cíle práce.....	26
2.1	Cíl výzkumu.....	26
2.2	Hypotézy.....	26
3	Materiál a metodika.....	29
3.1	Charakteristika probandů a prostředí.....	29
3.2	Výzkumný postup.....	29
4	Výsledky.....	31
4.1	Výzkumný vzorek.....	31
4.2	Ověření platnosti hypotéz.....	36
5	Diskuse.....	47
6	Závěr.....	50
7	Použitá literatura.....	52

1 Úvod

Práci bych chtěla uvést citátem:

„Není pochyb o tom, že svědomí společnosti se dosud zcela neprobudilo, že dosud nepochopilo rozšíření zla, které hazardní hra představuje, a jeho důsledků. Podobná rakovině tato špatná věc prorůstá jedovatými kořeny skrz naskrz celou zemí, a kde udeří, tam nastává neštěstí, bída, oslabení charakteru a zločin. B. Seebohm Rowntree v úvodu ke knize „Sázky a hazardní hry, národní zlo“ vydané v Anglii v roce 1905.“ (Nešpor, 1999, s.8)

Téma bakalářské práce jsem čerpala ze své praxe, vybrala jsem si ho na podkladě zájmu o problematiku gamblingu. Ač od vydání výše citované knihy uplynulo již více než sto let, ve výpovědích gamblerů slýchávám, že v České republice nejsou kladeny téměř žádné překážky rozvoji hazardního průmyslu, dostupnost pro hráče je takřka bezbariérová, vznik závislosti na hazardní hře tu má živnou půdu. Soukromý hazardní byznys pronikl do všech vrstev politiky. Svědomí naší společnosti stále spí. Je přehlušeno zisky z hazardu a otevřeným prostorem pro korupci. Čím jednodušší cestu mají naši hráči ke vzniku závislosti, tím více překážek musí překonávat, pokud se rozhodnou léčit. Gamblerů, kteří se rozhodnou pro odbornou pomoc, je velmi málo, je velmi obtížné zapojit je do léčby. Jestliže již nastoupí do léčebného programu, pozorují, jak je pro hráče náročné setrvání v léčbě a její dokončení v plánovaném termínu. Na cestě k abstinenci je doprovází fyzické, psychické i sociální komplikace, které někdy vedou k předčasnému ukončení léčebného programu.

Pracuji od roku 2001 jako zdravotní sestra na oddělení léčby závislostí v Psychiatrické léčebně Brno. Oddělení vzniklo jako protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny v Brně-Černovicích v roce 1948, mělo 50 lůžek. V průběhu času prošlo několika reorganizacemi. Modifikaci a rozšíření péče s sebou přinesla nutnost léčení drogově závislých a po roce 1990 léčení osob trpících patologickým hráčstvím. V současné době má oddělení 35 lůžek a probíhá zde ve většině případů dle terapeutického kontraktu střednědobá ústavní léčba protialkoholní, protitoxikomanická a patologického hráčství otevřeného typu (se souhlasem pacienta). Délka celého léčebného programu je 13 týdnů. Zásady odvykací léčby jsou převzaty ze Skálova apolinářského systému.

Trh s hazardními hrami v České republice od roku 1990 trvale roste, v současnosti se rozšiřuje například o on-line sázení nebo sázení po telefonu. Na rizika hazardních her po

internetu upozorňují i zahraniční autoři (Griffits & Wood, 2000; Messerlian et al., 2004; in Nešpor & Scheansová, 2011). Česká republika je zemí s největším počtem zaregistrovaných heren ve světě, je zde prosázeno přes sto miliard Kč ročně. Dle Nešpora a Csémyho (2005a) na 200 obyvatel v České republice připadne jeden tzv. „výherní automat“. Podle autorů přesný počet patologických hráčů v naší republice není znám, odhadují ho na 0,5 až 1% populace. Jeden gambler však může negativně ovlivnit životy dalších 12-15 lidí ve svém okolí (Nešpor, 1999). Novotný (2008) píše, že Česká republika nemá zpracovány dopady hazardního hraní na ekonomiku země ani na svoje obyvatelstvo. Autoři uváděné literatury vidí účinnou prevenci ve snižování dostupnosti a poptávce po hazardních hrách v České republice. I ti, kteří by se chtěli patologického hráčství zbavit, nechápou, proč jim stát neklade v dosažitelnosti hazardních her větší překážky.

Od roku 2010 probíhá na našem oddělení sledování indikátoru kvality péče, a to procento předčasně ukončených léčeb ze všech přijatých pacientů. Přednosta primariátu zhodnotil procento předčasně ukončených léčeb jako stále vysoké. Příčiny jevu rozdělil na ty, které můžeme alespoň částečně ovlivnit, kam zařadil informovanost pacientů o náplni a obsahu režimové léčby ještě před nástupem do léčebného programu, odesílání pacientů s kontraindikacemi ambulantními psychiatry i praktickými lékaři a psychoterapeutické vedení při hrubém porušení terapeutického kontraktu. Mezi příčiny celospolečenského charakteru, které neovlivníme, řadí situaci na trhu práce a finanční problémy ve smyslu potíží s hrazením zdravotního pojištění a potřebu pacientů splácet dluhy (Pokora, 2011).

Ve své práci se chci zaměřit na fenomén předčasného ukončení léčby. Ústředním tématem práce bude výzkumné šetření zúžené na předčasné ukončení léčby u pacientů s diagnózou patologické hráčství léčených v Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích v období 2001-2010. Výzkum je zaměřen na jevy, u kterých předpokládám souvislost s předčasným propuštěním. Cílem výzkumné části bakalářské práce je popis a zhodnocení některých již dříve identifikovaných faktorů. Data použitá ve výzkumné části jsem získala z archivu zdravotnické dokumentace oddělení léčby závislostí. Data budou podrobena kvantitativní analýze.

Práci chci obsahově rozdělit na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budu zabývat patogenezi gamblingu, léčbou patologického hráčství, významem předčasného vypnutí z léčby, retencí v léčbě a charakteristikou a popisem jednotlivých sledovaných proměnných. V části, kde se budu zabývat praktickým provedením, uvedu výzkumné cíle a hypotézy, výzkumný vzorek a výzkumné metody.

Bakalářská práce by měla být přínosem zvláště pro mé pracoviště, kolegy z terapeutického týmu oddělení léčby závislostí, zrekapitulováním psychoterapeutického přístupu za určité období, ohlédnutím se za posledními deseti lety práce s gamblery.

1.1 Gambling

„Hra je pro lidi duchaplné rozptýlením, pro hlupáky vášní. A. Dumas ml.“ (Prunner, 2008, s. 15).

Domnívám se, že povědomí o tom, že hazardní hráčství je závažnou chorobou se znaky závislosti, je ve společnosti již známé. Odborníci zdůrazňují společné rysy patologického hráčství a závislosti, například bažení a zhoršené sebeovládání, i když „nelze považovat podle Mezinárodní klasifikace nemocí patologické hráčství za závislost“ (Nešpor, 2000, s. 24). Proto nyní jen stručně budu charakterizovat základní znaky této choroby.

Od 1. 1. 1994 u nás platí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která definuje Patologického hráčství (F63.0) jako poruchu, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají v životě jedince na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků (MKN-10, 2009)

Diagnostická vodítka jsou:

- Během jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
- Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
- Jedinec popisuje puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
- Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí (Nešpor, 2000).

Dle Šerého (2001) jsou diagnostická kritéria Diagnostického a Statistického manuálu mentálních poruch Americké psychiatrické asociace, 4. vydání (DSM-IV) propracovanější, udávají u patologického hráčství následující faktory:

A. Trvající a opakující se maladaptivní hráčské chování vyznačující se nejméně pěti z následujících příznaků, kdy můžeme mluvit o patologickém hráčství jako o duševní poruše:

- zaujetí hráčstvím

- potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení
- opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo se vzdát hraní
- neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní
- hraní jako únik od problémů a svých nálad
- po prohře peněz ve hře se často další den vrací, aby je získal zpět
- lhaní o rozsahu svého hráčství
- páchá nelegální činy, podvody, krádeže, zpronevěry
- ohrozil nebo ztratil kvůli hře přátele, práci, kariéru, vzdělání
- spoléhá se na finanční pomoc druhých

B. Nelze přiřadit k manické epizodě

Dle Prunera (2008) sdílí patologické hráčství rysy více poruch:

- Poruchy kontroly impulzivity, která je charakteristická touhou provádět určitou činnost bez ohledu na škodlivé následky, pocity neklidu a napětím před prováděním oné činnosti, příjemným pocitem během samotné činnosti
- Závislostní poruchy se znaky intenzivní touhy uspokojit potřebu, ztrátou kontroly, nadměrnou tolerancí, nutkavými myšlenkami, pokračování v činnosti přes jasnou škodlivost
- Obsedantně – nutkavé poruchy, kdy oslabení schopnosti odolat myšlenkám na hraní vede k přehnanému hraní
- Poruchy afektivity, tato teorie je odvozena z vysokých hodnot životní deprese u patologických hráčů

Šerý (2001) charakterizuje hráčství jako vsazení částky určité hodnoty s rizikem a s očekáváním zisku větší hodnoty, než je vsazená částka. Na vznik patologického hráčství pohlíží jako na vnitřní, nevyřešený konflikt, tenzi a úzkost. Nešpor (2000) poukazuje na výsledky zahraničních studií, které prokázaly souvislost patologického hráčství a dopaminu. Gambler tedy není závislý na látce přiváděné do těla zvenčí, ale na látce vznikající endogenně.

U patologického hráčství popisuje několik stadií:

- 1. Fáze výher s charakteristikou vzrušení před hrou a během ní, zvyšování sázek, častější hrou, fantaziemi o velké výhře, bezdůvodným optimismem, osamělým hraním

- 2. Fáze prohrávání s typickým dlouhým obdobím prohrávání, neschopností s hraním přestat a velkými legálními i nelegálními dluhy, které nelze splatit
- 3. Fáze zoufalství s pácháním trestné činnosti, sebevražednými myšlenkami a tendencemi (Nešpor, 1995, 1999).

V praxi se doporučuje jako jednoduchý screeningový nástroj položení dvou otázek. Otázky jsou zformulovány dle kritérií DSM-IV, protože tyto dvě pohnutky byly označeny za prediktory patologického hráčství:

1. Cítili jste někdy potřebu vyhrávat více a více peněz?

2. Museli jste někdy kvůli hazardní hře lhát lidem, kteří jsou pro vás důležití?

Dvě kladné odpovědi znamenají vysokou pravděpodobnost důkazu patologického hráčství (Johnson et al., 1997; in Nešpor, 2000)

Frouzová (2003, 2008) uvádí, že první léčba gamblingu začala v roce 1969 v Ohio, ale až v roce 1985 byl publikován první odborný časopis „Journal of Gambling Behavior“. V následující kapitole se budu zabývat léčbou patologického hráčství v České republice.

1.2 Léčba gamblingu

„Patologické hráčství postulovala Americká psychiatrická společnost v roce 1980 jako medicínský problém. Pojem patologické hráčství se stal psychiatrickou diagnózou.“ (Marhounová, 1995, s. 84).

Patologické hráčství narušuje zdraví jedince postupně ve všech jeho složkách. Cílem naší léčebné péče je taková účinná pomoc, která pacientům navrácí dřívější kvalitu života. Strategie a metody léčby této psychické poruchy jsou zaměřené na dosažení úplné a trvalé abstinence od hraní. Cíle a metody léčby jsou voleny s ohledem na potřeby pacienta, terapeutické týmy v léčebných programech jsou multidisciplinární vzhledem k bio – psycho – sociálnímu modelu závislosti (Nešpor & Scheansová, 2009).

Jako nejčastější motivační pobídky k nástupu léčby patologických hráčů uvádí Frouzová hrozby věřitelů, hrozbu zaměstnavatele, že s dotyčným bez léčby rozváže pracovní poměr, hrozbu partnera, že se s dotyčným bez léčby rozejde (Frouzová, 2003).

Gamblerům je nabízena pomoc ve formě svépomocných příruček, účasti na pravidelných setkáváních skupin Anonymních gamblerů. Odborná protigamblerká léčba v České republice probíhá ambulantní či ústavní formou.

Ambulantní léčba probíhá v krátkodobém až střednědobém časovém horizontu. Dle Standardů odborné způsobilosti (2003) jsou cílovou skupinou ambulantní péče jak problémoví, tak i závislí klienti, jejich rodinní příslušníci a partneři. Léčebný program v ambulanci zahrnuje zejména individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii, sociální práci a sociální rehabilitaci. Ve Standardu je zakotveno, že v případě přerušení léčby z rozhodnutí pacienta, musí pacient vědět, že má možnost se kdykoliv vrátit.

Zahradník (2005) ve své ambulantní praxi klade důraz na ekletickou formu psychoterapie a píše o psychoterapii v ambulantní léčbě, která je prováděna nejčastěji v individuální formě. Někdy jsou činěny pokusy zařadit hráče do skupin pro závislé na alkoholu. Společná léčba závislých na alkoholu a patologických hráčů v ambulantní skupině přináší řadu obtíží. Gambleři zde neakceptují potřebu sdílení plné abstinence od alkoholu, i když alkohol je častým spouštěčem hráčského chování.

Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba je dle výše uvedených Standardů definována jako „lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů“ (Standardy odborné způsobilosti, 2003). Cílovou skupinou jsou závislí klienti. Základním terapeutickým prostředkem je skupinová psychoterapie.

Oddělení, na kterém probíhá strukturovaný program střednědobé ústavní léčby, má charakter terapeutické komunity (Standardy odborné způsobilosti, 2003). Struktura a techniky terapeutické komunity mohou být využívány také pro jiné skupiny klientů, jako jsou neurotici, mladiství delikventi, je prokázána použitelnost pro alkoholiky (Kooyman, 2005).

V praxi se často setkáváme se „zkříženou závislostí“, například závislostí na alkoholu a hráčstvím, nebo hráčstvím a závislostí na jiných návykových látkách (Marhounová, 1995). Jsou publikovány údaje o chlapcích ve věku 16 let, kteří hrají pravidelně na výherních automatech a jejich častém denním kouření, pití nadměrných dávek alkoholu a opakovanou zkušeností s nelegálními drogami (Nešpor & Csémy, 2005b). Autoři dalších studií a publikací shodně dokládají, že zneužívání psychoaktivních látek je u gamblerů pravděpodobnější než u běžné populace (Nešpor, 2011; Nešpor, Scheansová & Karbanová, 2010a; Nešpor, 1999; Prunner, 2008; Šerý, 2001; Toneatto, Skinner & Dragonetti, 2002). Léčení probíhá společně s léčbou lidí závislých na alkoholu a jiných drogách, protože při

léčbě patologického hráčství se používají podobné postupy, jako při léčení závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Kombinované léčení je účinné u klientů, u kterých se problém s hazardní hrou ukáže při léčbě jiné závislosti, i u těch klientů, kteří přijdou pro patologické hráčství, ať mají jiné problémy, nebo ne (Nešpor, 1999).

Podle Šerého (2001) převládá názor o multimodální terapii jako nejúčinnějším postupu při léčbě patologického hráčství. Multimodální terapie využívá kombinaci více technik, uplatňuje se individuální, skupinová a rodinná terapie, výchova, psychodrama, svépomocné skupiny, nácvik komunikačních dovedností, účast v Gamblers Anonymous. Šerý (2001) uvádí, že v USA je za nejlepší formu pomoci patologickým hráčům pokládána účast v Gamblers Anonymous.

V České republice sleduje údaje o počtu ambulantně léčených a hospitalizovaných pacientů s diagnózou patologické hráčství Ústav zdravotních informací a statistiky. Nechanská (2010) informuje o péči o pacienty s diagnózou patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních v České republice za období 2003-2009. V ambulantní péči bylo ošetřeno v průměru 1360 pacientů ročně. Počty hospitalizací v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic pacientů s diagnózou patologické hráčství byly o cca 60% nižší, než počty ambulantních pacientů, v průměru 544 hospitalizací ročně. Autorka se ve své zprávě také zabývá věkovou strukturou pacientů, pohlavím, zaměstnáním klientů a srovnává míru prevalence podle jednotlivých krajů v České republice. Pacienti jsou sledováni podle zdravotnického zařízení, nikoli podle místa trvalého bydliště. Podle toho byl v roce 2009 nejvíce patologickým hráčstvím zasažen Moravskoslezský kraj (23 pacientů na 100 000 obyvatel). V roce 2009 se v České republice v psychiatrických zdravotnických zařízeních s diagnózou patologické hráčství léčilo celkem 564 mužů a 48 žen. Z toho nejvíce mužů i žen bylo ve věkové kategorii 30-34 let. Nejvíce klientů-308 bylo zařazeno do kategorie nepracující, studující, dítě, 104 pacientů se zařadilo do zaměstnání jako řemeslník a kvalifikovaný dělník, nejméně klientů-5 bylo s profesí vědecký a odborný duševní pracovník.

Statistické údaje v České republice nepodávají informace o četnosti léčby u patologických hráčů. Mravčík et al. (2010) udává počty prvožadatelů o léčbu u uživatelů nelegálních drog a alkoholu, počty všech léčených osob, u substituční léčby i počet ukončených případů léčby.

Pokračováním práce bude kapitola o retenci v léčbě. Na setrvání v léčebném programu má vliv v neposlední řadě specifika klientů. Zejména u patologických hráčů jsou výrazné komplikace léčby ve formě sociálních problémů. Většina lidí s návykovou nemocí se neléčí. Mezi důvody, proč tomu tak je, patří, že návykové nemoci jsou spojeny se značnou zadlužeností. Nejvyšší dluhy mívají patologičtí hráči. Ekonomické problémy tak znesnadňují vstup do léčby a komplikují její průběh. Situaci by jistě zlepšilo podstatné omezení dostupnosti hazardu (Nešpor, Scheansová & Karbanová, 2010a). Léčba návykové nemoci u člověka ve špatné sociální situaci je obtížná a naráží i na administrativní překážky. Klienti nemají prostředky na uhrazení regulačních poplatků, nemají v pořádku osobní doklady. Zdravotnická zařízení v České republice nemají neomezené možnosti zajistit léčbu spolu se sociální pomocí (Nešpor, Čapková & Csémy, 2010).

1.3 Retence v léčbě

Spolupráce patologických hráčů při léčbě mívá často krátkodobý charakter a mnozí léčbu předčasně přerušují (Nešpor & Csémy, 2005c).

V následující části práce vycházím převážně z materiálů pojednávajících o terapeutických komunitách pro drogově závislé, protože k prostudování tématu jsem neměla dostatek materiálů. Problematikou retence v léčbě u gamblerů se zabývají zejména zahraniční studie. V literatuře jsem se seznámila s výsledky výzkumu v ambulantní péči, kde jako důvod ukončení léčby udávali klienti na prvním místě, že jim chybí napětí ze hry a dalším nejčastějším důvodem byla potřeba vyhrát, aby zmírnili finanční zátěž (Grant, Kim & Kuskowski, 2004). Ingle, Marotta, McMillan a Wisdom (2008) prokázali ve své rozsáhlé studii, že sociální podpora významné osoby ze života gamblera v léčbě ovlivní pozitivně její délku.

Kromě sociálních potíží uvedených v kapitole 1.2 k přerušení léčby vede řada dalších faktorů. Zda a jak tyto faktory souvisí s dobou, po kterou se klient v léčbě udrží, budu zjišťovat v praktické části. Zde uvedu několik studií, které se zabývaly retencí v léčbě v různých léčebných modalitách pro drogově závislé jedince, a zjišťovaly některé rizikové faktory, charakteristiku osobnosti klienta. Záměrem této kapitoly není srovnání retence v jednotlivých typech léčby, které mají svou cílovou populaci, svůj léčebný program, ať se jedná o ambulantní, rezidenční či léčbu v terapeutické komunitě pro drogově závislé, ale popsat některé příklady.

De Leon (2005) zdůrazňuje význam retence pro terapeutické komunity pro drogově závislé, protože výzkum prokázal pevný vztah mezi časem stráveným v léčbě a úspěšným výsledkem léčby. Píše o tom, že většina klientů přijatých do léčebných programů odchází, mnozí po kratší době, než jaká se považuje za potřebnou k projevení léčebného efektu.

Výzkumná práce o udržení v rezidenční léčbě drogově závislých ve Velké Británii měla za cíl shrnout a analyzovat rozdíly v udržení v léčbě, vypadnutí z léčby a disciplinárního propuštění z léčby u různých rezidenčních léčebných modalit v Anglii. Studie ukázala, že průměrná míra udržení v léčbě v roce 2004 činila 48%, 32% klientů ukončilo léčbu z vlastní vůle a 19% klientů bylo propuštěno disciplinárně (Meier, 2005).

Kooyman (2005) ve své práci shrnuje poznatky ze zahraničních studií zjišťujících data o setrvání v léčbě u klientů v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Uvádí, že se nepodařilo dojít k profilu klienta, který dokončí léčbu. Některé výzkumy naznačují, že klienti, kteří program opustili dříve, vykazují ve standardních psychologických testech vyšší hodnoty psychických dysfunkcí. Bylo zjištěno nižší skóre v psychopatologii u těch, kteří v programu zůstali déle, než u těch, kteří z programu předčasně vypadli. Skóre v psychopatologii se výrazně liší u klientů, kteří v programu zůstanou méně či více než dvacet dní. Z terapeutických komunit v New Yorku odchází během prvních tří měsíců zhruba polovina klientů, krátkodobé programy zde mají lepší retenci než dlouhodobé. Autor dále popisuje vyšší hodnoty u předčasných odchodů mezi ženami, adolescenty, rozdíly mezi opětovnými a prvními nástupy do léčebného programu. Existují i výjimky. Terapeutické komunity v Centro Italiano di Solidarieta v Římě udávají retenci 90% (Kooyman, 2005).

V České republice se retencí v léčebném programu například zabývala studie, jejímž cílem bylo sledovat retenci v substitučním programu buprenorfinem. Studie sledovala 132 pacientů zařazených do tříměsíční terapie. Průměrná délka setrvání v programu byla 55 dní, program dokončilo 35% pacientů. Kritická doba pro vypadnutí z léčby byla 5. až 9. týden (Večeřová et al., 2007).

Kalina, Doksanská a Minařík provedli výzkum u klientů z Denního stacionáře-psychotherapeutického centra SANANIM v Praze za období 1998-2001. Studie udává asi 50% vypadnutí z léčby (Kalina, 2003a).

Nyní následuje kapitola shrnující informace o fenoménu předčasného ukončení léčby, se kterým se ve své praxi velice často setkávám.

1.4 Předčasné ukončení léčby

„Pro kvantitativní hodnocení efektivity léčby jsou relevantní mimo jiné i četnost časných vypadnutí z programu, četnost vypadnutí v první třetině programu i četnost úspěšně dokončených léčebných plánů“ (Standardy odborné způsobilosti pro krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, 2003).

Kalina (2003a) se ptá, jestli pro efektivitu léčby je důležité léčbu řádně dokončit. A odpovídá, že dokončení léčby v plánovaném termínu značně zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj. Předčasné ukončení léčby má vážné důsledky v podobě relapsu u 60-90% klientů. Přerušení léčby přináší riziko relapsu vždy, ale v prvním období léčby se k trvalejšímu porušení abstinence vrací 80-90% klientů. Setrvání v léčbě a její řádné dokončení je tedy důležitým ukazatelem léčebného efektu v určitém léčebném zařízení. Pro autory, např. Kalinu (2008), Kooymana (2005) a De Leona (2005) je předčasné ukončení komplikací v léčbě, ale uvádění autoři se shodují na tom, že program nemůže být zaměřen pouze na udržení klientů v léčbě, a že změkčování pravidel léčebného programu nemá vliv na terapeutický úspěch.

Předčasné ukončení léčby je komplexní situací. Podílí se na něm faktory na straně klienta i faktory a možnosti na straně zařízení a terapeutů. Rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost vypadnutí z léčby na straně klienta mají charakter osobní i sociální, a to například vztahové problémy v zařízení a/nebo mimo zařízení, nízká schopnost komunikace, špatné zvládnání stresu, nedostatek motivace, nižší věk, první léčba, nižší vzdělání, významnější kriminální kariéra, předchozí dlouhodobá nezaměstnanost. Mezi dalšími důvody vypadnutí autor popisuje problémy s drogami. Důvody související s drogami mohou být relaps, craving, ovlivňování ostatních klientů nebo ostatními klienty k porušení abstinence, nechut' měnit životní styl. Pesimistický, váhavý a nerozhodný postoj k léčbě vede také k častějšímu vypadnutí z léčebného programu, ale i charakteristiky týkající se chování klienta v léčbě (Buehringer & Platt, 1992; in Kalina, 2003a; Frouzová, 2003).

Kooyman (2005) z klinických pozorování soudí o nejruznějších důvodech, proč klienti předčasně končí léčbu. Může to být strach z blízkého kontaktu s druhými lidmi, nedostatek podpory rodiny a blízkých lidí pro další pobyt, pocity viny z toho, že se v komunitě dopustili něčeho špatného, neschopnost se přizpůsobit životnímu stylu komunity a nevyřešené konfliktní vztahy vůči některým členům terapeutického týmu. Klienti

s předčasným ukončením léčby po dlouhé době uvedli mnohem méně osobních motivů a mnohem více důvodů, které souvisely s programem léčby. Předčasně končící klienti v první fázi léčby uvádějí více osobních důvodů k odchodu. Obvykle ještě neučinili zásadní rozhodnutí o abstinenci po zbytek života, což je cílem léčby jak v terapeutických komunitách, tak i v programu střednědobé ústavní léčby. Pobyt těchto klientů mohl být motivován snahou o dočasnou úlevu od vnějšího tlaku. Rozhodnutí žít bez drogy a změnit návykové chování a životní styl, nevzniká před nástupem do léčby, ale převážně až v době pobytu v léčebném programu. Pokud dle Kooymana (2005) k tomuto rozhodnutí o změně životního stylu nedojde, klient léčebný program opustí s jasným odhodláním užívat drogy dále.

Předčasné vypadnutí z léčby je odrazem interakce mezi klientem a terapeutickými faktory. Nezapojení klienta a předčasné vypadnutí z léčebného programu není výhradní chybou klienta, bývá často chybou léčebného zařízení. Také výzkumná studie z Velké Británie ukazuje, že odpovědnost za udržení klienta v léčbě musí na sebe převzít i léčebné zařízení (Meier, 2005). Udržet klienta v programu a pomoci mu zapojit se do programu, aby z něj profitoval, vyžaduje od personálu individualizovaný, podpůrný a motivující přístup (Kalina, 2003b). K této strategii se shodně vyjadřují i autoři systematického přehledu výzkumu o předčasném ukončení léčby z více zemí u patologických hráčů, když ve dvou studiích zjistili, že používání motivačních a zadržovacích technik snižuje riziko výpadku z léčby (Melville, Cassey & Kavanagh, 2007).

Výzkumné studie prováděné např. v amerických, německých a britských terapeutických komunitách pro drogově závislé prokázaly, že terapeutický tým může zaváděním specifických intervencí snížit riziko vypadnutí z léčby, a tím i riziko relapsu (Buehringer & Platt, 1992; Gossop et al., 1998; Tims et al., 1997; in Kalina, 2003a). Výše citovaní autoři k intervencím řadí například:

- Předléčebné poradenství
- Motivační rozhovor při přijetí, zaměřený na faktory vypadnutí
- Skupinové diskuse o problému předčasného vypadnutí z léčby
- Nabídky individuálních rozhovorů v době krize
- „Zadržovací strategie“ v případě zájmu klienta o ukončení léčby
- Zapojení rodiny do léčby
- Zajištění navazující léčby v jiném zařízení v případě ukončení léčby

1.5 Významné faktory v léčebném procesu

Na základě dostupných pramenů jsem vybrala k zmapování a zkoumání nejčastěji v literatuře zmiňované proměnné, faktory, které hrají roli v léčebném procesu patologických hráčů.

V empirické části byl výběr zúžen, z důvodu omezené dostupnosti některých údajů. Data byla sbírána pouze z anamnestických záznamů zdravotnické dokumentace, proto jsem volila jen získatelné údaje.

Demografické údaje

Sledovala jsem demografické údaje, kam jsem zařadila pohlaví, věk, vzdělání, stav a zaměstnanost klientů. Kalina (2003a) uvádí mezi rizikovými faktory, které zvyšují pravděpodobnost vypadnutí z léčby u klientů se závislostním chováním nižší věk, nižší vzdělání, předchozí dlouhodobou nezaměstnanost. K těmto vzorům se shodně vyjadřuje více autorů a definuje je jako potenciální prediktory vypadnutí z léčby např. (Edlund et al., 2002; King & Canada, 2004).

Nyní představím údaje o demografických datech z některých českých a zahraničních studií.

Nešpor a Scheansová (2009) ve své pilotní studii o efektivitě patologického hráčství publikovali údaje u souboru 47 osob v ambulantní skupinové terapii. V souboru bylo 45 mužů a 2 ženy, průměrný věk souboru činil 36,9 let.

Průměrný věk léčených patologických hráčů například ve slovenské studii za období 1999-2001 z Odborného léčebného psychiatrického ústavu Predná Hora byl 33,3 roky. Ze 120 klientů bylo 59% nezaměstnaných, 39% zaměstnaných, 2% starobních nebo invalidních důchodců a studujících. Nejvíce pacientů 52% mělo středoškolské vzdělání, 29% bylo vyučených, se základním vzděláním 16%, vysokoškoláků 3% (Benkovič, 2004).

Výsledky zahraničních studií zabývajících se problematikou léčených patologických hráčů udávají průměrný věk přes 40 let, léčbu vyhledává více žen až přes 50%. Přes 40% klientů žije v manželství, rozvedených je cca 20% a svobodných cca 30%. Klienti jsou většinou zaměstnaní, vysokoškolsky vzdělaných klientů udávají studie přes 20% (Korman et al., 2008; Petry & Weiss, 2009; Petry, 2005; Petry, 2003; Stinchfield, Winters, Botzet, Jerstad & Breyer, 2007).

Vliv rodiny, genetické aspekty

Faktorem, který významně ovlivňuje patologického hráče, je bezesporu jeho rodina. V rodinách léčených klientů jsem se zaměřila na výskyt psychopatologických rysů.

Mnozí autoři (Šerý, 2001) předpokládají u patologického hráčství nevyřešený vnitřní konflikt. Za vnější predispoziční faktory autor uvažuje úmrtí nebo rozvod rodičů před dosažením věku adolescence postiženého jedince, perfekcionalistickou nebo rozporuplnou výchovu v dětském věku, expozici hráčství mezi přáteli v adolescenci. Klienti někdy pochází z rodin, které zanedbávají finanční záležitosti, nebo zdůrazňují význam peněz jako ekvivalent úspěchu.

Dle jiných studií (Prunner, 2008) mladiství, kteří ve spojení s hraním zažili v rodině tragédie spojené s důsledky patologického hráčství, a jejichž rodiče patří mezi patologické hráče, již sami na vlastní kůži zažívali negativní důsledky svého nezvládaného hraní. Pokud jedinec žije v prostředí se svými rodiči, prarodiči, kteří patří do kategorie problémových hráčů, je nutné brát v úvahu i aspekty sociální, mechanismy sociálního učení, sociální ovlivňování. Hraní rodiče či prarodiče může potomka iniciovat k inklinaci k obdobnému druhu činnosti. Byla odkryta vazba a větší pravděpodobnost přímého ovlivnění mezi syny a jejich otci, než je tomu z hlediska ovlivnění dcer vlastními matkami.

Ve výzkumu genetických dispozic je v současné době již známo mnoho studií, které prokazují určité příčinné souvislosti mající kořeny v dědičné výbavě. Přibližně 20% patologických hráčů má mezi příbuznými prvního stupně alespoň jednu osobu se stejnými problémy. Problémoví hráči uvádějí třikrát až osmkrát častěji existenci alespoň jednoho rodiče, který má problémy s hraním, patologické hraní se objevuje nejméně třikrát častěji u lidí, jejichž rodiče měli s hraním problémy. Ještě větší pravděpodobnost vlivu dědičnosti na patologické hráčství je prokázána „ob jednu generaci“. Patologické hraní se vyskytuje dokonce dvakrát častěji u lidí, u kterých měli takové problémy již jejich prarodiče. Prunner v souladu s výsledky udávaných studií doporučuje dědičné aspekty nepodceňovat a nepovažovat je jen za náhodné, či nevýznamné (Prunner, 2008).

Duální diagnózy

Další část považuji za velmi významnou, neboť duální diagnózy v léčbě přináší vysoké nároky na klienta samotného, a samozřejmě kladou vysokou zátěž na personál. Na našem oddělení probíhá léčba závislostí a ostatních psychických poruch u klientů integrovaně.

Frouzová (2003) uvádí duální diagnózy jako jednu z hlavních příčin předčasného ukončení léčby u patologických hráčů. I druzí autoři např. Ladouceur, Pelletier a Rhéaume (2008), De Leon (2005) charakterizují přítomnost komorbidity jako významný prediktor předčasného ukončení léčby.

Mezi velmi časté duální diagnózy u patologických hráčů, kteří se léčí na našem oddělení, patří látkové závislosti, jiné poruchy osobnosti a depresivní poruchy spojené se suicidálními tendencemi, pokusy. Duální diagnózy blíže popisují dále v textu.

Jako nejčastější komorbiditu uvádí Nešpor kombinaci se zneužíváním alkoholu nebo závislosti na něm (Nešpor, 2010). Podle Nešpora (1995) si patologičtí hráči vytvářejí problém s alkoholem a hazardní hrou buď současně, nebo recidivují pod vlivem alkoholu, někteří se k alkoholu dostávají ve stádiích zoufalství.

V současné době se považují za nedostatečně prozkoumané osobnostní poruchy u hráčů.

Praško, Kosová, Pašková a Prašková (2001) píšou o pacientech trpících poruchami osobnosti, že si již během dětství vytváří pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět, některé strategie chování si vyvinou nadměrně, jiné vůbec. Celkovou prevalenci specifických poruch osobnosti udávají mezi 7 a 13 %, v medicínské praxi mezi 20 a 30 %. Tito jedinci na životní problémy reagují dlouhodobými maladaptivními vzorci chování, nevidí problém u sebe, ale u druhých lidí. Při frustraci podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách. Při léčbě bývá diagnóza poruchy osobnosti chápána jako synonymum terapeutického neúspěchu, další potenciaální rizikový faktor vedoucí i k předčasnému vypadnutí z léčby. Pacienti s poruchou osobnosti v léčbu moc nevěří.

Sikora a Novotná (2007) i Miovská, Miovský a Kalina (2008 in: Kalina et al., 2008) zdůrazňují význam vyšetření závislého jedince i na komorbiditě. Pokud se terapie zaměří pouze na léčbu závislosti a opomine léčbu komorbidní poruchy, ta je pak příčinou relapsu, který nesprávně terapeuticky zpracovaný předčasně léčbu utne. Mezi nejčastějšími poruchami osobnosti u závislých popisují (Sikora & Novotná, 2007) poruchy osobnosti emočně nestabilní, antisociální, nezdrženlivé a nestabilní. Intenzitu patologického hráčství spojují s antisociální poruchou. Výskyt asociálních osob mezi gamblery dokládají i jiní autoři (American Psychiatric Association, 1994; Black & Moyer, 1998; Bland et al., 1993; Blaszczyński & Steel, 1998; Blaszczyński et al., 1989; in Prunner 2008).

Dluhy

„Většina patologických hráčů považuje za svou hlavní potíž zadluženost a nouzi. Jejich největším problémem je ale patologické hráčství. Problémy s penězi probouzejí hráče ze světa růžových fantazií, přimějí je hledat pomoc...“. (Nešpor, 1999, s.31)

Karbanová, Nešpor & Scheansová (2010a) provedli studii u pacientů s návykovými nemocemi na finanční problémy, ze 40 mužů bylo 11 patologických hráčů. Právě patologičtí hráči mívají nejvyšší dluhy. Zadluženost v souboru se pohybovala od 0 do 2 000 000 Kč, zadlužených bylo v době léčby 80% souboru.

Patologičtí hráči vytvářejí mnoho dluhů z různých půjček od různých osob, společností nebo bank. Tyto půjčky potom velice komplikovaným způsobem a kombinováním splácejí. Je pro ně typická snaha zabránit tomu, aby se jednotliví věřitelé a rodinní příslušníci nebo přátelé o svých půjčkách vzájemně dozvěděli (Frouzová, 2008).

Prunner (2008) popisuje „crunch“ (bod zlomu), kdy problémovému hráči dojde oficiální zdroj peněz. Pokud se v tomto bodě přizná rodině ke svému hráčství, je možné jednou splatit jeho dluhy, jestliže došlo ke vzniku návyku, pouze splacení dluhů neodradí patologického hráče od hraní.

Dle zkušeností ze své praxe si troufám zařadit dluhy mezi potencionální rizikové faktory, které vedou z důvodu potřeby vyrovnávat finanční schodek naše pacienty k přerušení terapeutického kontraktu.

Nesmírné finanční problémy, dluhy vedou naše klienty k celospolečensky škodlivému a odsuzovanému jednání a chování, k trestné činnosti.

Suicidální tendence a suicidální pokusy

Mnozí klienti byli primárně v naší léčebně hospitalizováni buď pro sebevražedné myšlenky, nebo sebevražedný pokus, po stabilizaci psychického i fyzického stavu následovala léčba pro patologické hráčství.

Mezi některá typická očekávání patologických hráčů od hry patří i mírnění smutku a depresí. Ve skutečnosti se hrou deprese prohlubují (Nešpor, 1999). Podle Frouzové (2003) je patologické hráčství depresí velmi často provázeno. Prunner (2008) uvádí hodnoty ze zahraničních studií, ze kterých některé dokazují výskyt těžkých depresí až u 75% patologických hráčů. Nedávná studie pak prokázala nižší hodnoty výskytu vážnějších

depresivních poruch u patologických hráčů, naopak vysoký výskyt poruchy přizpůsobení s depresivní náladou. Sledování zjišťují, že depresivní nálady vznikají jako negativní následky hraní. Dle Nešpora (2011) je depresivní a úzkostná symptomatologie častější u patologického hráčství ve vyšším věku.

„Myšlenky na sebevraždu, zejména pokud se vracejí, jsou dalším důvodem, proč přestat hrát a vyhledat odbornou pomoc!“(Nešpor, 1999, s. 48)

Trestná činnost

Následující oddíl má snahu popsat, kam až první výhra na tzv. „výherním automatu“ dokáže po letech dovést člověka.

De Leon (2005) při charakteristice předpokladů k vypadnutí z léčby nenalezl žádné spolehlivé typické znaky, které by předpovídaly vypadnutí, s výjimkou závažné kriminality a/nebo závažné psychopatologie. Závažná kriminalita je prediktorem k vypadnutí z léčby.

„Hrají zločinci, nebo hráči páchají zločiny?“(Prunner, 2008, s. 77)

Hazardní hráči byli trestáni vězněním a pokutami již ve středověku, a to za nepoctivé hraní, podvádění a porušování vrchnostenských nařízení a vyhlášek o způsobu a místě hraní (Toufar, 2008).

Dle Nešpora (1999) se typický patologický hráč dopouští trestné činnosti až po té, co se stane patologickým hráčem. K trestné činnosti patologických hráčů autoři studií řadí zejména majetkovou a násilnou trestnou činnost, krádeže, distribuci drog, pornografii, prostituci, vydírání, vraždy, vykrádání aut u nezletilých pachatelů. V České republice se nevedou statistiky příčin páchání trestné činnosti, proto nejsou k dispozici údaje o páchání trestné činnosti hazardními hráči (Nešpor, 1999; Novotný, 2008; Prunner, 2008).

Ke kriminalitě vede často patologické hráče chudoba, kterou si hráč způsobil hraním. Chudoba je u návykových nemocí rizikovým činitelem, stres, který s chudobou souvisí, zvyšuje riziko dalšího hraní. Vydělané peníze hráčům zabavují exekutoři, ale ani tyto nestačí na pokrytí dluhů, tak nabudou dojmu, že poctivou prací své dluhy nevyřídí, jedinou možnou cestu vidí v kriminalitě nebo dalším hazardu (Nešpor, Čapková & Csémy, 2010).

Dle Prunnera (2008) se kriminální chování patologických hráčů váže ke třetímu stadiu nemoci, ke stadiu zoufalství.

K tak závažnému, celospolečensky škodlivému a odsuzovanému jednání a chování našich klientů vedou ve většině případů nesmírné finanční problémy, dluhy. O peněžních závazcích se zmiňuji výše.

Sociální podpora

„...hráč se často dopouští velkého omylu. Domnívá se totiž, že kdyby vyhrál mnoho peněz, druzí by ho měli automaticky rádi.“ (Nešpor, 1999, s. 41)

Zachování sociálních vztahů je podstatný prediktor retence v léčbě, jak uvádím v kapitole 1.3, je velice důležitou komponentou při moderování výsledku léčby, zvyšuje schopnost pacienta dokončit léčbu, ale ten nezdědka dává hře přednost před vším ostatním, vzdaluje se své rodině, přátelům. Hra zaměstnává hráčovy myšlenky často fantazijními představami o velkých výhrách. Ve fázi prohrávání všem ve svém okolí lze, čímž si svou sociální situaci dále narušuje, v čemž se shodují někteří autoři (Kalina, 2003a; Oei & Gordon, 2008; Petry & Weiss, 2009; Prunner, 2008).

V dalším úseku práce, představuji jeden z rysů, který může klienta o pozitivní podporující faktory obrát, a to je délka jeho hráčské kariéry.

Délka hráčské kariéry

„Čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně.“ (Kalina, 2008, s. 294)

Dle Prunnera (2008) výzkumy v USA dospívají ke zjištění, že téměř každý mladý Američan má zkušenosti s hraním. Autor popisuje empirickou studii, která se zabývala klinickými charakteristikami výzkumného souboru 131 respondentů, kteří podstoupili léčbu patologického hráčství. Průměrná délka hráčské kariéry vedoucí k vzniku patologického hráčství u sledovaného souboru byla 6 let, interval délky hraní byl v rozsahu od doby kratší než jeden rok až k délce trvání 33 let. Dle autora muži začínají s rekreačním hraním již během dospívání, ženy až v pozdějších fázích života.

Nešpor (2011) se zaměřuje na patologické hráče ve vyšším věku a dělí je podle délky hráčské kariéry. U seniorů, kteří problémově hazardně hráli již v mladším věku, předpokládá větší dluhy, více sociálních problémů, celkově horší zdravotní stav, pravděpodobnost výskytu návykové nemoci u rodičů. Senioři, kteří začali problémově hrát

až ve stáří, mají menší dluhy, mírnější sociální problémy, pravděpodobnost návykové nemoci u rodičů je nižší, vykazují úzkostnou symptomatologii.

Připravenost ke změně

Prochaska a Di Clemente (1983; in Broža, Dobiášová, & Kalina, 2008) popsali cyklický model změny, kterým jedinec prochází při zahájení a udržení změny.

Dle Kaliny (2003a) je více ohrožen vypadnutím z léčebného programu ten klient, který není na změnu svého chování připraven. Vypadnutí z léčby je pro všechny klienty nejrizikovější v 1. fázi léčby, kdy jich odchází nejvíce. U střednědobé léčby ho Kalina nazývá syndromem 1. období, z toho ještě vyčleňuje „časné vypadnutí“ v prvních 5-10 dnech, nebo když se klient objedná na léčbu a nedostaví se. Dougherty et al., (2005) tyto výsledky potvrzují u patologických hráčů. Nepřiměřená délka léčby se dá považovat za potenciální rizikový faktor, což dokládají odborné studie (Buehringer & Platt, 1992; Kubička et al., 1982; NIDA, 2000; in Kalina, 2003b). Obecným pravidlem je, že čím déle klient v léčbě vydržel, tím je pravděpodobnější, že ji dokončí celou.

Na prevenci předčasného odchodu z léčby, na motivaci klienta, by mělo být zaměřeno poradenství před nástupem do léčebného programu, jak píše Kalina, na vstupní rozhovory a podporu adaptace a orientace žadatelů o léčbu v zařízení (Kalina, 2003a). Toto dokládají i výsledky zahraničních studií, které se zabývaly výzkumem připraveností klienta ke změně při nástupu do léčebného programu u patologických hráčů. Ukazují, jak je připravenost ke změně problémového chování včetně patologického hráčství významná. Vyšší motivace ke změně při nástupu do léčby je spojena s větší efektivitou léčby (Petry, 2005). Připravenost ke změně se zlepšuje od přijetí klienta do léčby k propuštění, ale v průběhu léčby může mít kolísavý charakter, což potvrdila studie o zhodnocení efektivity léčby terapeutického procesu nástrojem monitorovacího multidimenzionálního systému GAMTOMS (Stinchfield et al., 2007).

Tímto sdělením bych chtěla ukončit úvodní obecný přehled práce, který měl snahu posloužit jako teoretický podklad k dále popisovanému výzkumu v praktické části. Empirická část bakalářské práce vznikala za významné podpory, ve velice úzké spolupráci a pod metodickým vedením konzultanta bakalářské práce, bez něhož by nedospěla do zdárného konce.

2 Hypotézy a cíle práce

Zdrojem k předkládanému kvantitativnímu výzkumu bylo mé mateřské pracoviště, které mě inspirovalo sledováním indikátoru kvality péče, a sice procenta nedokončených léčeb ze všech našich pacientů. Na základě tohoto jsem se rozhodla věnovat se výzkumnému šetření zúženému na pacienty s diagnózou patologické hráčství, a to za dobu posledních deseti let. Desetiletý interval jsem zvolila pro malé množství gamblerů, kteří se na naše oddělení hlásí každoročně k léčbě a na léčbu nastoupí. Zaměřili jsme se na sledování údajů, které bylo možné získat z anamnestických záznamů z archivu zdravotnické dokumentace oddělení léčby závislostí. Data jsme podrobili analýze s cílem potvrdit nebo vyvrátit dále uvedené hypotézy, týkající se vybraných faktorů úspěšnosti dokončení léčby. Uvědomujeme si, že výsledky se nedají zobecňovat, protože výzkum proběhl pouze na jednom specifickém daném oddělení léčby závislostí.

V odborné, zejména zahraniční literatuře, zabývající se předčasným propuštěním z léčby u gamblerů, lze vysledovat zjištěné korelace některých, i námi sledovaných faktorů, s odchodem z léčebného programu před jeho dokončením.

V této kapitole bakalářské práce představíme cíl výzkumu a naformulujeme hypotézy, které budeme v dalších oddílech práce testovat na základě kvantitativní analýzy.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je ověřit, jakým způsobem se vybraní významní činitelé v léčbě patologických hráčů vztahují ke způsobu ukončení pobytu v léčebném programu a tyto výsledky následně interpretovat.

2.2 Hypotézy

„Hypotéza je nejsilnější nástroj, který člověk vynalezl, aby dosáhl spolehlivého poznání.“
(Kerlinger, 1972 podle Ferjenčíka, 2000, s. 33).

Např. Hendl (2006) vymezuje hypotézu jako návrh nebo představu o vztahu mezi uvažovanými výzkumnými proměnnými, který se provedeným výzkumem buď zamítá, nebo potvrzuje.

Teoretickým východiskem pro zformulování H1 byla zjištěná fakta ve studiích uvedených v teoretické části práce, které uvádí jako potencionální významný prediktor vedoucí k předčasnému ukončení léčby duální diagnózy. Nejčastěji zneužívání a závislost na alkoholu, a poruchy osobnosti a chování u dospělých (De Leon 2005; Frouzová, 2003; Ladouceur et al., 2008; Praško et al., 2001). Do výzkumu jsme zařadili všechny duální diagnózy, které byly u našich probandů zapsány v anamnéze, a diferencovali je. Některé studie hovoří o duálních diagnózách v širším smyslu, nespecifikují je, ale nám byla tato data dostupná ze zdravotnické dokumentace. Z těchto poznatků je vytvořena první hypotéza.

Hypotéza č.1 H1: Předpokládáme, že existuje negativní korelace mezi proměnnou duální diagnózou a úspěšností dokončení léčby u patologických hráčů, a dále, že mezi osobami, které nedokončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s duálními diagnózami u těchto skupin duševních poruch:

Rozklad H1 dle skupin duševních poruch uvedených v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2004)

H1a: F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

H1b: F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

H1c: F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

H1d: F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

H1e: F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

H1f: F60-F69 (mimo F63.0) Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Teoretickým východiskem pro definování H2 byla domněnka přednosti primariátu, proč je procento předčasně ukončených léčeb zejména u patologických hráčů na našem oddělení tak vysoké. Domnívá se, že jedním z hlavních faktorů tohoto fenoménu jsou vysoké dluhy

u klientů, které se musí neodkladně řešit. Na podkladě tohoto tvrzení byla vytvořena druhá hypotéza.

Hypotéza č.2 H2: Předpokládáme, že existuje negativní korelace mezi proměnnou vysokými dluhy a úspěšně ukončenou léčbou u patologických hráčů, a že mezi osobami, které nedokončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s vysokými dluhy.

Teoretickým východiskem pro vymezení H3 jsou opět již provedené studie, které prokázaly, jak sociální podpora signifikantně souvisí se schopností pacienta dokončit léčbu (Kalina, 2003a; Oei & Gordon, 2008; Petry & Weiss, 2009). Z výpovědí sledovaných hráčů jsme vymezili tři nejvýznamnější skupiny sociální podpory, a sice partnerskou podporu, podporu nejbližšího okolí, kam klienti řadí blízké příbuzné, či jinak významně blízké osoby o podporu dětí. Následuje třetí hypotéza.

Hypotéza č.3 H3: Předpokládáme, že existuje pozitivní korelace mezi proměnnou cenné sociální podpory a úspěšností ukončení léčby u patologických hráčů. Dále předpokládáme, že mezi osobami, které nedokončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s malou sociální podporou zejména v těchto oblastech:

Rozklad H3: H3a: Partnerská podpora, H3b: Podpora dětí, H3c: Podpora osob významně blízkých.

Teoretickým východiskem pro H4 je tvrzení De Leona (2005), že závažná kriminalita je prediktorem k vypadnutí z léčby. Informace o trestné činnosti probandů jsme získali takové, jaké je udávali do anamnestických dat, čímž je dána jejich reliabilita. Zaměřili jsme se, v případě, že byl klient trestán, nebo se dopustil nějaké trestné činnosti na to, zda byl prvopachatelem, nebo recidivistou, a zda páchal majetkovou nebo násilnou trestnou činností. Z uvedeného jsme vyvodili hypotézu.

Hypotéza č.4 H4: Předpokládáme, že existuje negativní korelace mezi proměnnou trestné činnosti a úspěšným ukončením léčby u patologických hráčů, a že mezi osobami, které předčasně ukončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s trestnou činností převážně v těchto kategoriích:

Rozklad H4: H4a: Recidivisté trestné činnosti , H4b: Majetková trestná činnost H4c: Násilná trestná činnost

3 Materiál a metodika

Na tomto místě prohlašuji, že v bakalářské práci dodržuji anonymitu klientů a ochranu jejich osobních údajů. Od určité doby mají klienti možnost sami rozhodnout, zda jejich zdravotnická dokumentace může být využita ke studijním účelům podepsáním Souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta ve smyslu zákona č.20/1996 Sb., O péči a zdraví lidu v platném znění. Klienti, kterých se tato eventualita týkala, souhlasili.

3.1 Charakteristika probandů a prostředí

Hlavním záměrem práce, jak již bylo uvedeno výše, je zájem o patologické hráče v ústavní střednědobé léčbě. Odtud jsou odvozena i kritéria pro výběr výzkumného souboru. Mezi probandy byli zařazeni pacienti mužského i ženského pohlaví, kteří splňovali diagnostická kritéria pro patologické hráčství a zahájili střednědobou ústavní léčbu v Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích v období 2001-2010 na oddělení léčby závislostí.

Oddělení léčby závislostí v Brně je koedukované. Pacienti jsou terapeutickým týmem rozděleni do heterogenních psychoterapeutických skupin, kde probíhá skupinová terapie. Třináctitýdenní léčebný program je strukturovaný, s léčebnou pracovní terapií, sportovními aktivitami, kulturními a edukativními programy. Úspěšnost dodržování režimové terapie je hodnocena bodovým systémem.

3.2 Výzkumný postup

Náš výzkum je orientovaný kvantitativně, zakládá se na statistické analýze anamnestických dat. Zvolili jsme výzkumnou metodu odvozenou od korelační studie. Ferjenčík (2000) vystihuje cíl korelačních studií jako nalezení vzájemného vztahu mezi proměnnými, cílem studií není řešení kauzálního vztahu mezi proměnnými, korelační studie vytváří účinné predikce. Získaná data byla podrobena kvantitativní analýze, zpracována statistickým programem.

Data použitá ve výzkumu jsme shromáždili z archivu zdravotnické dokumentace oddělení léčby závislostí, anamnestické údaje jsou zde zaznamenány dle subjektivních sdělení pacientů. Uvedené údaje jsou tedy ovlivněny individuálními vlastnostmi, motivací a aktuálním psychickým i somatickým stavem probandů. Z nashromážděných údajů jsme připravili datovou matici, kde byla jednotlivá data kódována.

Data byla zapsána za pomoci tabulkového procesoru Microsoft Excel, který jsme dále využili pro základní čištění a úpravu dat. Jednalo se o převod znaků z textové do kvantitativní podoby (např. typ zaměstnání, názvy duálních diagnóz či osoby podporující klienta).

Ve finální podobě byla data vložena do statistického programu SPSS 14, ve kterém byla podrobena statistické analýze. Hlavním cílem bylo zjistit, čím se od sebe signifikantně liší osoby, které byly schopny úspěšně dokončit léčbu, od těch, kteří léčbu ukončili předčasně.

Z důvodu značné náročnosti zpracování dat a metodologických komplikací jsme zvolili přístup analýzy, který se nevztahuje k jednotlivcům, ale k jednotlivým hospitalizacím. Tímto způsobem získané výsledky nerepresentují jednotlivé pacienty rovnoměrně, ale nerovnoměrně, podle počtu hospitalizací. Podrobnější analýza dat není v možnostech bakalářské práce.

K identifikaci proměnných, jenž vykazují potenciál ovlivňovat výsledek hospitalizace, jsme využili metodu korelace, konkrétně Spearmanovu metodu korelace. Tento postup se používá při měření síly vztahu dvou proměnných, když předpokládáme, že očekávaný vztah je lineární, když závislost proměnných může mít obecně vzestupný nebo sestupný charakter (Hendl, 2006).

Pro ověření signifikantního rozdílu u vybraných proměnných byla aplikována statistická metoda Chí-kvadrát, která se využívá pro zjištění, zda data odpovídají předpokládanému (normálnímu) rozložení. Její využití je limitováno velikostí číselné hodnoty v jednotlivých buňkách (resp. je uváděna minimální hodnota pro jednu buňku). V případech, kdy hrozilo riziko zkreslení výsledku, jsme dodatečně volili neparametrický test dvou nezávislých výběrů (tj. Mann-Whitney U- test). Uvedený přístup nám umožnil testovat alespoň proměnné, u kterých číselné hodnoty dosahovaly potřebné velikosti. Uvedené výsledky vychází vždy z výpočtů dvoustranných testů (2tailed test).

Pro snadnější porozumění výsledkům jsme k prezentaci dat do textu použili znázornění údajů pomocí grafů a tabulek, které dokreslují konečné předložení zjištěných výsledků. Hendl (2006) definuje tabulku jako základní numerické zobrazení sloužící k prvnímu přehledu získaných měření, geometrické zobrazení dat vytváří grafy.

4 Výsledky

V nadcházející kapitole budeme výsledky prezentovat formou tabulek a grafů, které doplníme slovním popisem zjištění a interpretace výsledků. Výsledky budou v další části práce diskutovány.

Rozsah bakalářské práce neumožňuje zpracování všech proměnných, které v práci vyšli jako podstatné z hlediska predikce řádně ukončené léčby (vzdělání, zaměstnání, pořadí hospitalizace....).

4.1 Výzkumný vzorek

Přesto se domníváme, že by nebylo zcela správné neuvést na počátku této kapitoly zjištěná statistická data pro dokreslení obrazu o výzkumném souboru, a tím i o profilu gamblersů, kteří mají náhled na svůj problém a hledají řešení.

Vycházíme z celkového počtu 209 hospitalizací pacientů s diagnózou patologické hráčství, přičemž některé hospitalizace jsou opakované u téhož gamblera.

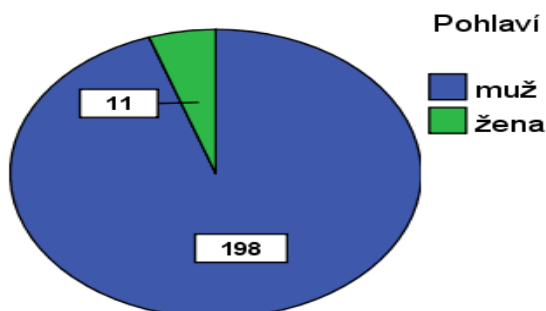
Z demografických zjištění předkládáme pohlaví, vzdělání, stav a počet dětí.

Z celkového počtu 209 hospitalizací připadlo 198 hospitalizací, což je 94,8% na mužské pohlaví a 11 hospitalizací představujících 5,3% na ženské pohlaví. Výsledky šetření doplňujeme v numerickém i grafickém znázornění.

Tabulka č. 1: Informace o pohlaví výzkumného vzorku

pohlaví	Počet	%
muž	198	94,8
žena	11	5,3
Celkem	209	100

Graf č. 1: Grafické znázornění pohlaví výzkumného vzorku



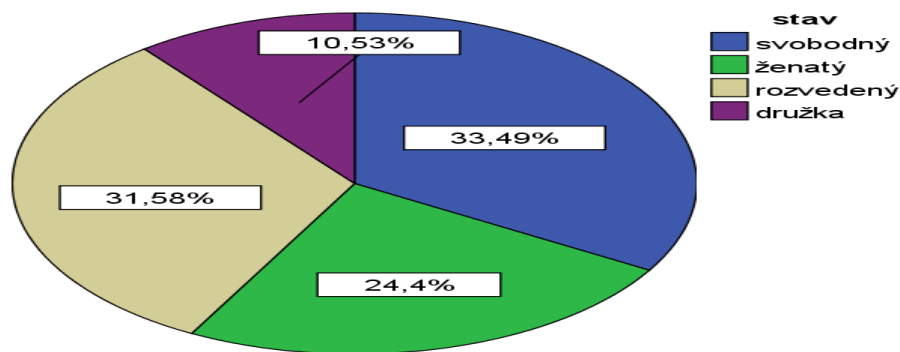
Údaje, které se vztahují zvláště k sociální podpoře klienta v léčbě, nám přinesly výsledky v následujících dvou tabulkách o rodinných vztazích a o tom, zda a kolik mají probandi děti. Z celkového množství hospitalizací bylo 70 případů svobodných, což je 33,5%, ženatých/vdaných 51 případů, to činí 24,4%, 66 případů rozvedených, v přepočtu 31,6%, 22 jich žilo s družkou/druhem, což představuje 10,5%.

Bezdětných případů se objevilo 93, s jedním dítětem 43, se dvěma dětmi 53, se třemi dětmi 15, což je patrné i z předkládaných tabulek a grafů.

Tabulka č. 2: Informace o rodinném stavu probandů

Stav	Počet	%
svobodný	70	33,5
ženatý	51	24,4
rozvedený	66	31,6
družka	22	10,5
Celkem	209	100

Graf č. 2: Grafické znázornění stavu



Tabulka č. 3: Informace o počtech dětí

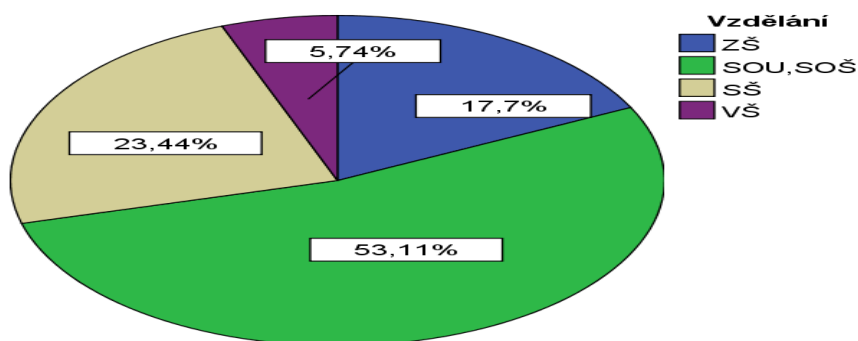
Počet dětí	Počet	%	Kumulativní %
0	93	44,49761	44,49761
1	48	22,96651	67,46411
2	53	25,35885	92,82297
3	15	7,177033	100
Celkem	209	100	

Součástí portréту klientů je i jejich vzdělání. V našem výzkumném vzorku mělo nejvíce případů, a to 111, přes 53% střední vzdělání bez maturity, vyučených na středních odborných učilištích, na dalším místě se umístili středoškoláci s maturitou v počtu 49, přes 23%, s dokončeným základním vzděláním bylo 37 případů, což činilo skoro 18% a vysokoškolsky vzdělaných přijatých klientů do léčby bylo 12, přes 5%. Údaje jsou prezentovány v níže umístěné tabulce a grafu.

Tabulka č. 4: Informace o vzdělání

Vzdělání	Počet	%
ZŠ	37	18
SOU,SOŠ	111	53
SŠ	49	23
VŠ	12	6
Celkem	209	100

Graf č. 3: Grafické znázornění vzdělání



Představu o probandech doplníme ještě tabulkou o délce hráčské kariéry a prohraných částkách peněz.

Tabulka č. 5 Informace o hráčské kariéře, peněžních závazcích

	Hodnoty	Délka hraní (v letech)	Aktuální dluh	Prohraná částka – celkově (kč)
N	- Platné	197	173	130
	Chybějící	12	36	79
Průměr		6,3	178 342	854092
Medián		6	60 000	250000
Modus		4	0	100000
Směrodatná odchylka		4,25	609 799,38	3326382,09
Minimum		0,083	0	6000,00
Maximum		20	7 800 000	35 000 000
Suma		1243	30 853 300	111 032 000
Percentily	25	3	15 000	100000
	50	6	60000	250000
	75	9	200000	500000

Výše znázorněná tabulka nám předvádí údaje sdělené od probandů a vyhodnocené pomocí statistické analýzy. Naši gambleři hrají průměrně 6,3 let, průměrný dluh na jednoho hráče připadne 178 000, a např. všichni dohromady za život prohráli 111 000 000 Kč. Údaje však nejsou směrodatné, protože 12 případů neudalo délku hraní, 36 aktuální dluh a dokonce 79 případů nepodalo informace o celoživotních peněžních ztrátách.

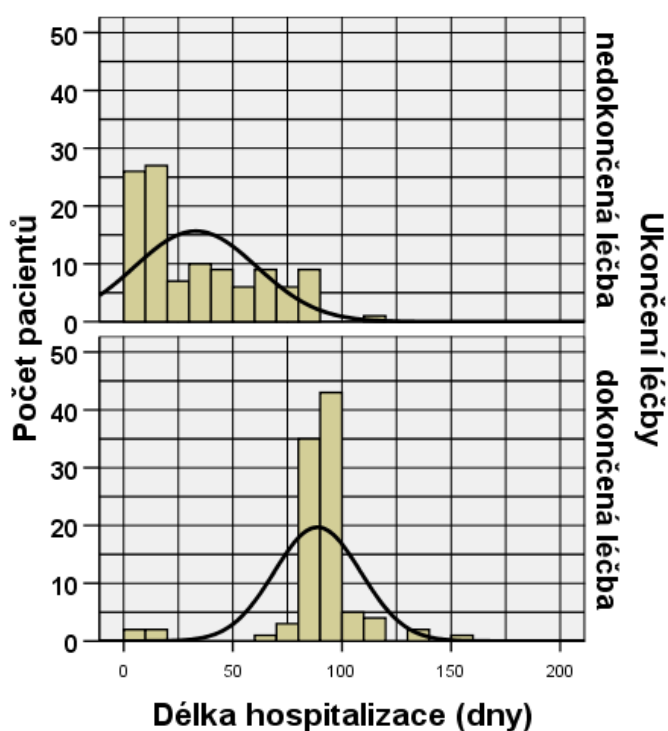
Hlavním cílem naší studie bylo zjistit, zda a jak korelují sledované významné faktory s retencí v léčbě, a které z nich jsou potenciálně rizikové. Proto se nejdříve zaměříme na zmapování toho, kolik případů hospitalizací bylo v průběhu udávaných deseti let dokončených léčeb, vypadnutí z léčby předčasně a na délku léčby. Získaná data nejdříve předvedeme v numerickém zobrazení.

Tabulka č. 6: Informace o délce hospitalizace ve dnech

Délka hospitalizace (dny)	Dokončená léčba	Nedokončená léčba
Průměr	88,7	32,9
Medián	91	22
Směrodatná odchylka	19,84	28,01
Minimum	7	1
Maximum	157	116
Rozsah	150	115

nám říká, že dokončená léčba byla v průměru 88,7 dní, nedokončená 32,9 dní. Minimum u dokončené léčby bylo 7 dní, zde se jednalo o tzv. opakovací léčbu, kdy klienti přicházejí na zopakování si principů zdárné abstinence, sami ji nazývají „dobití baterie“. Uvedli jsme také hodnoty Mediánu, který se podle Hendla (2006) má použít, pokud je odlišení dat silně zešikmené. Zešikmení dat představí následující histogramy, v nichž jsou zobrazeny hodnoty o délce léčby a jsou proloženy křivkou, která plní funkci jemnější charakteristiky specifických stránek dat. Hendl (2006) vysvětluje, že mírou šikmosti hodnotíme to, jak se rozdělení dat podobá normální Gaussově křivce.

Graf č. 4: Dokončená a nedokončená léčba znázorněna s gaussovskou křivkou



Graf znázorňuje, že pro četnost vypadnutí z léčby jsou nejrizikovějším obdobím první 3 týdny v léčbě, po této době je riziko vypadnutí nižší, avšak konstantní.

Na závěr oddílu podáme informace o rozložení duálních diagnóz ve výzkumném souboru. Říká nám, že u 143 případů byla duální diagnóza diagnostikována, což je u 68,4%, u 66 případů výskyt duální diagnózy nebyl zachycen, a to představuje 31,6%. U 108 případů se jednalo o skupinu diagnóz pod kódy F10-F19, 51,2%, u 60 případů o poruchy pod kódy F60-F69, kromě diagnózy F63.0, patologické hráčství, které tvoří 28,7%, následují poruchy F40-F48 s 18 případy, 8,6%, poruchy F00-F09 s výskytem u 12 případů, 5,7%, s položkou 9 a 4,3% poruchy F30-F39, a s položkou 8 a 3,8% poruchy F20-F29. Námi zjištěné údaje korespondují se šetřeními, které citujeme v teoretické části (Nešpor, 1995, 2010; Praško et al., 2001).

4.2 Ověření platnosti hypotéz

Pro ověřování hypotéz, jak jsme již uvedli, byla zvolena statistická analýza anamnestických dat. Pro ověřování všech čtyř hypotéz jsme zvolili Spearmanovu metodu korelace. U hypotéz H1, H2 a H3 jsme pro nebezpečí zkreslení výsledků doplnili výzkum výběrem neparametrického testu dvou nezávislých výběrů (Mann-Whitney U-test), U H4 jsme výsledky potvrdili statistickou metodou Chí-kvadrát, o kterých podrobněji píšeme výše. U statistických metod udává statistickou významnost hodnota signifikantnosti p , zvolená hladina významnosti $p=0,05$ Hendl (2006).

Ověření platnosti H1: Předpokládáme, že existuje negativní korelace mezi proměnnou duální diagnózou a retencí v léčbě u patologických hráčů, a že mezi osobami, které nedokončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s duálními diagnózami u těchto skupin duševních poruch: H1a: F00-F09, H1b: F10-F19, H1c: F20-F29, H1d: F30-F39, H1e: F40-F48, H1f: F60-F69(kromě F63.0).

Tabulka č. 7: Numerické znázornění výsledků Spearmanovy korelace u H1

Ukončení léčby* (Spearmanovy korelace)	F00-09	F10-19	F20-29	F30-39	F40-48	F60-69
Korelační koeficient	0,03	-0,05	-0,01	0,01	-0,02	0,15
Sig. (oboustranná)	0,71	0,52	0,86	0,88	0,78	0,03
N	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00

Z tabulky je zřejmé, že hodnota Spearmanova koeficientu korelace je $S=0,15$, a hladina významnosti $p<0,05$ ($p=0,03$), je průkazná pouze u jedné skupiny duševních a to u poruch osobnosti a chování u dospělých.

Tabulka č. 8: Numerické znázornění výsledků Mann-Whitney U-testu u H1

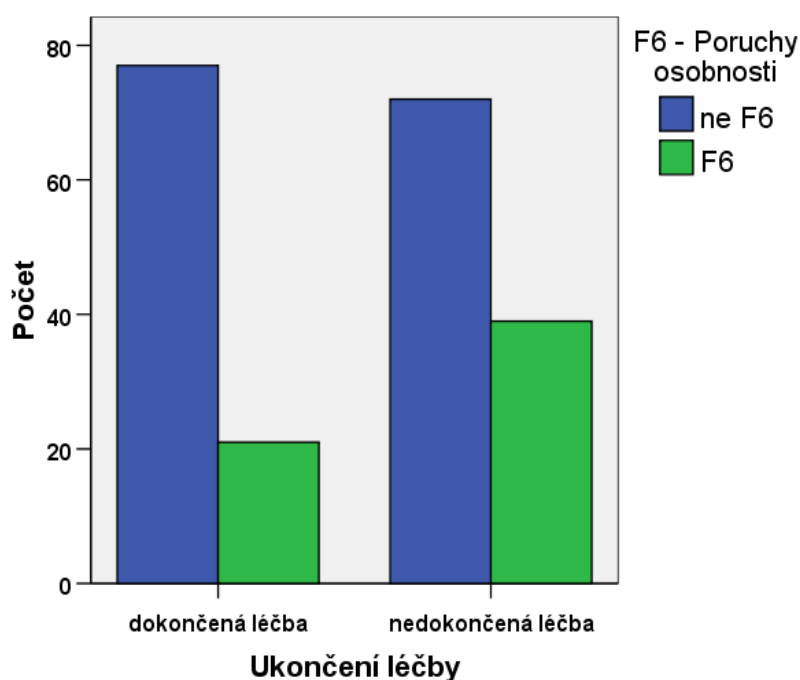
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69
Mann-Whitney U	5373,5	5192,5	5413	5416	5380,5	4693,5
Z	-0,37	-0,65	-0,17	-0,14	-0,27	-2,18
Hladina signifikance (2-stranný test)	0,70	0,51	0,85	0,88	0,78	0,03

Tabulka č. 8 dokládá ve výsledcích Mann-Whitney U-testu hladinu významnosti $p=0,03$ u stejné skupiny duševních poruch jako výše uvedené výsledky. Tímto se potvrzuje vztah mezi uvedenými sledovanými proměnnými na hladině významnosti $p<0,05$ (Hendl, 2006), i přesto, že korelační koeficient byl nízký ($S=0,15$).

Ze zjištěných dat můžeme rekapitulovat, že existuje korelace mezi proměnnou duální diagnózou a délkou léčby, a že osoby s poruchami osobnosti a chování s vyšší pravděpodobností léčbu nedokončí v řádném termínu, ukončí ji předčasně.

Prezentaci doplníme grafem pro snadnější porozumění výsledkům.

Graf č. 5: Znáznornění poměru mezi dokončenou a nedokončenou léčbou v závislosti na poruše osobnosti a chování



Jak vyplývá z uvedeného, bylo prokázáno, že existuje jedna signifikantní korelace u H1, a to u H1f. U H1a, H1b, H1c, H1d, H1e se signifikantní korelace neprojevila. S opatrností lze říci, že naše výsledky se shodují se sděleními autorů v kapitole 1.5.

Na základě předložených tvrzení hypotézu H1 přijímáme částečně, a sice podhypotézu H1f, ostatní podhypotézy zamítáme.

Ověření platnosti H2: Předpokládáme, že existuje negativní korelace mezi proměnnými vysokými dluhy a retencí v léčbě u patologických hráčů, a že mezi osobami, které předčasně ukončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s vysokými dluhy.

Tabulka č. 9: Numerické znázornění výsledků Spearmanovy korelace u H2

Ukončení léčby* (Spearmanovy korelace)	Aktuální dluh	Prohraná částka - celkově
Korelační koeficient	0,05	-0,05
Sig. (oboustranná)	0,55	0,57
N	173,00	130,00

Tabulka č. 9 nám ukazuje výši Spearmanova koeficientu korelace u aktuálního a celkových dluhů u případů ze studie. Hladina významnosti u aktuálního dluhu je $p=0,55$, u celkově prohrané částky je hladina významnosti $p=0,57$.

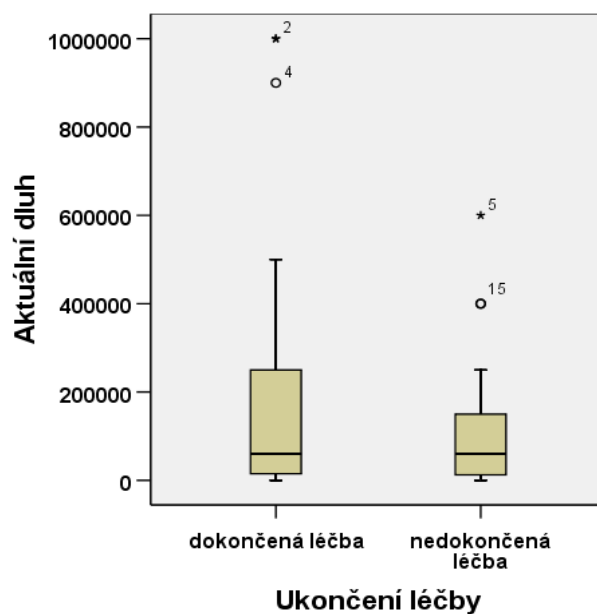
Tabulka č. 10: Numerické znázornění výsledků Mann-Whitney U-testu u H2

	Aktuální dluh	Prohraná částka - celkově
Mann-Whitney U	3553	2209
Z	-0,820	-0,102
Hladina signifikance (2stranný test)	0,411	0,9180

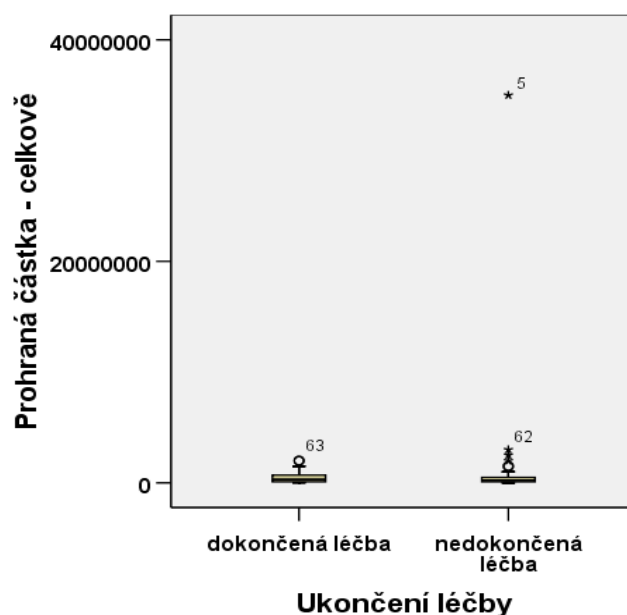
Znázorněná tabulka demonstruje výsledky Mann-Whitney U-testu, který ukazuje úroveň významnosti o hodnotách $p=0,41$ a $p=0,91$. Ani jedna položka nepotvrzuje signifikantní vztah mezi uvedenými sledovanými proměnnými, test verifikuje, že hladina významnosti ani u jedné z proměnných nedosáhla potřebné hladiny významnosti $p<0,05$.

Pro demonstraci výše dluhů u probandů nabízíme dva krabicové grafy.

Graf č. 6: Grafické znázornění aktuálních dluhů probandů



Graf č. 7: Grafické znázornění celoživotních dluhů probandů



Tímto šetřením nebyla potvrzena vyslovená domněnka přednosti primariátu o finančních problémech probandů vedoucích k předčasným odchodům z léčby (Pokora, 2011).

Dle odprezentovaných zjištění nebyla prokázána signifikantní korelace mezi uvedenými proměnnými, hypotézu H2 zamítáme.

Ověření platnosti H3: Předpokládáme, že existuje pozitivní korelace mezi proměnnou cenné sociální podpory, jak ji vnímají pacienti a úspěšným ukončením léčby. Dále předpokládáme, že mezi osobami, které nedokončí léčbu, bude signifikantně vyšší počet osob s malou sociální podporou, kterou jsme rozdělili na podporu partnera, dětí a významné druhé osoby.

Tabulka č.11: Numerické znázornění sociální podpory Spearmanovy korelace

Ukončení léčby* (Spearmanovy korelace)	Sociální partner	podpora - Sociální děti	podpora - Podstatný druhý
Korelační koeficient	0,10	0,14	0,89
Sig. (oboustranná)	0,33	0,28	0,04
N	108,00	60,00	123,00

Tabulka č. 11 nám říká, že signifikantní asociace byla prokázána mezi řádným ukončením léčby a sociální podporou, jak ji klienti vnímají od podstatných druhých osob. Tato asociace je však slabá (Hendl, 2006).

V pokračování představíme druhy sociální podpory jednotlivě.

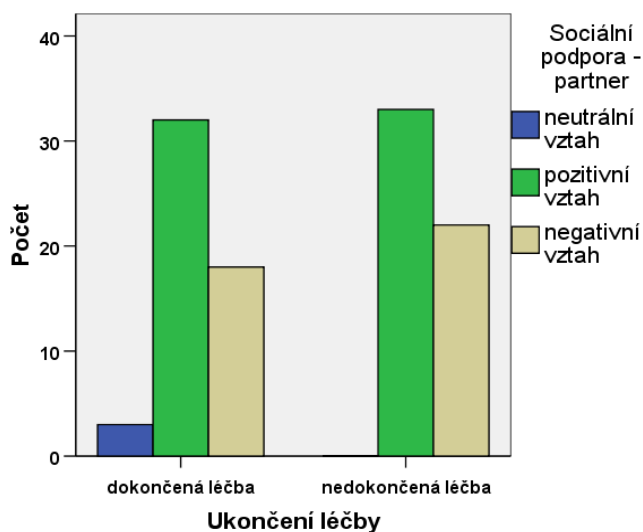
Tabulka č. 12: Partnerská sociální podpora

Sociální podpora - partner	dokončená léčba	nedokončená léčba	Celkem
neutrální vztah	3	0	3
pozitivní vztah	32	33	65
negativní vztah	18	22	40
Celkem	53	55	108
Srovnání pozitivního a negativního vztahu			
	Hodnota	Z	Hladina signifikance (2stranný test)
Mann-Whitney U test	1245	-0,42	0,68

Dvanáctá tabulka vypovídá, kolik případů udávalo partnerskou sociální podporu a jak ji hodnotilo. Zda jako neutrální, pozitivní, či negativní. Ve spodní části tabulky je Mann-Whitney U- testem potvrzeno zjištění, že neexistuje signifikantní rozdíl mezi populací osob, které dokončí nebo nedokončí léčbu vzhledem k podpoře partnera.

Výsledky jsou přehlednější na předkládaném grafu

Graf č. 8: Sociální podpora partnera



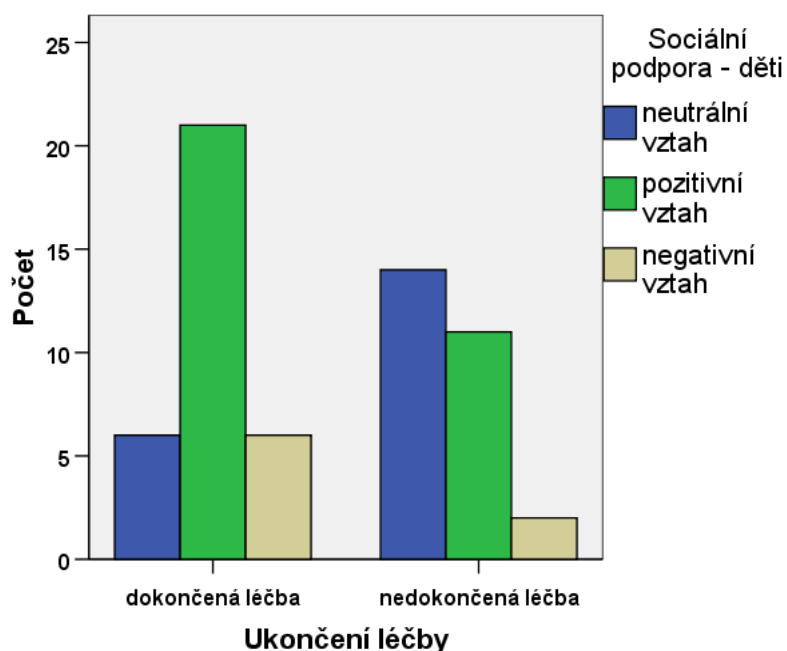
Tabulka č. 13: Sociální podpora dětí

Sociální podpora - děti	dokončená léčba	nedokončená léčba	Celkem
neutrální vztah	6	14	20
pozitivní vztah	21	11	32,00
negativní vztah	6	2	8
Celkem	33	27	60
Srovnání neutrálního a pozitivního vztahu	Hodnota	Z	Hladina signifikance (2stranný test)
Mann-Whitney U test	206	-2,48	0,013

Tabulka nepotvrzuje údaj zmíněný v Tabulce č. 11, že neexistuje vztah mezi úspěšnou léčbou a podporou dětí. Za pomoci U-testu bylo zjištěno, že probandi z populace klientů, kteří mají děti a uváděli vnímanou podporu, jsou významně méně zastoupeni ve skupině nedokončené léčby.

Pro názornost jsme vložili výsledky opět do grafu.

Graf č. 9: Sociální podpora dětí



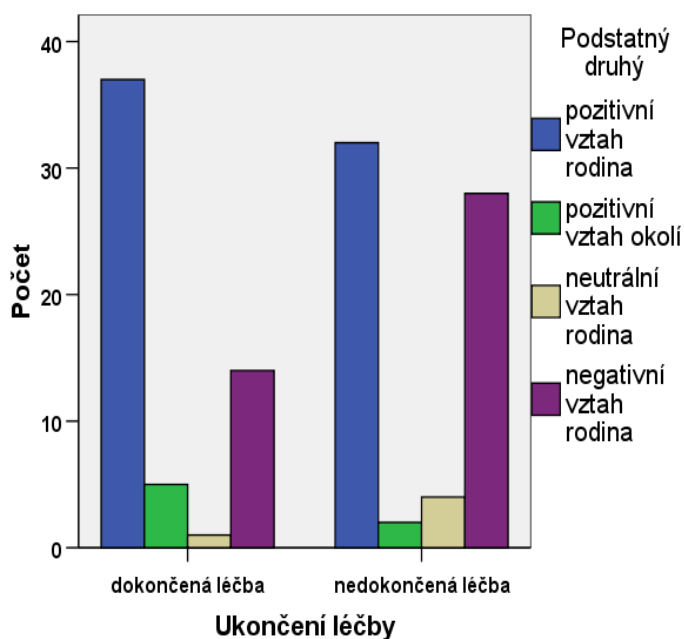
U sociální podpory významných jiných osob uváděli probandi nejčastěji příslušníky rodiny. V tabulce představíme údaje vztahující se k tomuto souboru jevů.

Tabulka č. 14: Sociální podpora významné osoby

Podstatný druhý	dokončená léčba	nedokončená léčba	Celkem
pozitivní vztah rodina	37	32	69
pozitivní vztah okolí	5	2	7
neutrální vztah rodina	1	4	5
negativní vztah rodina	14	28	42
Celkem	57	66	123
Pro všechny skupiny			
Chi-Square Tests	Hodnota	St. volnosti	Hladina signifikance (2stranný test)
Pearson Chi-Square	7	3	0,06
Srovnání pozitivního a negativního vztahu rodiny			
Mann-Whitney U	Hodnota	Z	Hladina signifikance (2stranný test)
	1155	-2,08	0,04

Nejpodstatnějším údajem v této tabulce je hodnota významnosti $p=0,04$, potvrzena Mann-Whitney U-testem, i když je poměrně nízká, neubírá jí to na hodnotě, potvrzuje signifikantní rozdíly mezi populacemi z hlediska retence. Grafem zdůrazníme jednotlivé složky podpory.

Graf č. 10: Sociální podpora podstatných druhých



U hypotézy H3 nebyla prokázána signifikantní korelace u H3a (podpora vnímaná od partnera) a H3b (podpora vnímaná od dětí), u H3c vyšla nízká síla korelačního koeficientu.

Hypotézu H3 částečně přijímáme, a sice podhypotézy H3b a H3c.

Ověření platnosti H4: Předpokládáme, že existuje signifikantní negativní vztah mezi proměnnými týkajícími se trestné činnosti a správně dokončenou léčbou u patologických hráčů, s tím, že mezi osobami, které předčasně ukončí, léčbu bude vyšší počet osob s trestnou činností, a to recidivistů a pachatelů majetkové a násilné trestné činnosti.

Tabulka č. 15: Numerické znázornění Spearmanovy korelace H4

Ukončení léčby* (Spearmanovy korelace)	Kriminalit a	Kriminalita - majetková	Kriminalita - násilná
Korelační koeficient	0,17	0,14	0,14
Sig. (dvoustranná)	0,01	0,05	0,05
N	209,00	208,00	209,00

V tabulce jsou viditelné hodnoty Spearmanovy korelace v rozmezí $S=0,14-0,17$, z čehož plyne, že nejsou nijak zásadní, mají malou asociační sílu (Hendl, 2006). Dále nám tabulka ve všech třech částech H4 ukazuje signifikantní vztah mezi sledovanými proměnnými, a to ukončením léčby a historií kriminality i majetkovou a násilnou kriminalitou.

U hypotézy H4 byla pro ověření signifikantního rozdílu aplikován test Chí-kvadrát. Nabídneme zde tabulky a grafy pro rozloženou hypotézu na H4a, H4b a H4c.

Tabulka č. 16: Numerické znázornění korelace H4a metodou Chí-kvadrát

kriminalita	dokončená léčba	nedokončená léčba	Celkem
netrestaný	78	72	150
prvopachatel	14	22	36
recidivista	6	17	23
Celkem	98	111	209
	Hodnota	St. volnosti	Hladina signifikance (2stranný test)
Chí-kvadrát	6,46	2	0,04

Tabulka č. 17: Majetková kriminalita metodou Chí-kvadrát

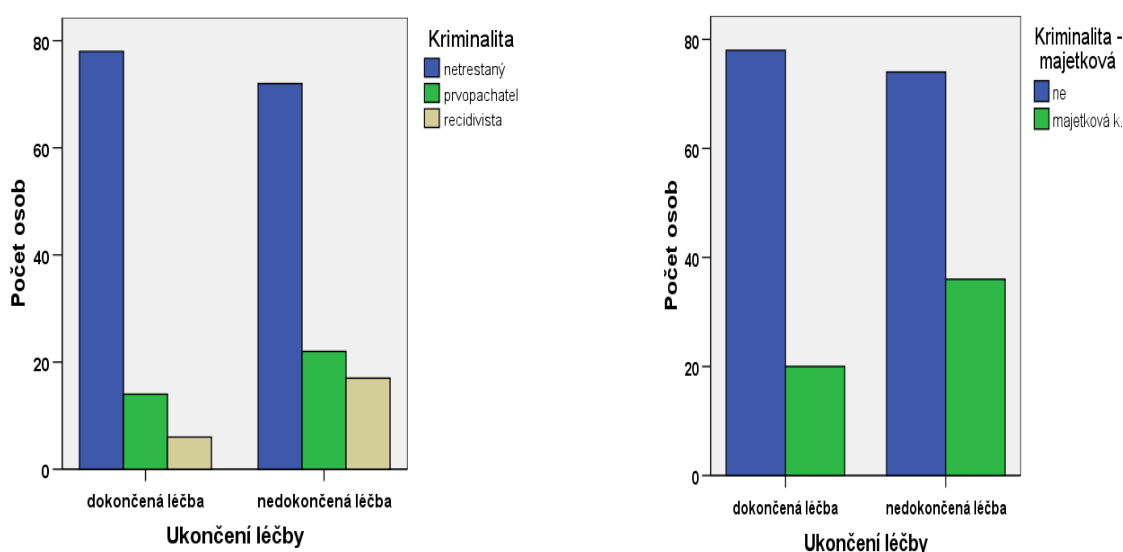
Kriminalita - majetková	ne	ano	celkem
dokončená léčba	78	20	98
nedokončená léčba	74	36	110
celkem	152	56	208
	Hodnota	St. volnosti	Hladina signifikance (2stranný test)
Chí-kvadrát	3,99	1	0,05

Tabulka č. 18: Násilná kriminalita metodou Chí-kvadrát

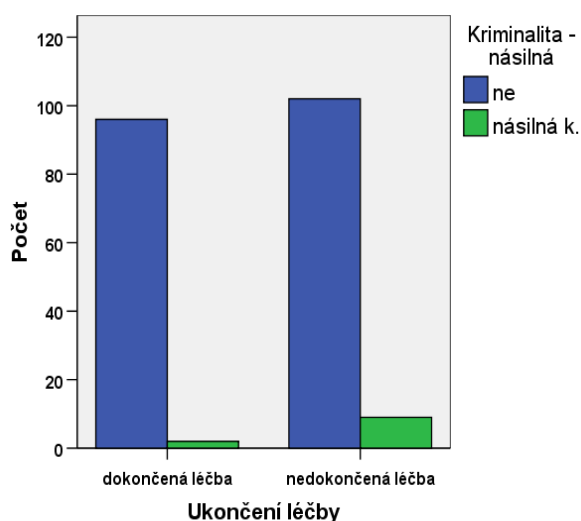
Kriminalita - násilná	ne	ano	celkem
dokončená léčba	96	2	98
nedokončená léčba	102	9	111
celkem	198	11	209
	Hodnota	St. volnosti	Hladina signifikance (2stranný test)
Chí-kvadrát	3,84	1	0,05

Výsledek testu Chí- kvadrát potvrdil výsledek předchozí korelace, potvrdil existenci signifikantního vztahu mezi výše uvedenými proměnnými kriminality a úspěšností v léčbě. Pachatelé trestné činnosti byli signifikantně více zastoupeni ve skupině, která nedokončila řádně léčbu.

Grafy č. 11, 12: Historie kriminality, majetková trestná činnost



Graf č. 13: Násilná trestná činnost



Zjištěné hodnoty signifikantní korelace mezi výše uváděnými proměnnými jsou souhlasné s tvrzením (De Leon, 2005), že kriminální činnost je významným prediktorem předčasného ukončení léčby. Na statistických hodnotách významnosti jsme prokázali, že signifikantně častěji nedokončí léčbu v řádném termínu osoby, které opakovaně páchají trestnou činností, zejména majetkovou a násilnou kriminalitu.

Hypotézu H4 přijímáme.

Na závěr interpretace výsledků šetření můžeme konstatovat, že jsme ověřili popisovanou výzkumnou metodou všechny čtyři definované hypotézy. Na základě statistické hodnoty významnosti přijímáme H1, i když jen částečně, protože ze všech uváděných duálních diagnóz se potvrdila korelace mezi sledovanými proměnnými pouze v jednom případě, a to u Poruch osobnosti a chování u dospělých. U H2 hladina významnosti nedosáhla ani u jedné z proměnných potřebné výše významnosti, H2 zamítáme. H3 přijímáme, ale také částečně. U sociální podpory od partnera a dětí nebyla signifikantní korelace prokázána. Přičemž za pomoci Chí-kvadrátu a U-testu byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pacienty, kteří dokončili a nedokončili léčbu vzhledem k sociální podpoře u dětí a u podstatně druhých. H4 přijímáme, statistickou metodou byl ověřen signifikantní rozdíl mezi populacemi, pachatelé trestné činnosti byli signifikantně více zastoupeni ve skupině, která nedokončila řádně léčbu.

5 Diskuse

„Výzkum se provádí za účelem přezkušování validity teorie na základě pozorování empirického světa.“ (Hendl, 2006, s. 33)

V bakalářské práci se zabýváme výzkumnou činností. Jako výzkumnou metodu jsme zvolili techniku odvozenou od korelační studie, která spočívala ve statistické analýze anamnestických dat. Řečeno Ferjenčíkem (2000), cílem naší studie nebylo zjišťování kauzality vztahů mezi dvěma proměnnými. Chtěli jsme se dozvědět, jestli mezi jevy souvislosti existují a jak těsně jsou některé proměnné spolu spojené. V případě důkazu signifikantní korelace můžeme v praxi při zaregistrování jednoho jevu druhý jev předpovídat.

Šetření bylo zaměřeno na výzkumný soubor, který splňoval dvě základní kritéria. Výběrem na základě dostupnosti byli určeni všichni probandi, u kterých bylo diagnostikováno patologické hráčství, a nastoupili do střednědobé ústavní léčby. Rozsah výběru byl celkový počet hospitalizací N=209 v uplynulém období 2001-2010. Hospitalizace probíhaly na oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích. Soubor byl heterogenní. Podle českých studií např. (Nechanská, 2010; Nešpor & Scheansová, 2009) převládají v léčbě muži, což bylo zjištěno i v našem výzkumu. Zahraniční studie informují ve svých výsledcích, že léčbu pro patologické hráčství vyhledává více žen než mužů (Korman et al., 2008; Petry & Weiss, 2009; Petry 2005, 2003; Stinchfield et al., 2007).

Z tabulky č. 2 a č. 3 i z grafu č. 2 je patrné, že v naší studii převládají svobodní, bezdětní probandi, což je rozdílné oproti výsledkům výše citovaných zahraničních studií, které zjistili asi 40% u své klientely ženatých/vdaných. Domníváme se, že tu hraje svou roli věk probandů zařazených do výzkumu, tyto studie udávají průměrný věk přes 40 let, zatímco průměrný věk českých gamblerů v léčbě je 30-34 let (Nechanská, 2010). Tento údaj je velmi blízký našim výsledkům, kde průměrný věk celého souboru byl zjištěn 35,3 let.

U proměnných hráčské kariéry a výše peněžních závazků menšina hráčů nechtěla, a/nebo nemohla údaje sdělit, proto jsou tato data neúplná. Z údajů většiny souboru (u kariéry 197, u dluhů 173) vyšla průměrná hráčská kariéra 6,3 roky, nejdelší doba hraní byla zaznamenána 20 let, nejkratší méně než 1 rok, nejvyšší dlužná částka byla vystopována 7 800 000 Kč, někteří udávali 0 Kč.

Data využitá k výzkumu byla odebrána výlučně z archivu zdravotnického zařízení z anamnestických údajů. Validita dat je limitována skutečností, že byla sbírána z informací

poskytovaných pouze klienty. Ta může být ovlivněna momentálním fyzickým i psychickým stavem klienta, osobnostními rysy, motivací, někdy bagatelizováním eventuálně agravačních problémů. Cílem zkoumání není generalizování výsledků, přesto jsme si vědomi možné námitky ke studii vzhledem k realitě.

Úkolem práce bylo v neposlední řadě zmapování retence v léčbě. Při zpracování výsledků o retenci v léčbě u gamblersů v našem terapeutickém programu jsme dospěli k závěrům průměrné délky dokončené léčby 88,7 dnů, u nedokončené délky 32,9 dní. Aritmetický průměr všech hospitalizací je 59,25dní. Novotný (2008) uvádí průměrnou ošetrovací dobu u hospitalizovaných pacientů s F63.0 v roce 2005 v České republice 47,2 dne. Retence v léčbě dosahuje v našem zařízení vyšší hodnoty, než byl republikový průměr v daném roce. Novější údaje mi nejsou k dispozici. Zjištění výsledků o vypadnutí z léčby v první fázi znázorněné z naší studie v grafu č. 5 souhlasí s výsledky studií uvedených v kapitole o významných faktorech v léčbě, kdy je četnost vypadnutí z programu nejvyšší. Do přípravy na první fázi léčby může mimo jiné specifické intervence (Kalina, 2003a) spadat i velmi častá forma práce našeho týmu, a sice předléčebné poradenství. Konkrétně spočívá zejména v telefonické intervenci, nebo osobním rozhovoru s klientem před nástupem do léčby.

Při seznámení se s popsány výsledky může na sebe upozornit údaj o dokončené léčbě v délce 7 dní. V tomto případě se jedná o tzv. opakovací léčbu, kdy se klienti po dobu jednoho týdne zúčastňují aktivně strukturovaného programu na oddělení a dodržují daná pravidla i bodový systém. Terapeutická smlouva je dojednána s klientem na určitou dobu. Tento krátkodobý pobyt hodnotíme jako ukončenou léčbu, snad proto se nám objevila v analýze a narušuje výsledky zaměřené na střednědobou léčbu.

Nyní prodiskutujeme faktory, u kterých jsme předpokládali signifikantní korelaci s hlavním polem našeho zájmu, a to s předčasným ukončením léčby. Z anamnestických záznamů jsem vystopovala a v bakalářské práci uvedla více proměnných, než které jsme posléze zařadili do výzkumné studie. Bylo mou snahou podat celistvý obraz o jevech, které vnímají klienti jako důležité při procesu léčby, když je uvádí do záznamů. Některé ze sledovaných jevů lze zařadit mezi faktory protektivní, jiné mezi rizikové.

Prostřednictvím **H1** jsme mezi potencionální rizikové faktory zařadili duální diagnózy. Při definování hypotézy jsme vycházeli z publikovaných studií, které uvádíme v kapitole Významné faktory. Výsledky zde prezentované studie přinesly totožné zjištění. Nejčastější

komorbiditou byly poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Z duálních diagnóz byly jako prediktory vypadnutí z léčby, a tím identifikovány jako rizikový faktor toliko poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Předpokladem u **H2** se mezi potencionální rizikové faktory nominovaly vysoké dluhy. Tento jev jsme do výzkumu zařadily, protože z publikovaných studií, v naší práci některé konkrétně uvádíme v kapitole o sledovaných významných faktorech, a stejně i na základě praktických zkušeností víme, že vysoké dluhy a nemalé existencionální potíže jsou u gamblerů velmi časté. Bylo naším záměrem podložit domněnku o materiálním důvodu odchodů z léčby předčasně u hráčů nejprve důkazem, že spolu tyto dvě proměnné korelují. Výsledky korelační analýzy i Mann-Whitney U-testu nepotvrdily potřebnou hladinu významnosti u aktuálních dluhů ani u celkově prohrané částky. H2 jsme tedy zamítly, vysoké dluhy nebyly identifikovány jako rizikové faktory.

Proměnnými v **H3** byla sociální podpora a ukončení léčby. Proměnnou sociální podporu jsme rozložili do partnerské podpory, podpory dětí a podpory významné druhé osoby (significant other), pro klienta. Ve třetí skupině klienti nejčastěji uváděli původní rodinu, blízké příbuzné. Že sociální podpora plní specifickou funkci v léčbě a zvyšuje schopnost pacienta dokončit léčbu, se shodují autoři vědeckých výzkumů, které citujeme v kapitole o proměnných. Sociální podporu jsme do výzkumu zařadili i pro potenciálnost využití výsledků šetření při práci s motivací klientů. U sociální podpory významné druhé osoby byla hodnota významnosti prokázána. U vnímané sociální podpory dětí bylo zjištěno menší zastoupení probandů ve skupině nedokončené léčby. Hypotézu jsme přijali částečně, protože se neprokázal významný vztah mezi proměnnými sociální podporou partnera a ukončením léčby. Byl prokázán náš předpoklad, identifikovali jsme sociální podporu jako faktor protektivní.

Předpokládaný vztah mezi proměnnými **H4** trestnou činností gamblerů a ukončením léčby byl již jako významný pro vypadnutí z léčby prokázán De Leonem, který zjistil trestnou činnost u klientů v terapeutických komunitách pro závislé jako prediktor vypadnutí z léčby (De Leon, 2005). Naším požadavkem bylo konfrontovat zjištěná tvrzení u hráčů, vzhledem k podobným léčebným postupům. U Spearmanova korelačního koeficientu i u potvrzujícího testu (Mann-Whitney U-test) vyšly potvrzující výsledky, jak uvádíme v kapitole 4.2. H4 byla přijata a identifikována jako rizikový faktor.

Využití výsledků výzkumu vidím zejména na mateřském pracovišti. U pacientů s poruchami osobnosti převažují smíšené poruchy osobnosti s rysy několika specifických poruch. Je proto nutné vzít na vědomí jejich charakteristické rysy chování spojené s osobní tísní a sociálními poruchami. Tyto osoby mají například nízkou schopnost komunikace, sklony ke zkratkovitému jednání, tendence ke konfliktům, pomocné akce chybně interpretují jako nepřátelské. Vyžadují individualizovaný, motivující a podpůrný přístup. Řešení se nabízí ve vzdělávání zdravotnického personálu v používání motivačních technik, v posilování sebedůvěry pacienta, bez nálepkování klientů jako problémových, apod. Ze strany terapeutů dále například nácvik komunikačních dovedností s klienty, skupinové diskuse obohatit o témata zaměřená na zjištěné faktory související s vypadnutím z léčby. Ve své pozici nejvíce využívám zadržovací strategie, kdy s klienty vyjednávám o odchodu, využívám provozní zábrany a ritualizaci odchodu z léčby. Stejně intervence mají svůj význam i u klientů s trestnou činností, u kterých se často setkává více rizikových faktorů najednou včetně dluhů. Ze zkušeností předpokládám, že finanční problémy, potřeba splácet často nebankovní dluhy, potíže s hrazením zdravotního pojištění, regulačních poplatků i situace na trhu práce přimějí mnohé klienty léčbu předčasně ukončit. Tento můj předpoklad potvrzují některé zahraniční i české studie, náš výzkum ho nepotvrdil.

Dle výsledků u sociální podpory je podstatné nadále pokračovat v tradici zapojování rodiny a blízkých do léčby, zvat je na společné edukační skupiny a výlety.

Na závěr diskuse navrhuji navazující výzkum, který by se zaměřil na faktory spolupodílející se na retenci v léčbě na straně zařízení a terapeutů. Tímto by bylo doplněno zmapování situace v brněnské léčebně. Dále by bylo vhodné navázat užší spolupráci s ostatními léčebnami v České republice a provést výzkum na více pracovištích, výsledky studií by jistě přispěly ke zvýšení efektivity léčby patologických hráčů v naší zemi.

6 Závěr

Tato práce předkládá pokus o zmapování a identifikování významných faktorů, které se vztahují k délce střednědobé ústavní léčby u klientů s diagnózou patologické hráčství. Retence v léčbě je podstatným ukazatelem léčebného efektu, kterého konkrétní pracoviště dosahuje. Předčasné ukončení léčby je komplikací v léčbě. Aritmetický průměr délky léčby u zjištěných hospitalizací za sledované období na našem pracovišti dosahuje vyšší

hodnoty, než je průměrná ošetrovací doba u hospitalizovaných pacientů s F63.0 udávaná v České republice.

Podrobněji jsme se zaměřili na sledování faktorů na straně klienta. Pro výzkum byly vybrány duální diagnózy, vysoké dluhy, sociální podpora vnímaná klienty a kriminalita klientů. Stanovili jsme čtyři hypotézy. Z hypotéz týkajících se duálních diagnóz, byly ze statistického hlediska podstatné pouze poruchy osobnosti a chování u dospělých a identifikovány tak jako prediktor vypadnutí z léčby. Nejčastější komorbiditou byly zjištěny poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. V rámci druhé hypotézy jsme se zabývali dluhy klientů, kde výsledky nenaznačují přímý vztah mezi retencí a velikostí či přítomností dluhů. U třetí hypotézy týkající se sociální podpory byl zjištěn významný vztah mezi retencí a sociální podporou osob významně blízkých a sociální podporou dětí. Tyto proměnné byly identifikovány jako protektivní faktory. Souvislost mezi retencí a kriminalitou klientů byla zjišťována v rámci čtvrté hypotézy. Kriminalita klientů byla potvrzena jako další prediktor předčasného ukončení léčby. Výsledky analýzy jsou u ověřování tří hypotéz v souladu se zjištěními ostatních výzkumů, rozchází se s nimi u proměnné vysokých dluhů.

Náš výzkum byl omezen metodou výběrem dat ze zdravotnické dokumentace, kde jsou uvedeny některé údaje tak, jak je podávali sami klienti, a nebylo možné v rámci této práce vystopovat, zda jsou platné.

Z výsledků výzkumu pro mateřské pracoviště plyne, jak je významné pokračovat v posilování rodinných a sociálních vztahů klienta a podporovat vzdělávání zdravotnického personálu, zařadit formu specifické intervence poradenství před nástupem do léčby, a tím snižovat riziko vypadávání z léčby.

Navrhujeme pokračování ve výzkumu, zmapování a identifikování potencionálních rizikových faktorů na straně zařízení a terapeutů nejprve v brněnské léčebně pro získání komplexního obrazu, a dále navázání spolupráce s ostatními léčebnami v republice.

7 Použitá literatura

- Benkovič, J. (2004). Příčiny recidiv liečených patologických hráčov. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 219-221.
- Broža, J., Dobiášová, D., & Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. Kapitola 7. In K. Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Daughters, S., Lejuez, C.W., Strong, D., Brawn, R., Bren, R. & Lesieur, H. (2005). The Relationship among Negative Affect, Sistrass Tolerance, and Lenght of Gambling Abstinence Attempt. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 363-377.
- De Leon, G. (2005). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In Nevšimal, P. (Ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. -Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o. p. s. Magdaléna.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, J. S., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *The american Journal Psychiatry*, 159(5), 845-851.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Frouzová, M. (2008). Závislost na procesech. In K. Kalina et al. *Základy klinické adiktologie* (237-249). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Frouzová, M. (2003). Gambleři a gambling. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (267-273). Praha: Úřad vlády ČR.
- Grant, J. E., Kim, S.W., & Kuskowski, M. (2004). Retrospektive Review of Treatment Retention in Patological Gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 83-87.
- Hendl, J. (2006). Přehled statistických dat. Analýza a mataanalýza dat. Praha: Portál.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G., & Wisdom, J. P. (2008). Significant Others and Gambling Treatment Outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 381-392.

- Kalina, K. (2008). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie* (293-305). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. (2003a). Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (110-115). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2003b). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (97-102). Praha: Úřad vlády ČR.
- King, A. C., & Canada, S. A., (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26,189-195.
- Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In Nevšímal, P. (Ed.). *terapeutická komunita pro drogově závislé I. -Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o. p. s. Magdaléna.
- Korman, L., Collins, J., Lithman-Sharp, N., Skinner, W., McMMain, S., & Mercado V. (2008). Randomized kontrol trial of an integrated therapy for comorbidit anger and gamnling. *Psychoterapy Research*, 18(4), 454-465.
- Ladoucer, R., Pelletier, O., & Rhéaume, J. (2008). Personality Disorders and Pathological Gambling: Comorbidity and Treatment Dropout Predictors. *International Gambling Studies*, 8(3), 299-313.
- Marhounová, J. (1995). Problematika závislosti. In K. Nešpor & J. Marhounová. *Alkoholici, feťáci a gambleři* (55-94). Praha: Empatie.
- McGrath, D. S., & Barrett, S. P. (2008). The comorbidity of Tobago smoking and gambling: A review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 28, 676-681.
- Meier P., (2005). *A National Survey of Retention in Residential rehabilitation services*. Staženo5.12.1910,dostupné <http://www.sciesocialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=d55bb1eb-bdfa-45c3-97b5-8abe8e31d01e>
- Melville, K., Cassey, L., & Kavanagh, D. (2007). Psychological Treatment Dropout Among Pathological Gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8) 944-958.

- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-10. revize. (2009). Staženo 5. 1. 2011, dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychická komorbidita. Kapitola 5. In K. Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, Publishing, a.s.
- Mravčík, V., Kalina, K., Zábranský, T., Nechanská, B., Šťastná, L., Gabrhelík, R., et al. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nechanská, B. (2010). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR*. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky č. 49/2010. Staženo 26. 3. 2011, dostupné <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich>
- Nešpor, K. (2011). *Hazard a patologické hráčství u seniorů*. Staženo 3. 5. 2011, dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K., & Scheansová, A. (2011). Souvislosti mezi internetem, návykovými látkami a hazardem. *Praktický lékař*, 91(2), 100-102.
- Nešpor, K., Čapková, J., & Csémy, L. (2010). Návykové nemoci a chudoba. *Časopis lékařů českých*, 149(8), 381-384.
- Nešpor, K., Scheansová, A., & Karbanová, H. (2010a). Zadluženost lidí s návykovými nemocemi je zdravotní i společenský problém. *Časopis lékařů českých*, 149(1), 38-40.
- Nešpor, K., & Scheansová, A. (2009). Efektivita léčby patologického hráčství-pilotní studie. *Časopis lékařů českých*, 148(12), 602-603.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2005a). Kolik je v České republice patologických hráčů? *Časopis lékařů českých*, 144(10), 706-708.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2005b). Hazardní hry jsou v České republice dlouho neřešeným problémem. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti*. 101(6), 332-333.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2005c). Krátká intervence u patologického hráčství. *Praktický lékař*, 85(6), 352-353.

- Nešpor, K. (2000). *Moderní léčba návykových nemocí*. Staženo 12. 12. 2010, dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. (1999). Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag, a.s.
- Nešpor, K. (1995). Chorobné (patologické) hráčství a jeho léčba. In K. Nešpor & J. Marhounová. *Alkoholiví, feťáci a gambleři* (95-103). Praha: Empatie.
- Novotný, J. (2008). *Studie hazardních her v České republice a navrhované změny*. Staženo 20. 2. 2011, dostupné z <http://www.stophazardu.cz/uploads/assets//dokumenty/Studie-hazardnich-her.pdf>
- Oei, T., & Gordon, M. (2008). Psychosocial Factors Related to Gambling Abstinence and Relaps in Members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 91-105.
- Petry, N.M., & Weiss, L. (2009). Social Support is Associated with Gambling Treatment Outcomes in Pathological Gamblers. *The American Journal on Addictions*, 18, 402-408.
- Petry, N.M. (2005). States of Change in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (73)2, 312-322.
- Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98(5), 645-655.
- Pokora, J. (2011). *Komentář k indikátoru kvality č. 5-Procento dokončených léceb alkoholiků v kalendářním roce 2010*. Nepublikovaný rukopis.
- Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). Léčba poruch osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 25-29.
- Prunner, P. (2008). *Psychologie gamblersství aneb sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2003). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách* (verze 7-2. revize). Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Sikora, J., & Novotná, M. (2007). Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 63-65.

Stinchfield, R., Winters, C.K., Botzet, A., Jerstadt, S., & Breyer, J. (2007). Development and Psychometric Evaluation of the Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS). *Psychology of Addictive Behaviors*, (21)2, 174-184.

Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*, 2(4), 161-164.

Toneatto, T., Skinnert, W., & Dragonetti, R. (2002). Patterns of Substance Use in Treatment-Seeking Problem Gamblers: Impact on Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, (58)7, 853-859.

Večeřová, A., Csémy, L., Staňková, Z., Molnárová, M., Jacobs (Exnerová), P., Kožený, J., et al. (2007). Retence v substitučním programu Buprenorfinem. *Česká a slovenská psychiatrie*, 107(7), 329-335.

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

