

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií



Jana Javůrková

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Reflexe porušení abstinence u
patologických hráčů**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová
Praha 2013

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Evě Richterové za věnovaný čas a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Mé díky patří i všem informátorům, kteří byli ochotni věnovat mi čas a odpovědět mi na otázky. Zároveň děkuji rodině a svému příteli za podporu během celého studia.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 6. 2013

.....
Jana Javůrková

Obsah:

I. Úvod	6
II. Teoretická část	6
1 Patologické hráčství	6
1.1 Historie patologického hráčství	6
1.2 Diagnostické nástroje	7
1.3 Patogeneze	8
2 Léčba	9
2.1 Přístupy v léčbě patologického hráčství	9
2.1.1 Psychodynamická terapie	10
2.1.2 Behaviorální terapie	10
2.1.3 Kognitivní terapie	10
2.1.4 Kognitivně-behaviorální terapie	11
2.1.5 Multimodální terapie	11
2.1.6 Farmakoterapie	11
2.2 Systém péče o patologické hráče	11
2.2.1 Ambulantní léčba	12
2.2.2 Ústavní léčba	12
2.2.3 Doléčovací programy	13
3 Abstinence a relaps	14
3.1 Abstinence	14
3.2 Relaps a laps	14
4 Faktory ovlivňující porušení abstinence u patologických hráčů	15
4.1 Faktory, které zvyšují riziko porušení abstinence	15
4.1.1 Skrytí předchůdci relapsu	16
4.1.1.1 Nerovnováha životního stylu	16
4.1.1.2 Craving a bažení	16
4.1.1.3 Racionalizace a popření	17
4.1.1.4 Zdánlivě nevýznamná rozhodnutí	17
4.1.2 Přímí činitelé	17
4.1.2.1 Intrapersonální faktory	17
4.1.2.2 Interpersonální faktory	17
4.1.2.3 Snížená vlastní účinnost: očekávání pozitivních výsledků	17

4.1.2.4 Syndrom porušení abstinence, disonanční konflikt a sebeobviňování.....	18
4.2 Faktory, které snižují riziko porušení abstinence	18
4.2.1 Specifické intervenční strategie	18
4.2.2 Globální strategie	19
III. Empirická část	20
1 Výzkumný problém a výzkumná strategie	20
2 Technika sběru dat	21
3 Výběr vzorku: prostředí výzkumu	24
4 Analýza dat	28
4.1 Vztah k závislosti.....	30
4.2 Motivace k hazardnímu hraní na počátku herní kariéry	32
4.3 Důvody porušení abstinence	33
4.3.1 Řešení finančních problémů spojených s hráčskou kariérou.....	34
4.3.2 Emoční rozpoložení.....	34
4.3.3 Získání hotovosti.....	35
4.4.4 Další důvody	36
IV. Diskuze	38
V. Závěr	40
VI. Seznam literatury	41
VII. Přílohy	45

I. Úvod

Hazard je v dnešní době velmi populární formou zábavy, avšak hranice mezi rekreačním a patologickým hraním bývá tenká, neboť gamblerství často spouští první výhra (Nešpor, 2011). Vzhledem ke svým zkušenostem v oblasti primární prevence jsem si vědoma, že problém patologického hráčství není obvykle diskutovaným tématem. Proto jsem si za předmět své bakalářské práce zvolila právě oblast gamblerství, neboť jsem názoru, že patologickému hráčství by se mělo věnovat mnohem více pozornosti.

Ačkoli se patologičtí hráči odhodlají k abstinenci, často se stává, že ji poruší a znovu se navracejí k hazardnímu hraní. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí, že v roce 2010 se poprvé léčila s patologickým hráčstvím asi třetina všech léčených s touto diagnózou. Dvě třetiny gamblerů se pokoušelo se svou závislostí přestat již minimálně podruhé (ÚZIS ČR, 2011). Cílem mého výzkumu je zjistit *Reflexe abstinujících patologických hráčů na již proběhlé lapsy a relapsy*. Výsledky mohou pomoci při léčbě a následné abstinenci gamblerů, neboť pokud osvětlím celý průběh porušení abstinence a důvody, proč se hráči vrátili ke své herní kariéře, může to být pro ostatní abstinující varováním před nebezpečím recidivy.

V první části se zaměřuji na teoretické zakotvení celé práce. Uvádím zde diagnostiku patologického hráčství a průběh hráčské kariéry. Dále se zaměřuji na přístupy v léčbě gamblerství a místa, kam se mohou hráči se svým problémem obrátit. Objasňuji i pojem abstinence a recidivy a nakonec i faktory, které porušení abstinence ovlivňují.

V empirické části popisuji volbu výzkumné strategie, techniku sběru dat, výběr vzorku a následnou analýzu dat. Metodou otevřeného kódování se mi podařilo obdržet *Reflexe abstinujících patologických hráčů na již proběhlé lapsy a relapsy*.

II. Teoretická část

1 Patologické hráčství

1.1 Historie patologického hráčství

Patologické hráčství se nejprve považovalo za neurózu. Jedinci, kteří propadli hazardu, byli pokládáni za narcisty či masochisty stíhané pocity viny. Freud například

vysvětloval hazardní hraní jako způsob sebekárání. Bergler pak nahlížel na hraní jako na formu „psychického masochismu“, kdy se člověk trýzní pocity viny a úzkostí z možné prohry (Freud, Bergler in Prunner 2008).

Na rozdíl od jiných závislostí a návykového chování se však na patologické hráčství nahlíží jako na nemoc poměrně krátkou dobu. Americká psychiatrická asociace (DSM-IV) zařadila patologické hráčství do klasifikace nemocí v roce 1980 (Občané proti závislostem, 2011).

První vlna hazardních hráčů se u nás objevila později než v Americe. Před rokem 1989 bychom málokdy narazili na člověka, který by byl závislý pouze na hazardní hře. Běžnější byla kombinace závislosti na hře a alkoholu. Nešpor poukazuje na skutečnost, že s „čistými“ hazardními hráči se začal setkávat až po roce 1989. To je zřejmě důvodem, proč se u nás diagnóza patologického hráčství používá až od 1.1. 1994 (Nešpor 2006a, 2001).

1.2 Diagnostické nástroje

Sanju George a Vijaya Murali uvádějí základní diagnostické nástroje používané pro určení patologického hráčství (George and Murali, 2005). Jsou jimi:

- diagnostická kritéria MKN-10: F63.0 (World Health Organization, 1992);
- diagnostická kritéria DSM-IV: 312.31(American Psychiatric Association, 1994);
- The South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur and Blume, 1987);
- The Lie/Bet Questionnaire (Johnson et al, 1997);
- Gamblers Anonymous's Twenty Questions (the GA-20; Gamblers Anonymous, 2005).

V České republice se k určení patologické hráčství užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), uvedla jsem však i diagnostické nástroje používané v zahraničí, neboť ve své práci čerpám i ze zahraničních zdrojů. MKN-10 zařazuje patologické hráčství mezi Poruchy duševní a poruchy chování do podkategorie Nutkavé a impulzivní poruchy (F63). Do této kategorie patří i mimo jiné například patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické krádeže (kleptomanie) či vytrhávání vlasů (trichotillomanie). Patologické hráčství (F63.0) je zde popsáno jako porucha, která je typická opakovaním se epizod hráčství. Ty u člověka dominují na úkor jeho sociálního, materiálního, rodinného a pracovního života (MKN-10, 1993).

Je však důležité odlišovat patologické hráčství od:

- 1) hráčství a sázkařství – kdy jedinci hrají pro vzrušení či výhru, avšak jakmile s sebou hra nese negativa, jako jsou prohry či nepokoje v rodině, omezí ji;
- 2) nadměrné hráčství u manických pacientů;
- 3) hráčství u sociopatických osobností – tito lidé trpí poruchou sociálního chování, jednají agresivně a postrádají empatii (Nešpor, 2007).

1.3 Patogeneze

Žádný člověk se nestane závislým během jediné hry. Je však pravda, že právě tato první hra je rozhodujícím činitelem, který může nastartovat kariéru patologického hráčství. Pokud člověk při první hře prohraje a otráveně odchází s prázdnými kapsami domů, má větší šanci, že ho tato událost natolik znechutí, že už ji nebude chtít nikdy zopakovat. Pokud však během chvilky vyhraje vysoký obnos, utvrdí ho to v domněnce, že hazard je výnosná a dobrá činnost. MUDr. Nešpor uvádí, že nejhorší je pro hráče právě výhra. Ta u něj vyvolává nutkání ke hře, kterému se velmi těžko odolává (Nešpor, 2006a).

Přechod rekreačního hráče k hráči patologickému bychom mohli podle Custeru rozdělit do tří fází:

1. Fáze výher

Tato fáze s sebou nese žádné větší problémy. Hráč doufá, že vyhraje, a pokud se tak stane, snaží se více proniknout do hry, zjistit různé strategie, jak výhry znovu dosáhnout. Roste mu sebevědomí a začíná se domnívat, že za výhru vděčí vlastním dovednostem než pouhé náhodě. Začíná sázet více a častěji, aby výhru zopakoval. Upřednostňuje hru před jinými aktivitami. Postupně tvrdí, že vyhrál, i když to tak není.

2. Fáze prohrávání

V této fázi se již většinou jedná o patologické hráčství. Hráč se zabývá hlavně hraním, se kterým se někdy snaží i přestat. Pro tuto fázi je typický tzv. „chasing“¹, kdy se hráč snaží vyhrát své peníze zpět. Sází vyšší částky a častěji. Pokud již nemá peníze, půjčuje si, avšak splátky nedodrжуje. Začíná tajit své hraní před blízkými lidmi. Trpí tím i jeho psychika, neboť se cítí podrážděně a neklidně. V této fázi nastává tzv. „crunch“², kdy hráči dojdou peníze. Pokud blízcí jeho dluhy uhradí, ale donutí ho abstinovat, je to skvělá možnost, jak závislosti uniknout. Když však jeho dluhy budou opakovaně platit, bude se na

¹ chasing – stíhání, štvání výhry (Nešpor, 1994)

² crunch – bod zlomu (Nešpor, 1994)

ně spoléhat pořád. Pokud nemá jiné zdroje peněz, může se dopustit i kriminální činnosti.

3. Fáze zoufalství

V této chvíli již o hráči lidé vědí, že si půjčuje a dluhy nesplácí. Za jeho nezákonná jednání přicházejí sankce. Cítí se osaměle, lituje se a často trpí depresemi. Stále sní o velké výhře a stále prohrává. Kvůli gamblerství dochází často k rozpadu rodiny, k úniku od reality pomocí jiných návykových látek. Objevují se i sebevražedné myšlenky (Custer in Nešpor, 1994).

Podle Rosenthala 1992 – existuje i čtvrtá fáze:

4. Fáze rezignační

Pokud ho v této fázi nějaká blízká osoba vybízí k léčení, vyhledává závislý lékařskou pomoc. Mohou se objevit i různé psychické poruchy, jako jsou deprese a sebevražedné myšlenky (Rosenthal in Prunner, 2008).

Patologické hraní se podobá závislostem na návykových látkách hned v několika směrech. Stejně jako drogově závislý musí zvyšovat svou denní dávku drogy, musí i hráč zvyšovat množství peněz, které vsadí, aby dosáhl stejně vysokého uspokojení. Ačkoli si při hraní do těla neaplikuje žádné látky, a tudíž neprožívá abstinenci příznaky, cítí velké puzení ke hře, které MUDr. Nešpor nazývá bažení. Postupem času vykazuje hráč snižující se sebeovládání. Jakmile nemůže hrát, dostavuje se nervozita, deprese a pocity podrážděnosti. I když si je vědom, že mu hazardní hra škodí, nezanechá této činnosti. Odsouvá všechny své dosavadní zájmy do pozadí a věnuje se hlavně hraní a myšlení na hru (Nešpor, 2011).

2 Léčba

Ke změně dosavadního života hráče je léčba velmi důležitá. Jakmile je však pacient nucen okolím, aby ji podstoupil, nemůže být výsledná abstinence nikdy dlouhodobá a trvalá. Proto je nezbytné, aby se k léčbě odhodlal sám (Nešpor, 2006a).

Motivací k léčbě bývají pro patologického hráče většinou hrozby věřitelů; hrozící výpovědi v práci či partnerovo naléhání (Frouzová in Kalina, 2003). Častým důvodem pro léčbu je také bezdomovectví, soudem nařízená ambulantní či ústavní léčba, vyvíjení nátlaku dětí na závislé rodiče a naopak, léčba jiné nemoci či závislosti (Občané proti závislostem, 2011).

2.1 Přístupy v léčbě patologického hráčství

Existuje mnoho přístupů v léčbě patologického hráčství. Gamblerství bylo léčeno terapií psychodynamickou, behaviorální, kognitivní, kognitivně-behaviorální, multimodální i farmakoterapií (Šerý, 2001). Ačkoli je většina z nich velmi efektivní, žádný z přístupů nemá prozatím jasnou převahu (George and Murali, 2005).

2.1.1 Psychodynamická terapie

Psychodynamický přístup vyplývá z předpokladu, že zdroje patologického hráčství jsou nevědomé a hráčem nekontrolovatelné. Příčinu spatřovali psychoanalytici v raných deprivacích a ztrátách, či v dětském konfliktu, který způsobil touhu patologického hráče po ztrátách. Podle tohoto modelu výhra patologického hráče nezajímá, spíše má nevědomé přání prohrát (Šerý, 2001; Zahradník, 2005).

2.1.2 Behaviorální terapie

Behaviorální teoretikové vnímají gamblerství jako naučené maladaptivní chování, které se člověk může odnaučit prostřednictvím behaviorální léčby. Mnoho dřívějších pokusů o léčbu patologických hráčů se soustředilo na averzní terapii (Zahradník, 2005). Barker a Miller (1966) jako první poukázali na skutečnost, že averzní terapie může pomoci při léčbě patologického hráčství. Tato forma terapie se však z etických důvodů nedoporučuje (George and Murali, 2005).

Běžnější jsou techniky desensitizace či relaxace. Zvláštní formou je desensitizace in vivo, kdy terapeut doprovází klienta do herny, kde dříve hrál. Na klienta zde působí běžné stimuly a on se učí být k nim necitlivý a prožívat je bez hazardní hry. Při léčbě patologického hráčství zavedli Arntzen a Stensvold klienta do herny a měřili mu puls. Již po prvním týdnu se jeho puls snížil ze 115 na 89 a již tak zůstal po zbylých 6 měsících (Arntzen and Stensvold, 2007).

2.1.3 Kognitivní terapie

U patologických hráčů se po určité době hazardní kariéry objevují kognitivní chyby³. Tyto chyby v myšlení pomáhají k rozvinutí a udržování patologického hráčství. Cílem kognitivní terapie je tyto chyby opravit, a tím snížit motivaci hráče k hazardní hře (George and Murali, 2005).

³ Kognitivní chyby jsou u patologických hráčů např. přesvědčení, že mají určitou strategii, jak kontrolovat hru, či že dovedou předpovídat výsledky hry (George and Murali, 2005).

Příkladem kognitivní strategie je vysvětlení pravidel náhodnosti, kdy terapeut vysvětlí klientovi, že je nemožné kontrolovat hru (Šerý, 2001).

2.1.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Tento druh terapie kombinuje kognitivní a behaviorální aspekty léčby a snaží se změnit gamblerovo poznání a chování (George and Murali, 2005).

Sylvain, Ladouceur a Boisvert provedli kognitivně-behaviorální studii účinnosti léčby patologického hráčství. Zúčastnilo se jí 29 patologických hráčů - 14 podstoupilo léčbu a 15 bylo v kontrolní skupině. Léčba zahrnovala kognitivní korekci mylných představ o hazardním hráčství, nácvik řešení problémů, nácvik sociálních dovedností a prevenci relapsu. Výsledky ukázaly, že kognitivně-behaviorální léčba může výrazně pomoci patologickým hráčům. 86% léčených účastníků už není považováno za patologické hráče (Sylvain, Ladouceur and Boisvert, 1997).

2.1.5 Multimodální terapie

V klinickém prostředí se často používá multimodální terapie (George and Murali, 2005). Tento druh terapie využívá více technik najednou jako je individuální, rodinná a skupinová terapie, dále svépomocné organizace či nácvik komunikačních dovedností. Díky aplikování více léčebných praktik dosahuje multimodální terapie poměrně vysoké úspěšnosti 50 – 70% (Šerý, 2001).

2.1.6 Farmakoterapie

Patologičtí hráči trpí často depresemi, proto jsou jim předepisována antidepresiva. Jejich výhodou je snížení depresivních stavů, dále schopnost eliminovat bažení, dobrá dostupnost i nízká cena (Nešpor, 2011).

Další užívanou látkou v léčbě patologického hráčství je naltrexon. Ten je efektivní při léčbě celé řady impulzivních nemocí jako je kleptomanie, sebepoškozování či hraniční porucha osobnosti. Pomáhá také redukovat bažení u patologických hráčů a u závislých na alkoholu a heroinu (George and Murali, 2005).

2.2 Systém péče o patologické hráče

Patologičtí hráči jsou často léčeni spolu se závislými na drogách a alkoholu. Ačkoli se zdá, že je hazardní hraní příliš odlišné od závislosti na návykových látkách, jsou léčebné

postupy a metody velmi podobné (Nešpor 2006a). Navíc se často objevuje zdvojená závislost např. kombinace patologického hráčství a závislosti na alkoholu či patologického hráčství a závislosti na pervitinu (www.drnespor.eu/ndetext3.doc). Pokud je hráč závislý i na jiné látce, je dobré řešit oba tyto problémy současně.

Rozhodnou-li se patologičtí hráči k řešení svého problému, existuje několik možností, kam se mohou obrátit o radu či pomoc. Občané proti závislostem (2011) uvádějí:

- Sociální služby základního a odborného poradenství (např. dluhové poradenství);
- Sociální práce ;
- Ambulantní léčba (ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních);
- Ústavní léčba;
- Terapeutické komunity;
- Doléčovací programy (např. skupina Anonymních gamblerů).

Vzhledem ke svému výzkumu se budu věnovat hlavně institucím, na které se obrátili patologičtí hráči v mém výzkumu, tedy ambulantní léčbě, ústavní léčbě a doléčovacími programy.

2.2.1 Ambulantní léčba

Při ambulantní léčbě se terapeut zaměřuje na psychoterapii, která zahrnuje podpůrné behaviorální postupy jako fantazijní desenzitizace, desenzitizace in vivo, dále se zabývá spouštěči hraní, pokouší se klientovi navrhnout splátkový kalendář a doporučit mu, aby převedl své finance na člena rodiny. Stejně jako při ústavní léčbě se často i při ambulantních skupinových terapiích léčí patologičtí hráči spolu se závislými na alkoholu (Zahradník, 2005).

Pokud je však klient z daleka či nechce na léčbu docházet ani ambulantně, může se terapeut pokusit alespoň o krátkou intervenci. Nejprve posoudí stav klienta, a když se jedná o patologické hráčství, informuje ho o výsledku. Doporučí mu, aby u sebe nenosil větší obnosy peněz, neboť vyvolávají bažení, aby se vyhýbal alkoholu i hazardní hře. Dále ho upozorní na nutnost vyváženého způsobu života, odkáže ho na léčebná zařízení či svépomocné organizace a snaží se posílit jeho motivaci k léčbě. Záleží však velmi na časových možnostech klienta i na celé situaci (Nešpor, Csémy, 2005).

2.2.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba se doporučuje tam, kde selhává léčba ambulantní (Nešpor, 2006a). V České republice je velmi známé Oddělení pro léčbu závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze. Patologičtí hráči se zde léčí spolu se závislými na alkoholu a návykových látkách, některé programy jsou však určeny pouze pro ně (např. skupinová terapie či setkání Anonymních hráčů) (Nešpor, 2006a).

Při léčbě se užívá multimodální terapie. Kombinuje se zde kognitivně-behaviorální terapie s pomocí skupiny Anonymních hráčů. Náplní léčebného programu je práce s motivací k léčbě; péče o psychické i fyzické zdraví; zvládnání bažení; zlepšování sebekontroly; nácvik odmítání, asertivity a komunikace; zjišťování vnitřních a vnějších spouštěčů⁴; zlepšování vztahů; prevence stresu a jeho zvládnání; relaxace; prevence relapsu a jeho zvládnání (Nešpor, 2006b).

2.2.3 Doléčovací programy

Mezi doléčovací programy se zařazují svépomocné organizace typu Anonymních gamblersů. Patologičtí hráči ho někdy využívají jako hlavní prostředek k dosažení abstinence, aniž by podstoupili ústavní či ambulantní léčbu.

Anonymní gamblersi je svépomocná organizace vytvořena podle vzoru Anonymních alkoholiků. První skupina vznikla v roce 1957 v Kalifornii a postupně začaly vznikat nové a nové skupiny po celém světě. První samostatné společenství v České republice, které by nebylo zaštitěno psychiatrickou léčebnou či jinou institucí, vzniklo v Brně v roce 2008. V Praze byla skupina založena v roce 2011, v Liberci v lednu roku 2013 (<http://anonymnigambleri.cz/>).

Podmínkou členství ve skupině AG je abstinence od hazardního hraní. Členové podstupují dvanáct kroků ozdravného programu a pomáhá jim pravidelná a aktivní účast na skupinových setkáních (George a Murali, 2005).

Setkání Anonymních hráčů se mohou zúčastnit i v rámci Psychiatrické léčebny v Bohnicích či v Centru ambulantních služeb Advaity⁵.

⁴ Spouštěče – specifické vnější či vnitřní podněty a situace, které vyvolávají bažení. Existují zevní (např. hospoda, kasino, známý hazardní hráč) a vnitřní (silné emoce, únava, spánková deprivace či bolest) (www.drnespor.eu/Kombin6.doc).

⁵ Advaita Liberec – je občanské sdružení, které provozuje programy primární prevence, ambulantního poradenství, terapeutickou komunitu, doléčovací program a podporu samostatného bydlení. Pomáhá jednotlivcům i rodinám, kteří se dostávají do styku se škodlivými návyky, s prevencí, poradenstvím, léčbou a rehabilitací. Součástí Advaity je i skupina pro patologické hráče (<http://advaitaliberec.cz/advaita-o-s/>).

3 Abstinance a relaps

3.1 Abstinance

Pojem „abstinence“ pochází z latinského slova „abstinentia“, tedy zdrženlivost. Člověk, který abstinuje, se vědomě vzdává určité látky či činnosti, neboť ví, že mu neprospívá, ale naopak ničí jeho sociální, ekonomický a zdravotní stav (Prunner, 2008).

Velký psychologický slovník definuje abstinenci následovně:

„stav, kdy se jedinec vědomě a ze své vůle naprosto zříká užívání určité látky nebo činnosti z důvodů etických, rozumových, zdravotních, pro neschopnost dosáhnout uspokojení, nebo i nuceně – ve vězení, při léčbě.“ [HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. 10 s. ISBN 978-80-7367-686-5]

Pokud budu hovořit o období abstinence, budu mínit absolutní abstinenci, tedy období, za které se neodehrálo žádné porušení. Nemíním tím, že bych chápala abstinenci černobíle, jak uvádí Aleš Kuda v Prevenci relapsu (Kuda in Kalina, 2003), tedy, že jsem zastáncem názoru, že jednou „uklouznutí“ musí nutně vést k úplné recidivě, ale vzhledem k tomu, že se zajímám o porušení abstinence, je pro mě velmi důležité rozlišovat mezi recidivou (relapsem) a lapsem („uklouznutím“).

3.2 Relaps a laps

Ačkoli se závislý rozhodne změnit svůj život, podstoupí dlouhý proces léčebného programu a snaží se abstinovat, není vyloučeno, že může podlehnout recidivě. U závislosti se v souvislosti s recidivou používá často termín relaps (Kuda in Kalina, 2003).

Model prevence relapsu rozlišuje mezi úplnou recidivou (tzv. relaps) a „uklouznutím“ (tzv. laps). Pokud člověk poruší abstinenci, tedy „uklouzne“, nemusí to nutně znamenat, že podlehne úplné recidivě a vrátí se opět na začátek, tedy do doby, než se začal léčit. Podle tohoto pohledu je laps pouhým rozcestím, které určuje, zda se jedinec vydá směrem pokračování v abstinenci, či zpět k závislému životu. Pokud se člověku podaří si po tomto selhání abstinenci udržet, je to dobrá zkušenost do budoucna. Pokud však abstinující uklouzne a propadne pocitu, že veškerá léčba byla zbytečná, zvyšuje se pravděpodobnost plného rozvinutí relapsu (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

Blaszczynski, McConaghy a Franková se pokusili o srovnání abstinujících patologických hráčů, kteří podleli relapsu, a těch, kteří abstinenci neporušili. Výsledky studie zpochybňují platnost domněnky, že epizoda lapsu musí vést k úplnému navrácení do závislého procesu. Naopak podporují mínění, že alespoň část patologických hráčů se může vystavit hazardní hře bez dlouhodobé ztráty kontroly (Blaszczynski, McConaghy a Franková, 1991).

Při zkoumání lapsu a relapsu je velmi důležité rozlišovat mezi pravými a nepravými recidivisty. Pravými recidivisty jsou ti, kteří se sami odhodlali k abstinenci prostřednictvím svého vnitřního přesvědčení. Nepraví recidivisté toto přesvědčení postrádají a jsou názoru, že nejsou závislí a že po léčbě budou moci nadále hazardně hrát (Benkovič, Dusková a Veselovský in Prunner, 2008). Je důležité mezi nimi rozlišovat z toho důvodu, že nepraví recidivisté jsou již při samotné léčbě přesvědčeni, že mohou stále hazardně hrát, a proto je u nich větší riziko, že abstinenci poruší.

4 Faktory ovlivňující porušení abstinence u patologických hráčů

V následujícím oddílu se budu zabývat faktory, které ovlivňují porušení abstinence u patologických hráčů. Vycházím přitom z modelu prevence relapsu Marlatta a Gordonové. Tento model je založen na sociálně-kognitivní psychologii a zahrnuje jak abstraktní model recidivy, tak soubor kognitivních a behaviorálních strategií, které pomáhají abstinujícímu, aby se vyhnul epizodám relapsu či je omezil (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

Faktory, které ovlivňují porušení abstinence, jsem rozdělila na faktory, které zvyšují riziko porušení abstinence, a faktory, které snižují riziko porušení abstinence.

4.1 Faktory, které zvyšují riziko porušení abstinence

V této části se zaměřuji na faktory, které mohou přispívat k porušení abstinence mimo jiné i u patologických hráčů. Tyto faktory, které napomáhají lapsu či relapsu, dělí Marlatt a Gordonová na přímé činitele (např. rizikové situace) a skryté předchůdce (nerovnováha životního stylu či craving) (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999). Celý model se zakládá na domněnce, že především myšlenkový proces a nálada,

kteřé následují po lapsu, určují, zda jedinec znovu začne hrát, tedy nastane-li relaps (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer, 2008).

4.1.1 Skrytí předchůdci relapsu

Některé faktory, které nejsou na první pohled tak znatelné, mohou být při procesu relapsu mnohdy rozhodující. Skrytými předchůdci se mívá celkový životní styl, míra stresu či kognitivní faktory, které mohou způsobovat relaps (jako je racionalizace, popření či craving) (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

4.1.1.1 Nerovnováha životního stylu

Nerovnováha životního stylu je založena na vztahu vnějších požadavků („měl bych“) a vnitřně uspokojujících či příjemných aktivit („chci“). Pokud se člověk zaměřuje pouze na úkoly a nároky okolí, hladina stresu se u něho zvyšuje a objevují se pocity sebedeprivace. Jedinec si pak zdůvodňuje závislé chování jako odměnu, kterou si zaslouží („zasloužím si jednu hru“) (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer, 2008).

4.1.1.2 Craving a bažení

Kunz a Kampe ukazují, že během abstinence v rozmezí 20 až 120 týdnů zažívá craving asi 60 až 70% abstinujících (Kunz a Kampe in Kalina, 2008). Craving není přímou a jedinou příčinou procesu relapsu, ale spíše tento proces uvádí do pohybu. Bývá ukazatelem, že životní styl závislého není v rovnováze. Abstinující si ho často zakazují, avšak tím se vyhýbají možnosti naučit se tento pocit ovládat a co nejvíce ho redukovat (Kuda in Kalina, 2003).

MUDr. Karel Nešpor překládá craving do českého jazyka termínem bažení. Uvádí, že bažení je často zapříčiněno spouštěči a doprovázeno stresem. Oslabuje kognitivní funkce (paměť, soustředění, umění předvídat důsledky svého jednání), čímž je možné vysvětlit, proč se i velmi inteligentní lidé chovají iracionálně (www.drnespor.eu/Kombin6.doc).

McKay uvádí model založený na učení, ve kterém se závislí učí, že užívání alkoholu (či patologické hráčství) pomáhá mírnit bolestivé emoce. Po takovém učení nastává to, že negativní emoce spouští nutkání k hazardnímu hraní, které je prožíváno jako craving, pokud patologický hráč nemá možnost svou touhu naplnit. Craving pak vede k dalšímu hazardnímu hraní, aby se redukovaly negativní pocity (McKay, 2011).

Klient by si měl představit craving jako vlnu, která roste a postupně opadá. Tato technika je známá jako „urge surfing“ a závislý se díky ní učí vyčkávat, až vlna dosáhne vrcholu a postupně začne opadávat. Je důležité se nevzpírat proti vlně ani se jí nepoddávat.

Spíše by si měl představit, že sjíždí vlnu na surfu (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

4.1.1.3 Racionalizace a popření

Když závislý jedinec zažívá touhu porušit abstinenci a podlehnout závislému chování, snaží se mnohdy nalézt důvody ke hře. Racionalizace a popření jsou obrannými mechanismy, které pomáhají snížit pocity viny a úzkosti, jež se objevují při rozhodnutí dopřát si závislého chování (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer, 2008).

4.1.1.4 Zdánlivě nevýznamná rozhodnutí

Mezi skrytými spouštěči můžeme někdy identifikovat množství skrytých rozhodnutí, která jsou sama o sobě zdánlivě nevýznamná, avšak spojí-li se dohromady, dostávají jedince do vysoce rizikové situace, a tím zvyšují nebezpečí relapsu (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999). Typickým příkladem může být rozhodnutí, že abstinující hazardní hráč tentokrát nezaplatí nájem přes účet, ale hotově. Po výběru financí si uvědomí, že má hlad, a tak zajde na oběd do blízké herny. Tím se dostává do vysoce rizikové situace, ke které mu pomohlo několik zdánlivě nevýznamných rozhodnutí.

4.1.2 Přímí činitelé

Můžeme za ně pokládat veškeré situace, které ohrožují pocit sebekontroly (vlastní účinnosti) závislého a zvyšují tak možnost relapsu. Mezi tyto situace patří:

4.1.2.1 Intrapersonální faktory

Do této skupiny patří negativní emoční stavy (jako je frustrace, úzkost, deprese, nuda, smutek a hněv) a pozitivní emoční stavy. Sami závislí často uvádějí, že se v určitých situacích (např. na oslavě) cítili spokojeně a sebejistě, a proto se rozhodli dopřát si svou závislost (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer, 2008).

4.1.2.2 Interpersonální faktory

Tato kategorie zahrnuje interpersonální konflikty, jako jsou hádky s partnery, přáteli, členy rodiny, zaměstnavateli či spolupracovníky, a sociální tlak, který také zahrnuje situace, ve kterých často dochází k relapsu. Takovou situaci mohou vyvolat např. přátelé, kteří nutí abstinujícího na alkoholu, aby si s nimi dal skleničku (Kuda in Kalina, 2003).

4.1.2.3 Snížená vlastní účinnost: očekávání pozitivních výsledků

Pojem vlastní účinnosti (self-efficacy) je spojen s teorií Alberta Bandury. Pokud se závislému podaří zvládnout vysoce rizikovou situaci, zvyšuje se jeho pocit vlastní

účinnosti. Vlastní účinnost se však snižuje prostřednictvím očekávání pozitivních výsledků, kdy se závislý soustředí pouze na okamžité pozitivní efekty závislého chování a ignoruje negativní důsledky. Vzniká tak rozpor mezi pocitem nedostatečnosti (tedy sníženou vlastní účinností) a lákavostí závislého chování (Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer 2008).

4.1.2.4 Syndrom porušení abstinence, disonanční konflikt a sebeobviňování

Pokud závislá osoba porušila abstinenci, zvyšuje se riziko návratu k závislému chování. Tento proces však není neodvratitelný a velmi ho ovlivňuje syndrom porušení abstinence. Syndrom závisí na emocionální reakci závislého na prvotní selhání a na příčinách, které tomuto uklouznutí přisuzuje. Pokud lidé přisuzují laps svému osobnímu selhání, cítí se zřejmě provinile a zažívají negativní pocity, které mohou vést k dalšímu závislému chování. Objevuje se u nich vyšší pravděpodobnost, že zanechají abstenenčních pokusů, než u lidí, kteří selhání přisoudili momentální neschopnosti vyrovnat se efektivně se specifickou rizikovou situací. Ti se totiž dokáží poučit z vlastních chyb a vyvinout efektivnější způsoby, jak se v budoucnu s podobnými situacemi vypořádat (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

Disonanční konflikt nastává, pokud se osoba chová v rozporu se svými hodnotami a očekáváním. Podle teorie kognitivní disonance bude rozdíl mezi hodnotami jedince a jeho chováním vytvářet disonanci. Závislý se tak bude snažit ji snížit tím, že bude i nadále pokračovat ve svém závislém chování a zpětně si ho zdůvodňovat argumenty, že nad sebou stejně nikdy neměl kontrolu, a tak může i nadále hazardně hrát. Tím se riziko relapsu opět zvyšuje (Festinger in Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney, Farmer, 2008).

4.2 Faktory, které snižují riziko porušení abstinence

Informace o faktorech, které pomáhají snížit riziko porušení abstinence, jsem čerpala z prevence relapsu a z Nešporovy kombinované obrany proti bažení. Vytvořila jsem tak ucelenější pohled na faktory, které pomáhají patologickému hráči udržet si abstinenci. Podle modelu prevence relapsu by terapeut měl klientovi zprostředkovat specifické intervenční strategie a globální strategie, které by měly snížit riziko porušení abstinence (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt 1999).

4.2.1 Specifické intervenční strategie

Tyto strategie se zaměřují na to, aby klienti byli schopni rozpoznat a zvládnout rizikové situace a byli připraveni na možný laps či relaps. Patří sem identifikace rizikové situace pro každého klienta; výuka dovedností, jak se s takovou situací vypořádat či jak postupovat při porušení abstinence (Marlatt and Gordon in Witkiewitz and Marlatt, 2004).

Nešpor tedy doporučuje vyhýbat se kasinům a místům, kde mají automaty, či kde by mohlo dojít k bažení. Dále udržovat abstinenci i v alkoholu, neboť ten snižuje sebekontrolu jedince, a posilovat motivaci k abstinenci např. doléčovacími programy (www.drnespor.eu/Kombin6.doc).

4.2.2 Globální strategie

Mezi globální strategie patří veškeré dovednosti k udržení správného životního stylu, dále rozvinutí pozitivní závislosti a ovládnání bažení (Marlatt and Gordon in Larimer, Palmer, Marlatt, 1999).

Je velmi důležité, aby klient změnil svůj způsob života, naučil se rozpoznávat zdroje stresů a uměl se jim postavit, či se jich vyvarovat. Klient by měl získat pozitivní závislosti a věnovat jim svůj čas, se kterým se nyní musí naučit hospodařit. Díky tomu může dosáhnout vyrovnaného životního stylu (Wanigaratne a kol. in Kalina, 2008).

Aby se jedinec vyhnul bažení a následnému relapsu, doporučuje Nešpor naučit se ovládat techniky relaxace, snažit se o pravidelný režim dne a vyhledat nové koníčky, které by zaplnily čas, jenž dříve patologický hráč trávil v herně či kasinu (www.drnespor.eu/Kombin6.doc).

Tyto strategie by si patologičtí hráči měli osvojit při léčbě. Povědomí o nich jim totiž může pomoci, aby se laps nerozvinul v relaps. Naopak neznalost a nepřipravenost na bažení a rizikové situace může být jednou z příčin, proč později poruší abstinenci.

III. Empirická část

V následující části se věnuji výzkumnému problému, výběru výzkumné strategie, technice sběru dat, výběru vzorku a prostředí a analýze dat.

1 Výzkumný problém a výzkumná strategie

Cílem mého výzkumu je zjistit *Reflexe abstinujících patologických hráčů na již proběhlé lapsy a relapsy*.

Abych dosáhla výzkumného cíle, zaměřila jsem se na minulé lapsy a relapsy u patologických hráčů. Zkoumala jsem, jak u informátorů probíhal laps či relaps, co mu předcházelo a jak na tuto situaci patologičtí hráči reagovali. Podle cíle výzkumu jsem i zvolila výzkumné otázky.

Výzkumná otázka⁶ 1: *Co vnímali patologičtí hráči jako zásadní důvody, které vedly k porušení abstinence?*

Výzkumná otázka 2: *Jak patologické hráče ovlivnila zkušenost porušení abstinence do budoucna?*

Výsledky této studie by mohly přispět k tomu, aby se patologičtí hráči dokázali tomuto porušení vyhnout.

K dosažení svého cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum, neboť se snažím zjistit, co je podstatou jevu, tedy porušení abstinence (Strauss a Corbinová, 1999). Vzhledem k tomu, že je pro mne důležité prozkoumat průběh porušení abstinence a určit veškeré fenomény, které při porušení hrály roli, jevila se volba kvalitativního výzkumu jako nejlepší řešení. Potřebuji totiž získat integrovaný pohled na předmět svého bádání, rozpoznat kontexty, ve kterém probíhal, a k tomu je podle Hendla nejlepším prostředkem právě tento druh výzkumu (Hendl, 2005). Díky němu se mi podaří zjistit důvody, proč patologičtí hráči porušili abstinenci.

Dalším důvodem mé volby výzkumné strategie je obtížná dosažitelnost dostatečného výzkumného vzorku. PhDr. Miovský (2006) uvádí, že někdy je velmi nesnadné získat vysoký počet informátorů, a proto je nemožné provést kvantitativní výzkum. Kdybych se rozhodla pro tento druh studie, musela bych získat mnohem více

⁶ Výzkumná otázka 1, výzkumná otázka 2 – dále VO1, VO2

účastníků.

Na rozdíl od kvantitativní studie, je zde instrumentem výzkumu sám výzkumník (Hendl, 2005). Proto je velmi důležité, aby si byl každý výzkumník vědom toho, že ovlivňuje předmět zkoumání a i on sám je tímto předmětem ovlivňován (Miovský, 2006). Výsledné interview i fakta, která se mi informátoři rozhodli sdělit a která ne, ovlivnil tedy i způsob, jakým jsem na ně působila a jakým působili oni na mne.

2 Technika sběru dat

Ke sběru dat jsem zvolila verbální techniku dotazování, neboť ke zjištění názorů, pocitů a vzpomínek informátora je podle E-Úvodu do společenskovedních metod nejlepší volbou interview⁷. Dotazníkové šetření by mi totiž neumožnilo dostat se do hloubky problému a zjistit veškeré souvislosti.

Jsem si ale vědoma omezení, která se k této technice váží. E-Úvod do společenskovedních metod poukazuje na skutečnost, že prostřednictvím interview nemohu zjistit fakta, která mi informátor říct nechce nebo si je sám neuvědomuje. Své otázky také často směřuji do minulosti, proto jsou informace zkresleny i pamětí informátora (E-Úvod do společenskovedních metod).

Při interview s hazardními hráči se mi polovina z nich přiznala k problémům s patologickým lhaním, se kterými neustále bojují. Ačkoli uvedli, že se snaží mluvit pravdu, je možné, že nevědomě mohlo dojít k určitému zkreslení informací. Proto mohou být výsledky interview negativně ovlivněny pamětí hráčů, jejich úmyslným zatajením pravdy ale i nevědomým patologickým lhaním.

Po delší úvaze jsem zvolila polostrukturovaný typ interview, neboť jsem názoru, že pevně daný sled otázek ve strukturovaném interview by mi neumožnil vytvořit dostatečně neformální prostředí, ve kterém by se mohl informátor natolik uvolnit, aby byl ochoten se mnou mluvit o svém gamblerství. Navíc mi podle Hendla umožňuje přizpůsobit se informátorovi, pozměnit pořadí otázek podle potřeby, a popřípadě se zeptat i na jiné podstatné informace, které z konverzace vyloučnou. Informátor mi může navíc pomoci najít určité vztahy a souvislosti mezi událostmi, které bych mohla přehlédnout (Hendl, 2005).

Nebylo vždy nutné zahrnout do interview všechny otázky, které jsem měla připraveny (Barker, 1999). Někdy mi na ně totiž informátoři odpověděli, aniž bych je

⁷ Interview – podle Miovského jsem zvolila termín interview, abych tento druh výzkumné metody odlišila od klasického prostředku lidské komunikace, tedy od rozhovoru (Miovský, 2006).

položila.

Tento druh interview mi na rozdíl od nestrukturovaného umožňuje zachovat určitou strukturu ve všech provedených interview, a tím se v nich lépe orientovat (Miovský, 2006). Vzhledem k tomu, že jsem začátečník, je pro mne velkou výhodou, že mám stanoveny oblasti, o kterých bych chtěla mluvit, a tak snižuji možnost opomenutí některých důležitých faktorů.

Při vedení interview jsem pokládala nejprve obecné otázky, nejdůležitější otázky jsem umístila až do druhé části. To jsem učinila hlavně z toho důvodu, že zpočátku se informátor může cítit trochu nesvůj, a proto je lepší zjišťovat nejpodstatnější informace, až když se trochu uvolní (E-Úvod do společenskovedních metod).

Podle etických pravidel, které uvádí PhDr. Miovský, jsem každému potencionálnímu účastníkovi nejprve vyložila průběh výzkumu, k čemu budou informace sloužit a čeho se bude interview týkat. Pokud s účastí souhlasil, předem jsem ho upozornila, že interview je naprosto anonymní a že pokud nebude chtít odpovědět na některé otázky, stačí pouze naznačit. Každému jsem sdělila jeho právo na ukončení výzkumu, kdykoli bude chtít (Miovský, 2006). Zeptala jsem se, zda by informátorovi nevadilo, kdybych průběh interview nahrávala na diktafon. Tuto prosbu jsem však vyslovila až po prolomení počátečních bariér, abych snížila možnost odmítnutí (Barker, 1999). Všichni s nahráváním souhlasili.

Při interview jsem se zaměřovala nejprve na počátek hazardního hráčství. Zajímalo mne také, jak patologické hráčství ovlivnilo osobní a pracovní život každého jedince. Dále jsem se doptávala na průběh léčby a její přínos pro informátora, na abstinenci a hlavně na její porušení. Zajímalo mne denní režim před porušením abstinence, zda se objevovalo bažení, zda informátor neučinil nějaké zdánlivě nevýznamné rozhodnutí, jaké bylo jeho psychické a fyzické rozpoložení, jaké měl vztahy se svými blízkými a jak po porušení abstinence tuto situaci vnímal. Doslovné přepisy všech interview přikládám na CD.

Přehled otázek interview

1. ÚVOD

Jméno:⁸

Věk:

⁸ Při interview mi byla sdělena vždy pouze křestní jména informátorů, ta jsem však při analýze změnila. Jednala jsem tak hlavně z důvodů zachování anonymity a také kvůli lepší orientaci. Jména informátorů se totiž často opakovala.

Zaměstnání:

2. ZÁVISLOST A LÉČBA

Řekněte mi něco o Vaší závislosti.

Jak to ovlivnilo Váš osobní, sociální a pracovní život? (Jak to ovlivnilo Vaše vztahy v rodině, Vaši práci a vztahy s okolím?)

Léčil jste se se svou závislostí? Jak? Jak dlouho tato léčba trvala?

Jaké byly Vaše důvody pro nastoupení léčby?

Co bylo pro Vás v léčbě důležité, co bylo pro Vás přínosné?

3. PŘÍTOMNOST

Jak dlouho abstinujete?

Co Vám abstinence dala/dává a vzala/bere?

Když se dostanete do situace, kdy hrozí, že byste mohl porušit abstinenci, máte nějaký plán, jak z ní ven? Co Vám pomáhá?

4. PORUŠENÍ ABSTINENCE

ABSTINENCE PŘED PORUŠENÍM

Jak dlouho jste abstinoval, než jste porušil abstinenci?

Co Vás vedlo k rozhodnutí abstinovat?

OKOLNOSTI PORUŠENÍ ABSTINENCE

Jak Vaše porušení abstinence probíhalo? (Zda jste se dostal do rizikové situace?)

Byl jste pod vlivem nějaké látky?

Pamatujete si, jaký byl Váš denní režim, než došlo k porušení abstinence? Mohl byste mi ho popsat? (Byl jiný než obvykle? V čem? Co to pro Vás znamenalo?)

Jaký jste měl vztah s blízkými lidmi? (Byl jiný? V čem? Co to pro Vás znamenalo?)

Jak se Vám dařilo v práci?

Jakým jste se věnoval koníčkům?

Jak jste se v té době cítil po psychické a fyzické stránce?

Cítil jste nutkání si zahrát? (Jak často, intenzivně, dlouho)

Jak často jste navštěvoval lékaře či skupinku Anonymních hráčů?

Setkal jste se s (ne)příjemnou situací?

Pohádal jste se v té době s někým?

Před tím, než jste abstinenci porušil, udělal jste nějaké rozhodnutí, které by ohrožovalo Vaši abstinenci? Například vzal si s sebou ven větší obnos peněz?

Jak dlouho trvalo toto porušení abstinence?

PŘIPRAVENOST NA PORUŠENÍ ABSTINENCE

Stalo se Vám již dříve, že jste porušil abstinenci?

Byl jste připraven na to, že by tato situace mohla nastat, že byste se mohl dostat do rizikové situace a abstinenci porušit? (např. lékařem)

Věděli jste, co v takové situaci máte dělat?

REAKCE NA PORUŠENÍ ABSTINENCE

Jak jste Vy sám vnímal toto porušení abstinence?

Jak jste se pak zachoval?

Vyhledal jste pomoc?

Koho jste kontaktoval? (rodina, patron, lékař)

Byli ochotni Vám pomoc?

Svěřil jste se o svém porušení někomu?

Pokud ano, jak na něho reagovali Vaši blízcí, lékař, patron?

DŮSLEDKY PORUŠENÍ ABSTINENCE DO BUDOUCNA

Jak Vás tato zkušenost ovlivnila?

Víte již nyní, jak porušení předcházet? Pokud ano, jak?

3 Výběr vzorku: prostředí výzkumu

Jak uvádí Miovský, metodu výběru výzkumného vzorku, není možné určit předem. Na počátku jsem tedy zvolila iniciační způsob, jak získat vzorek – tedy kontaktovat skupiny Anonymních gamblerů. Vzhledem k tomu, že jsem si vybrala citlivé téma, zvolila jsem metodu samovýběru, jehož hlavní charakteristikou je podle Miovského projevení

zájmu potenciaálních účastníků podílet se na výzkumu (Miovský, 2006).

Abych se dobrala výzkumného cíle, musela jsem kontaktovat hazardní hráče. Pouhé návštěvy kasin a heren by mi však vzorek nezajistily, neboť bylo velmi důležité, aby si hráči své návykové chování uvědomovali. To bylo nezbytné z toho důvodu, že pokud by si gambler svůj problém ještě nepřiznal, nepokoušel se abstinovat, a tudíž nemohl podlehnout recidivě.

Oslovila jsem tedy skupiny Anonymních gamblerů. Tyto organizace jsem zvolila proto, že je zde koncentrováno více patologických hráčů na jednom místě. Bylo tedy snazší kontaktovat více osob najednou. Důležitá byla i skutečnost, že jsem měla možnost osobního setkání, a tak jsem se mohla zeptat přímo jednotlivých osob, zda se zúčastnit chtějí. Žádná jiná zařízení by mi také nemohla poskytnout údaje o abstinujících patologických hráčích.

Mým dalším důvodem pro oslovení této organizace je skutečnost, že na skupině Anonymních gamblerů jsou členové k sobě otevření, jsou zvyklí mluvit o svých zkušenostech, pocitech a problémech. Proto jim většinou nečinilo problém mluvit se mnou o své minulosti, o které hovoří každý týden na setkání. Vzhledem ke vstřícnosti členů skupiny Anonymních gamblerů se mi podařilo získat výzkumný vzorek.

Kontaktovala jsem skupiny Anonymních gamblerů v Praze, Brně a Liberci. Z Brna mi ihned přišel zamítavý e-mail, že podobných výzkumů se skupina neúčastní. V Praze a Liberci však byli zakladatelé AG ochotni se mnou interview uskutečnit.

Jako jednotku svého výzkumu jsem zvolila 8 informátorů. Pět z nich bylo členy AG v Praze, dva členy AG v Liberci a jeden nenavštěvoval žádnou skupinu Anonymních gamblerů. Jednotku spojuje jejich patologické hráčství, jinak je vzorek velmi heterogenní. Jednotliví informátoři se liší ve věku, délce hráčské kariéry, zaměstnání i délce současné abstinence.

Kritérium výběru vzorku bylo, aby informátoři byli patologickými hráči. Toto kritérium bylo splněno tím, že informátoři před vstupem na Anonymní gamblerky odpovídají na Gamblers Anonymous's Twenty Questions. Ačkoli se v České republice užívá k diagnostice patologického hráčství především kritéria MKN-10, před vstupem do skupiny Anonymních gamblerů zodpovídá každý potenciaální patologický hráč právě těchto dvacet otázek. Pokud odpoví na sedm a více kladně, jedná se zřejmě o patologického hráče. Tyto otázky uvádím v příloze.

Svůj první rozhovor jsem vedla s „moderátorem“ AG v Praze. Poté, co jsem mu položila své otázky, mi dovolil, abych zůstala na setkání Anonymních gamblerů, navzdory

tomu, že jsou uzavřená skupina. Zde jsem po ukončení setkání měla možnost oslovit zbývající členy a poprosit je o interview. Metodou samovýběru jsem získala další tři účastníky ze čtyř přítomných lidí.

Po této metodě jsem zvolila metodu výběru sněhové koule neboli „snowball sampling“. Ta spočívá v tom, že jsem se po rozhovoru zeptala účastníků, zda nevědí o další osobě, která by trpěla patologickým hraním (Barker, 1999). Díky této metodě se mi podařilo získat další členy.

Snažila jsem se zajistit, aby se informátor cítil co nejvíce uvolněně a příjemně. Z toho důvodu jsem nechala výběr prostředí pro vedení interview na každém účastníkovi. Rozhovory tedy probíhaly v kavárnách, čajovnách či v místech setkání AG v Praze a Liberci.

V Tab. 1 uvádím základní informace o informátorech, jako jsou věk; zaměstnání; délka hráčské kariéry; zda se u nich objevuje kromě patologického hráčství i jiná závislost; způsob léčby a doba abstinence od posledního lapsu či relapsu.

Informátor	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Hazardní kariéra	Zdvojená závislost	Léčba	Abstinence ⁹ (měsíce)
I1	muž	24 let	student	2 roky	ne	psychoterapie, AG Praha	5
I2	muž	28 let	zahradník	12 let	ne	AG Praha	2,5
I3	muž	33 let	masér	15 let	ne	ambulantní, AG Praha	2,5
I4	muž	33 let	bez práce	17 let	alkohol	poradna pro závislosti, AA, AG Liberec, Advaita	6
I5	muž	33 let	nezisková organizace	2,5 roku	ne	žádná	36
I6	muž	40 let	v továrně	8 let	alkohol	léčebna Bohnice, AA, AG Liberec, Advaita	24
I7	muž	43 let	v gastronomii	21 let	ne	léčebna Bohnice, AG Praha	16
I8	muž	49 let	reklamní agentura	30 let	alkohol	léčebna Bohnice, AG Praha	5

Tab. 1: Přehled základních informací o informátorech

Informátor 1 – Jan

Jan začal ve svých dvaadvaceti letech hrát ruletu. Nejprve sázel menší částky,

⁹ Doba abstinence uvádím od posledního porušení abstinence (tedy lapsu či relapsu) až po současnost (tedy doba, kdy proběhlo interview).

později se sázky navyšovaly. Již třikrát se snažil s hazardní hrou přestat, avšak dvakrát zrelapsoval. Nyní navštěvuje skupinu AG v Praze a dochází na psychoterapii.

V současnosti abstinuje pět měsíců.

Informátor 2 – Michal

Michal se s hazardním hraním setkal již ve svých šestnácti letech. Věnoval se všem formám hazardu od rulety, přes automaty, karty, sázky na dostihy či výherní losy. Dával však přednost hrám, které se daly ovlivnit. Michal odjel na rok do Kanady sázet stromy. Rok tedy neměl možnost hazardně hrát, avšak při první příležitosti se k hazardu vrátil. Toto období nepovažuje za abstinenci, neboť to byla pouhá nedostupnost hazardu. Po návratu z Kanady začal navštěvovat skupinu AG v Praze. Nyní abstinuje dva a půl měsíce.

Informátor 3 – Marek

Marek začal hazardně hrát ve svých osmnácti letech. Věnoval se vždy hlavně automatům, ruletu hrál málokdy. Marek se snažil abstinovat od hazardu mnohokrát, určitou dobu i ambulantně docházel do léčebny v Bohnicích. Přesto však několikrát podlehl relapsu. Nyní pravidelně navštěvuje skupinu AG v Praze a abstinuje dva a půl měsíce.

Informátor 4 – Martin

Martin se s hazardem poprvé setkal v šestnácti letech, kdy zkusil své štěstí na automatu. Postupně se však stal závislým nejen na hazardní hře, ale i na alkoholu. Svůj problém se snažil řešit. Kvůli gamblerství začal chodit do poradny pro závislosti. Zde mu však doporučovali abstinenci i od alkoholu, z čehož zpočátku nebyl nadšený. Martin se začal účastnit setkání pro Anonymní hráče v Advaitě, dále i AA a AG v Liberci. Po téměř roční abstinenci prodělal jednorázový laps. Nyní abstinuje šest měsíců.

Informátor 5 – Milan

Milan začal hrát ve svých sedmadvaceti či osmadvaceti letech ruletu. Nikdy by ho nenapadlo, že by se mohl stát závislým. Prvotní pokusy o abstinenci byly velmi neúspěšné, po smrti matky byl však přesvědčen, že už se k hazardnímu hraní nikdy nevrátí. Po sedmi měsících následovalo jednorázové selhání, když se svými přáteli oslavoval výhru v hokeji. Milan se se svou závislostí nikdy neléčil, věnuje se však problematice patologického hráčství, v němž spatřuje určitou formu samoléčby. Nyní abstinuje šestatřicet měsíců.

Informátor 6 – Daniel

Daniel zkoušel hazardně hrát již na vysoké škole, více se však začal hraní věnovat až po rozvodu se svou první ženou, tedy ve třiceti letech. Jeho hlavním problémem byl

však vždy alkohol, gamblerství se přidalo až později. Jakmile se Danielova druhá žena dozvěděla o jeho gamblerství, pokoušel se s hazardem přestat. Začal navštěvovat Advaitu, avšak po několika měsících zrecidivoval. Následovala léčba v Bohnicích, kde strávil měsíc. Po návratu začal opět pít a později i hazardně hrát. Své další léčbě se rozhodl více věnovat, podstoupil léčbu v Bohnicích, následně v Červeném Dvoře. Nyní navštěvuje skupinu AA a AG v Liberci, Advaitu a dvakrát ročně tráví týden v léčebně Červený Dvůr. Nyní abstinuje 24 měsíců jak od alkoholu, tak od hazardní hry.

Informátor 7 – Roman

Roman začal hazardně hrát v jednadvaceti letech. Vždy se věnoval hlavně herním přístrojům, nikdy nepodlehł sázkám ani ruletě. Když se odhodlal k léčbě, zažádal o přijetí do léčebny v Bohnicích. Zde strávil tři měsíce a poté abstinoval sedm let. Po těchto sedmi letech však podlehl relapsu, který trval třináct let. Roman se rozhodl svůj problém s hazardem řešit a nastoupil opět do léčebny v Bohnicích. Nyní abstinuje 16 měsíců a pravidelně dochází na setkání AG v Praze.

Informátor 8 – David

David se začal hazardnímu hraní věnovat v osmnácti letech. Nikdy neměl vyhraněnou oblast, které by se věnoval, hrál cokoli. Celý život se mu dařilo svou závislost pozastavit a opět vydělat peníze. Davidovým problémem nebylo jenom gamblerství, ale i alkohol. Když nevěděl, kudy kam, pokusil se o sebevraždu. Přítelkyně ho však našla včas a David později nastoupil na léčení v Bohnicích, kde strávil tři měsíce. Po propuštění docházel na AA a AG v Bohnicích, nyní však navštěvuje už jen AG v Praze. Po půl roce abstinence podlehl jednorázovému lapsu, který však nepovažuje za recidivu. V současnosti abstinuje pět měsíců.

4 Analýza dat

Nejprve jsem provedla data management¹⁰, kdy jsem musela zafixovat a zpracovat data. Současně jsem realizovala další interview i pracovala na analýze dat. Tento proces se podle Miovského odehrává ve formě hermeneutické spirály, ve které zároveň probíhá jak získávání dat, jejich redukce, tak i vytváření závěrů (Miovský, 2006).

K fixaci dat jsem si vybrala audiozáznam, abych zachytila přesnou výpověď

¹⁰ Data management jsou dílčí kroky, které pomáhají upravit data a spojují tak získávání dat s analýzou (Miovský 2006).

informátora a celkový průběh interview. Tento způsob fixace mi umožnil se naplno věnovat informátorovi a eliminovat chyby z mé strany ohledně obsahu interview.

Pro následnou analýzu je velmi důležité převést audiozáznam do textové podoby, tento proces se nazývá transkripce (Hendl, 2005). Vzhledem ke svým malým zkušenostem s výzkumy, jsem se rozhodla pro doslovnou transkripci, kdy jsem převedla do písemné podoby celý mluvený záznam (E-Úvod do společenskovedního výzkumu). Tento způsob jsem se rozhodla využít, abych při analýze textu nepřehlédla žádné podstatné skutečnosti, které bych mohla při použití shrnujícího protokolu¹¹ opomenout.

Po přepisu audiozáznamu do textové podoby, jsem uskutečnila opětovný poslech minimálně s týdenním časovým odstupem a zkontrolovala tak přesnost transkribovaného textu.

Po dokončení transkripce, nastává poslední fáze data managementu – systematizace dat. Nejprve jsem provedla redukci prvního řádu, kdy jsem odstranila z textu všechna přeréknutí, opakující se slova a nedokončené věty bez významu (Miovský, 2006).

Po této redukci dat jsem přešla k segmentaci textu, kdy jsem ho rozdělila na určité tematické celky. Pak jsem pokračovala metodou otevřeného kódování. V této fázi jsem přiřazovala jednotlivým úsekům transkribovaného textu označení neboli kódy. Zvolila jsem kódy popisné (deskriptivní) a ty mi umožnily se lépe v textu orientovat (E-Úvod do společenskovedního výzkumu). Metodou otevřeného kódování jsem získala několik kategorií:

- vztah k závislosti
- motivace k hazardnímu hraní na počátku herní kariéry
 - bohatství
 - stres
 - náchyllost k hazardnímu hraní
- důvody porušení abstinence
 - řešení finančních problémů spojených s hráčskou kariérou
 - emoční rozpoložení
 - získání hotovosti
 - další důvody

¹¹ Shrnující protokol – způsob transkripce textu, při kterém se nepřepisuje celý text, nýbrž se provádí pouhé shrnutí (Hendl, 2005).

4.1 Vztah k závislosti

Tuto kategorii považuji za nejdůležitější v celé léčbě, neboť k dosažení trvalé abstinence je nutné, aby si závislý jedinec uvědomoval svůj problém s hazardním hraním a zodpovědně se mu postavil čelem. Pokud na něho okolí vyvíjí nátlak, aby se začal léčit, avšak on si stále nepřipouští, že by mu hazardní hra mohla jakýmkoli způsobem ublížit, nemůže být abstinence nikdy trvalá. Takovým příkladem je i I3 Marek, který se kvůli matce rozhodl k léčbě, a proto navštívil MUDr. Nešpora. „...já jsem se už předtím léčil, ale vlastně to jsem bral tak hala bala, že se nic nestane, prostě prachy vždycky budou a nějak mi to jakoby neublíží, takže já jsem tam jednou byl, dvakrát nebyl... Měl jsem s ním¹² osobní rozhovor, jsem mu řekl, samozřejmě jsem mu zatajil, kolik dlužím, řekl jsem daleko míň, abych vypadal líp. Takže on říkal, jako že jich je tam stejně hodně. Já bych ani nechtěl na tu léčebnu. Tehdy jsem nechtěl.“ (Informátor 3 – Marek) Pokud si jedinec stále nepřipouští, že je patologickým hráčem a že by se měl hazardu vyhýbat, zvyšuje se tak riziko, že se k hazardní hře vrátí. Tento postoj ovlivňuje i hráčův přístup k léčbě, k doktorům a tedy i k abstinenci. Svůj problém zapírá nejen sobě, ale i před lékaři, kteří by mu měli poskytnout pomoc. Jakmile patologický hráč není ochoten spolupracovat, je léčba předem odsouzena k zániku.

Problém nastává i ve chvíli, kdy se patologický hráč rozhodne k léčbě, avšak ta není intenzivní a braná vážně. Pokud několikrát navštíví Anonymní gamblery, podstoupí několik sezení ambulantní léčby či se chvíli léčí v léčebně, může získat pocit, že je již jeho problém vyřešen. V takovou chvíli si totiž často připadá bezpečně. Je přesvědčen, že už je vyléčený a že se ho recidiva netýká, neboť se léčí. Léčba ho tak paradoxně zbavuje obezřetnosti a respektu ke své závislosti. „Ale tak když to bylo poprvý ta recidiva, tak jsem si říkal, že mě se to týkat nemůže, že prostě chodím na léčení a že to je normální, že to zvládnou levou zadní.“ (Informátor 3 – Marek) „...tam jsem byl měsíc teda, zase jsem vyšel ven, jako oni mně říkali, buďte tady dýl, ale já jsem prostě říkal ne, v práci mám měsíc domluvenej. A to jsem si myslel, že jsem prostě už všechno vyřešil a že už se mě to vlastně netýká no. ...a už jsem se strašně těšil ven a jsem si fakt říkal, jo tak jste mě to naučili, teďka měsíc abstinuju a já už to zvládnou sám.“ (Informátor 6 – Daniel)

Myšlenka patologických hráčů, že při léčbě či po ní člověk nemůže podlehnout lapsu či relapsu, je bohužel mylná. Podle analýzy interview zlapsovalo či zrelapsovalo pět

¹² s MUDr. Nešporem

informátorů ze sedmi¹³ poté, co se léčili. Jejich jistota, že se jich laps či relaps netýká, vyplývá nejen z léčby, ale např. i z délky abstinence. Čím déle jedinec abstínuje, tím více se zvyšuje šance, že se již k hazardnímu hraní nevrátí. Jak se ale říká, výjimky potvrzují pravidlo. I4 Martin abstinovat rok od hazardního hraní a alkoholu. Poté však následovalo jednorázové uklouznutí. „*Já zrecnul po roce, kdy bych to už měl podle nějakých teorií být celkem bezpečný, jako bezpečnej termín, že když už člověk vydrží rok, tak už se ta šance mnohonásobně zvyšuje, že člověk to vydrží už dlouhodobě a do konce života. No a mně se to přesto stalo.*“ (Informátor 4 – Martin) Není tedy pravidlem, že po určitém období abstinence má již patologický hráč jistotu, že se k hazardnímu hraní už nevrátí.

Při setkání Anonymních gamblersů se často rozebírají zkušenosti jednotlivých anonymních hráčů a připomínají si zde i ty nejhorší okamžiky spojené s hazardní hrou. Pokud si abstinující hazardní hráč připomíná tyto chvíle, dostává se mu negativní motivace, která ho podporuje v udržení abstinence. Jakmile se však jedinec rozhodne abstinovat bez vnější pomoci či po léčbě ukončí veškeré návštěvy léčebných organizací a zařízení, přestává obnovovat tuto negativní motivaci k abstinenci. To může mít za následek, že po nějaké době zapomene na veškeré problémy, které se s hazardním hraním vázaly, a jedinec se může navrátit k závislému chování. Když se I1 Jan rozhodl abstinovat, neoslovil žádného odborníka, ale pokusil se se svou závislostí vypořádat sám. „*Já si pamatuju, že jsem fakt chtěl skončit, když jsem s tím začal, ale ono se to za ty dva měsíce, to byly jako dělal jsem školu a jednak jsem byl třeba na dětském táboře, takže bylo tam co dělat. Měl jsem režim, bylo léto, bylo to takový příjemný, ale ony se ty vzpomínky na ten šílený průser, kdy prostě to bylo neskutečný, tak ony ty vzpomínky vlastně vybledly.*“ (Informátor 1 – Jan) Podobným případem byl I7 Roman, který abstinovat sedm let, avšak nedocházel na žádné doléčovací skupiny či terapie. „*Takže jsem technicky nehrál. Po nějaký době mně hraní nepřipadalo jako tak špatný. A po sedmi letech, když jsem zrecidivoval, tak jsem vlastně zjistil, že jsem se na to celejch sedm let těšil.*“ (Informátor 7 – Roman)

Připomínat si stále svou závislost formou AG tedy může patologickým hráčům pomoci, aby nezapomněli na své negativní zážitky, které se s hazardním hraním pojily, a na zálučnost hazardní hry. Pravidelným vybavováním těchto vzpomínek tak zabraňují tomu, aby na závislost zapomněli. „...*když ten člověk o tom mluví, tak se v tom člověk strašně vidí. Prostě ano, ano, tohle, tohle úplně přesně, mluvíš mi z duše a prostě, když*

¹³ ti, kteří se léčili (ambulantně, ústavně či docházeli na AG)

cítíte prostě ty negativní zážitky toho druhýho, tak si strašně vzpomenete, co jsem prožíval já, a hned si řeknete, tak k tomuhle bych se fakt vrátit nechtěl.“ (Informátor 1 – Jan)

Vztah patologického hráče k závislosti neovlivňuje jedince pouze na začátku léčby. Je velmi důležitým faktorem i po celou léčbu a následnou abstinenci. Pokud si hazardní hráč uvědomí, že je závislý a rozhodne se svůj problém řešit, udělal první krok k trvalé abstinenci. Další ho však čeká při léčbě, kterou by neměl podceňovat, ale měl by k ní přistupovat zodpovědně. Pokud se opravdu vyléčit chce a přijme pomoc od lékařů, terapeutů či členů AG, učinil druhý krok. Nyní si však abstinenci musí udržet. Negativní motivace, kdy si připomíná zoufalství, které při hazardní hře často prožíval, je velmi dobrým prostředkem, aby jeho vzpomínky na problémy s hazardní hrou nevybledly a aby se nenechal ukolébat, že už není gamblerem.

4.2 Motivace k hazardnímu hraní na počátku herní kariéry

V této kategorii uvádím, jakou motivaci měli patologičtí hráči k hazardní hře na počátku své hráčské kariéry. Analýza textu nám ukazuje, že informátoři měli počátek hazardní hry často spojený s vidinou bohatství a snadného přivýdělku. Jakmile zjistili, že vyhrát lze, opakovaně zkoušeli své štěstí nejprve za nižší částky, později je navyšovali. Někteří spatřovali v hazardní hře pouze možnost přilepšit si, jiní byli přisvědčení, že je hazardní hra uživí či jim zajistí nezměrné bohatství. Polovina informátorů uvedla, že jejich počátky souviseli hlavně s finančním přilepšením či zlepšením sociální prestiže.

„M: Já jsem měl totiž vždycky takovou představu, že se tím budu živit, víš?

J: Jo, jako hraním.

M: Přesně, že jako takový ty sny, že člověk bude důležitěj, že to bude fungovat. Měl jsem kamaráda matematika a on víceméně vymyslel takovej systém na ruletu, kterej de facto jakoby funguje. ... Já jsem zkoušel různé věci se jakoby do toho dostat a naučit se různé věci a přehrát je. Já jsem byl vlastně i v kasinu, a tak jsme se naučil vlastně hrát z té druhý strany, okoukat ten BlackJack třeba pořádně, jako jak to funguje, jak tu kombinaci karet nejčastější.“ (Informátor 2 – Michal) *„Jakoby hodně jsem měl ty moje počátky gamblerský spojený s tím, že budu bohatěj a prostě úchvatnej.*“ (Informátor 7 – Roman)

Dalším faktorem, který může nastartovat závislé chování, je stres. Hazardní hraní poskytuje jedinci možnost zapomenout na problémy a ponořit se pouze do hry. Jakmile si hráč zvykne, že mu hazard pomáhá utlumit stresové situace a na chvíli zapomenout na

problémy, zvyšuje se riziko, že se při další stresové situaci opět navrátí k hazardní hře. I1 Jan se začal hazardu více věnovat, když psal bakalářskou práci. Byl to pro něho termínovaný úkol, který ho velmi stresoval. Místo toho, aby na své práci pracoval, chodil raději do kasina hrát ruletu. Stejně tak i I6 Daniel začal s hazardním hraním po rozvodu s první manželkou. „*Potom spíš po rozvodu prvním, to vlastně mi bylo já nevím, třicet pět nebo kolik, já nevím, asi třicet. Tak jakoby z těch problémů, který jsem měl s tím rozvodem, a ty stesy a volnej čas taky a rozchody byly, tak to prostě dolehlo. Jednou mě ta exmanželka nějak naštvála, tak jsem šel do herny, a já jsem tomu moc nerozuměl a nechal jsem tam asi desítku. Už jsem z toho byl takovej hotovej a takhle to nějak začalo.*“

(Informátor 6 – Daniel)

Herní kariéru nemusí vždy spustit jen vidina bohatství a stres, ale i samotné vlastnosti člověka mohou způsobit, že je náchylnější podlehnout hazardní hře. Takovým příkladem je hravost, soutěživost a záliba v riskování. I1 Jan se sám přiznal, že velmi rád riskuje, i když k tomu nemá žádný zvláštní důvod. Již na škole hrál online hry, ve kterých porušoval a obcházel pravidla tak, aby zvítězil. Velmi se bavil tím, že má před tvůrci hry navrch, a tento pocit zažíval i při hazardním hraní. I8 David vnímá hlavní původ závislosti ve své hravosti a soutěživosti. Určitou dobu se věnoval vrcholovému sportu, avšak kvůli úrazu s ním musel přestat. „*Prostě my jsme dost maximalisti a ono ne každému se to povede, ale třeba jsem hrál vrcholovej sport, hrál jsem hokej, nějak to skončilo kvůli velkému úrazu, a tak podobně, a teď najednou co. Sportovci, jak jsou soutěživí, spousta jich do toho spadne právě po tý svý kariéře nebo i při tý kariéře.*“ (Informátor 8 – David)

4.3 Důvody porušení abstinence

Po interview se na mne I4 Martin obrátil s dotazem, co přesně se snažím ve výzkumu zjistit. Když jsem mu odpověděla na otázku, usmál se a řekl, že gambleři se vrací k hazardnímu hraní kvůli stejným důvodům, kvůli kterým začali hrát. Analýzou jsem však zjistila, že tato domněnka není vždy pravdivá. Během hráčské kariéry se patologičtí hráči dostávají často do velkých dluhů. Tím se liší jejich situace od situace počáteční, kdy sice chtěli hrát kvůli bohatství, avšak měli finance a nepocíťovali žádný tlak ze strany věřitelů. V této části se budu zabývat příčinami, které vedly patologické hráče k porušení abstinence a návratu k závislému chování.

4.3.1 Řešení finančních problémů spojených s hráčskou

kariérou

Jakmile se patologický hráč rozhodne pro abstinenci, vyvstanou před ním další problémy, které nyní musí začít řešit. Jedním z nich je splacení dluhů a vyřešení finančních problémů. Pokud na něj působí tlaky věřitelů či nedisponuje žádnými penězi, může se opět objevit touha vyřešit rychle tento problém za pomoci hazardní hry a získat tak potřebné peníze. Když se v této chvíli zaměří pouze na okamžiky, kdy vyhrával, a ignoruje zkušenosti s prohrou, roste riziko, že svou abstinenci poruší. I5 Milan abstinoval sedm měsíců. V jednu chvíli však nestíhal splácet účty tak, jak by měl, a proto tlak věřitelů rostl. „... že jsem prostě nestíhal třeba některý věci platit tak, jak jsem chtěl, a na základě toho jsem vlastně to nevydržel, protože prostě že jsem se nedočkal třeba peněz, který už měly přijít, a teď tady byl ten tlak a ten vydržíš hodinu, dvě, pět, ale nevydržíš ho prostě dlouho. A zvoní ti desetkrát telefon, kdy po tobě chtěj peníze a volá ti CETELEM a Komerčka a všichni a ty neděláš nic jinýho, než že bereš telefony lidem, který jsou na tebe zlí. ... Máš patnáct tisíc a potřebuješ třicet šest. Máš třicet a potřebuješ sedmdesát nebo devadesát. A ono jako hráč víš, že to jde. Kolikrát se ti to stalo, když jsi to nepotřeboval.“ (Informátor 5 – Milan)

I7 Roman se snažil co nejdříve splatit dluhy, pracoval proto až šestnáct hodin denně. Časem se však dostavila únava i bažení. Roman pocítil touhu vyřešit své finanční problémy a východisko spatřoval v hazardní hře. I8 David podlehl jednorázovému lapsu, když si vsadil Sportku. Bylo to v období, kdy se cítil v práci nedoceněný, a tak se objevila touha získat peníze jiným způsobem. „... a tak jsem se sám sebe ptal: Proč chceš vyhrát Sportku? Protože chceš vyhrát peníze. Chceš mít najednou peníze, chceš je mít rychle. ... Ale říkám, celý to je, ani to nebylo o tom hrát, nebo blikání nebo něco, byla to touha po penězích.“ (Informátor 8 – David)

I1 Jan si vzpomíná, jak při abstinenci od hazardní hry neměl peníze. Byl naštvaný, že je nemá, když je potřebuje, a tak se rozhodl, že je půjde vyhrát. Ačkoli je to právě hazardní hra, která způsobila dluhy hráčů, často se k ní patologičtí hráči obracejí jako ke zdroji financí. Neuvědomují si v tu chvíli, že právě hazard je dostal do situace, kdy musejí řešit splátky a nedostatek peněz. Vidí pouze možnost výhry, která je opět láká do kasin a heren.

4.3.2 Emoční rozpoložení

Dalším důležitým faktorem, který motivuje patologické hráče k návratu k hazardnímu hraní, je emoční rozpoložení. Jakmile se člověk cítí smutný, našťvaný, zklamaný či nemá nic, z čeho by se radoval, může se pokoušet tyto pocity ventilovat prostřednictvím hazardní hry a pokusit se tak zapomenout na své problémy. I1 Jan byl našťvaný, že své hazardní hraní neukončil výhrou a že ho herna připravila o jeho peníze. Proto se rozhodl, že je získá zpět. I3 Marek měl své recidivy spojené často s konfliktem či s rozchodem s partnerkou. Deprese, které často následovaly, se proto snažil utlumit hazardním hraním. I4 Martin měl prodělat operaci, která však musela být kvůli nemoci odložena. Martin se cítil velice zklamaný, že operace neproběhla. Při hazardním hraní podle něho člověk cítí určitou úlevu, a tak tento emoční stav ventiloval jednorázovým porušením abstinence. I6 Daniel se po své první léčbě vrátil zpět ke své ženě. Očekával od ní podporu, avšak ta se nedostavila. Daniel si vzpomíná, že se všechno začalo velmi rychle vracet do starých kolejí a on neviděl jiný způsob, jak řešit problémy, než způsoby, které měl zažité – tedy alkoholem a pak i hazardním hraním. *„Nebyl jsem schopnej si víceméně prosadit svoje věci, a tak to bylo i po tý první léčbě, takže to byl strašnej stereotyp, práce, doma, na nic jsem se netěšil, jak už jsem říkal, to je potom život, věřím tomu, že to je prostě cesta k tý recidivě. Když se nic nezmění a když člověk třeba nemá radost, takže víceméně zákonitě ten tlak ve mně určitě narůstal, já jsem si začal odpouštět jakoby tu páru tím alkoholem, ale tam byla otázka času, kdy to rupne.“* (Informátor 6 – Daniel)

Emoční rozpoložení tedy často ovlivňuje patologického hráče tak, že poruší svou abstinenci. Hazardní hraní totiž poskytuje útěk od problémů a ventilaci negativních emocí. Jakmile se jedinec necítí dobře po psychické stránce, měl by požádat o pomoc lékaře, psychoterapeuta, člena svépomocných organizací či se o své pocity podělit s blízkými lidmi.

4.3.3 Získání hotovosti

Pro patologického hráče je vyšší hotovost stejným lákadlem ke hře jako pro alkoholika láhev rumu. Jakmile získá do ruky větší obnos peněz, dostavuje se často bažení, kterému se velmi těžko odolává. Polovina informátorů uvedla, že před relapsem obdržela větší hotovost (od 5000,- do 20 000,- Kč). Kritickou situací bylo pro I1 Jana zanést dvacet tisíc do banky. Zřejmě vlivem zdánlivě nevýznamného rozhodnutí šel odevzdat tuto částku právě do pobočky banky, která byla v blízkosti jeho oblíbené herny. Ačkoli se mu podařilo včas sázky zarazit a obnos do banky odevzdat, porušil abstinenci, což mělo za následek

další a další návštěvy herny. I2 Michal se vrátil po roce k hazardnímu hraní, když získal peníze za odvedenou práci a ocitl se ve městě, kde bylo kasino. I3 Marek si vzpomíná, že často porušil abstinenci právě ve chvíli, kdy získal peníze za masáže. I6 Daniel byl pevně rozhodnutý abstinovat. Jakmile však v práci získal odměnu 5000,- Kč, navzdory všem slibům sobě i své ženě neodolal bažení a zrelapsoval.

Pro abstinující patologické hráče je tedy velmi důležité, aby se alespoň zpočátku vyhýbali větší hotovosti. Ačkoli se jim může jednou povést odolat pokušení použít tento obnos na hazardní hru, příště mohou být v jiném emočním rozpoložení, které by je mohlo dovést až k lapsu či relapsu.

4.4.4 Další důvody

Mezi další doprovodné důvody k hazardnímu hraní patří bažení, sociální tlak a vliv alkoholu. Čtyři informátoři uvedli, že před lapsem či relapsem se u nich objevovala touha si zahrát. Ostatní byli názoru, že toto bažení necítí. Důvod, proč se bažení u nich zrovna neobjevilo či neobjevuje, spatřoval I5 Milan ve skutečnosti, že ho hazardní hra nikdy nebavila. *„No tak já jsem víceméně to nenáviděl, tak možná až na první, tak za celou dobu svého hráčství, jakoby není to tak, že někdo má tu vášeň a dlouho si ji neuvědomuje a jako hrozně ho to baví. Mě to jako nebavilo, což je možná moje velká revize, já jsem tam chodil trpět za svoji blbost a jako to bylo hodně absurdní, takže v podstatě já jsem byl hrozně rád, když jsem se toho jakoby zbavil a když už jsem se jako přiznal.“* (Informátor 5 – Milan) I5 Milan byl názoru, že pokud člověka hazardní hra sama o sobě nebaví, necítí bažení se k ní opět vrátit. I2 Michal pracoval před svým návratem k hazardnímu hráčství v lese, asi 500 km od nejbližšího města. Vzhledem k tomu, že se zde nesetkával s žádnými spouštěči, s bažením zde nebojoval. I4 Martin abstinovat už rok a pravidelně chodil na doléčovací skupiny. Když podlehl jednorázovému lapsu, byl z toho velmi překvapený, neboť nepocíťoval žádné bažení. Myslel si, že dodržuje vše, co by měl, avšak stejně podlehl lapsu. I8 David uvedl, že před vsazením Sportky necítil bažení a že tento jednorázový laps nepovažuje za recidivu. Toto uklouznutí podle Davida nebylo zapříčiněno touhou si zahrát, strávit u toho automatu nějaký čas, ale spíše touhou po penězích.

Z analýzy rozhovorů vychází, že bažení se nemusí nutně objevit před každým lapsem či relapsem. Je však důležité si uvědomit, že bažení nemusí být vždy vědomý proces. Informátoři jsou často přesvědčeni, že bažení je pouze touha si znovu zahrát. Je však otázkou, zda i touha získat peníze či chuť vyhrát není svým způsobem bažení. V tom

případě by se bažení objevilo v šesti lasech či relapsech informátorů.

Abstinujícího patologického hráče může negativně ovlivnit i sociální tlak. Pokud jedinec není spokojený v jakémkoli směru, může být sociální tlak posledním faktorem, který ho dovede až k porušení abstinence. Když I5 Milan podlehl lapsu, byl zrovna s kamarádem, který také abstinovat od hazardního hraní. Zřejmě na sebe špatně zapůsobili a podleli lapsu oba. I8 David se nechal zlákat k hazardu svým spolupracovníkem, který měl také problémy s gamblerstvím.

Sociální tlak však nebyl přímým původcem uklouznutí, spíše jen podpořil jedince v hraní. Kdyby byli hráči spokojeni, kdyby nebyli pod tlakem věřitelů či se necítili nedocenení v práci, zřejmě by se se sociálním tlakem lépe vyrovnávali. Sociální tlak uvedli pouze dva patologičtí hráči.

Tři informátoři, se kterými jsem vedla interview, mají zdvojenou závislost. Abstinují nejen od hazardního hraní, ale i od alkoholu. Dva z nich jsou názoru, že je pro ně velmi důležité se nenapít, neboť alkohol mají s hazardem přímo spojený. I6 Daniel vidí hlavní problém svých relapsů v porušení abstinence v alkoholu. *„Ale jako zásadní podle mě je to, že jsem jako začal pít ten alkohol. Protože potom je to ta vůle, nějaký to sebeovládání, ty debilní myšlenky najednou se tam začínou rojit strašně rychle a ty předsevzetí všechno jako taky padlo strašně rychle.“* (Informátor 6 – Daniel) Ačkoli I4 Martin je také závislý na alkoholu, když porušil abstinenci, byl střízlivý. Bylo to v době, kdy bral před operací léky, a tak se alkoholu raději vyhnul. *„To je moje specialitka, že prostě já dokážu hrát i střízlivej, což ne každěj umí. Čímž se teda ničím nechlubím (smích).“* (Informátor 4 – Martin) Při lapsu I5 Milana hrál alkohol velkou roli. Milan oslavoval vítězství v mistrovství světa se svými přáteli. Ten večer vypil hodně alkoholu a druhý den zjistil, že přes noc prohrál veškeré úspory na platby. Ačkoli není na alkoholu závislý, byl alkohol jedním z hlavních faktorů, které ho dovedly až k lapsu. *„J: Nemyslíš, že kdyby ses nenapil, že by to...“*

M: Myslím, že určitě ne, že by mě to ani nenapadlo. Mě to evidentně napadlo třeba v jednu v noci, kdy jsem o sobě nevěděl, když jsme oslavovali mistrovství světa, že jsme vyhráli.“ (Informátor 5 – Milan)

Jakmile je jedinec závislý kromě hazardní hry i na jiné látce, je nezbytné, aby abstinovat v obou případech. Alkohol či jiná návyková látka totiž snižuje sebeovládání jedince a jeho rozhodnutí k abstinenci se začne často rozplývat. Abstinenci v alkoholu by však měli dodržovat všichni patologičtí hráči, neboť na příkladu I5 Milana je zřejmé, že

jedinec nemusí mít alkohol s hazardním hraním přímo spojený, aby pod jeho vlivem zrelapsoval.

IV. Diskuze

Výzkumem se mi podařilo zjistit, co vnímali patologičtí hráči jako stěžejní při porušení abstinence. Pokud hráč propadl hazardnímu hraní, je pro následnou abstinenci nezbytné, aby si svou závislost uvědomil a zodpovědně přistupoval i k léčbě. Když se však rozhodne navštívit léčebné zařízení pouze kvůli tlaku okolí, avšak ne z osobního přesvědčení o své závislosti, udržení abstinence může být velmi obtížné. Je tedy důležité nejen připustit si, že má jedinec problém s hazardním hraním, avšak také přijmout pomoc od odborníků a nechat si poradit. Patologičtí hráči by tedy měli dodržovat dobu léčby, která je při ústavní léčbě stanovena na dva měsíce. Dále by se měli alespoň zpočátku abstinence vyhýbat rizikovému prostředí (herny, kasina apod.), rizikovým osobám (přátelé, kteří hazardně hrají), větší hotovosti i alkoholu. Tato doporučení, která jsou uvedena ve všech svépomocných příručkách, však dodržují pouze dva informátoři z osmi. Ostatní často uváděli, že již bažení necítí, a proto se nemusejí stranit rizikových míst a osob a mohou u sebe nosit hotovost. Tato skutečnost může být na jedné straně známkou zlepšení jejich problému s hazardem, avšak skrývá v sobě i nebezpečí opětovného podcenění závislosti a návratu k hazardnímu hraní.

Jakmile se patologický hráč rozhodne k abstinenci, musí nyní začít řešit i své finanční problémy, které se s hazardem často pojí. Kontaktovat věřitele, vytvořit splátkový kalendář, najít si práci. Všechny tyto úkoly jsou pro patologické hráče velkou zátěží, která je může dovést k touze vyřešit finanční situaci okamžitou výhrou. V tento kritický okamžik by měl proto jedinec mít oporu, která mu pomůže tento stres zvládnout a uvědomit si, že hazard jeho problémy nevyřeší, ale naopak je jejich tvůrcem.

Kuda uvádí, že 100% patologických hráčů při porušení abstinence zažívá bažení (Kuda In Kalina, 2003). Podle analýzy interview však bažení uvedla pouze polovina informátorů. Ostatní byli přesvědčeni, že před porušením abstinence necítí chuť si zahrát. Otázkou však zůstává, zda i touha po penězích, snaha vyřešit problémy či se zbavit negativních emocí nejsou určitou formou bažení.

Porušení abstinence pomohlo patologickým hráčům, aby si uvědomili závažnost situace, přiznali si, že mohou podlehnout lapsu či relapsu i v období, kdy už abstínují několik let. Osvojili si určité strategie či filosofie, které jim pomáhají přestát krizové

situace. Ačkoli by se porušení abstinence mohlo zdát jako krok zpět, je to výzva k zintenzivnění léčby a také šance vyrovnat se příště s rizikovou situací lepším způsobem. Tento závěr je v souladu s názory Marlatta a Gordonové (1999) i MUDr. Nešpora (2006a).

Výzkum má však i své nedostatky. Jedním z nich je výběr vzorku, který zahrnuje pouze muže. Ženy by mohly mít na celou situaci jiný náhled. Další zkreslení mohou plynout ze samotného vědomí informátorů. I kdyby se informátoři snažili říkat pravdu a i kdyby si průběh daného porušení abstinence velmi dobře pamatovali, stále je však interview ovlivněno jejich subjektivním pohledem na celou situaci. Velmi tedy záleželo na tom, co jim připadalo důležité a na co se oni zaměřili. Při interview občas docházelo k rozporuplným výpovědím. Na jedné straně informátor uvedl, že již necítí bažení a že si myslí, že jeho abstinence bude již trvalá, na druhé straně však byl názoru, že abstinování od hazardu je příčinou jeho nedostatku peněz i nechtěné pokory. Tyto kognitivní chyby v myšlení, kdy se jedinec zaměřuje pouze na výhry a ignoruje i statistické prohry, jsou při udržování abstinence velmi nebezpečné. Pokud si je jedinec neuvědomí, mohou ho tyto myšlenky opět přesvědčit, že je hazard výnosná činnost.

V souvislosti s tímto výzkumem vyvstává řada otázek, jejichž zodpovězení by mohlo vést k trvalejší abstinenci patologických hráčů. Jedním z nich je otázka, jak přesvědčit patologické hráče, aby neodcházeli předčasně z léčebných zařízení a nepřerušovali kontakt s odborníky dříve, než jsou připraveni čelit své závislosti sami. Bylo by tedy dobré zjistit, z jakých důvodů opouští patologičtí hráči příliš brzy léčbu. Další otázkou je, jak snížit tlak věřitelů na rozumnou úroveň, aby nebyli abstinující hráči pod neustálým stresem. Jedna z nejdůležitějších otázek se podle mě týká úrovně primární prevence v oblasti patologického hráčství. Bylo by velmi přínosné zjistit, zda je dostačující, a pokud není, měla by se provést okamžitá náprava. Primární prevencí by se totiž mohl snížit počet potencionálních patologických hráčů.

V. Závěr

Problém patologického hráčství není výplodem moderní doby, ale byl znám již v polovině devatenáctého století, když Fjodor Michajlovič Dostojevskij napsal dílo *Hráč* (Prunner, 2008). U nás se jako samostatná závislost začal objevovat až po roce 1989, kdy se začal více rozvíjet hazardní průmysl a rozšiřovat se okruh závislých jedinců. V roce 2010 bylo hospitalizováno 536 osob s diagnózou F63.0 v psychiatrických léčebnách a na lůžkových odděleních psychiatrických zařízení. Dalších 1456 pacientů se v téže roce léčilo ambulantně (ÚZIS ČR, 2011). Téměř dva tisíce léčených patologických hráčů představuje pouhý zlomek závislých jedinců v České republice. S rostoucím problémem s hazardním hraním roste i potřeba reagovat na vzniklou situaci. Proto vznikají organizace typu *Občané proti hazardu* či *Mapy hazardu*, které se snaží na problém s hazardem nejen upozornit, ale hlavně ho začít řešit.

Uvědomit si svou závislost je vždy obtížné. Ačkoli člověk slyší o alkoholících či gamblerech, nějak má stále v podvědomí, že právě jemu se to stát nemůže. Kvůli této jistotě se však hráčská kariéra prodlužuje a oddaluje se tak možnost léčby. Patologičtí hráči mohou být však i odhodláni se své závislosti postavit a udržet si abstinenci. Bohužel pouhé odhodlání a zvládnání bažení nestačí. Pokud se během své hráčské kariéry domnívali, že abstinencí se jejich problémy vyřeší, mýlili se. Jakmile se rozhodnou abstinovat, potýkají se s tlakem věřitelů, konflikty s blízkými lidmi, jejichž důvěra bývá často narušena, s touhou vyřešit všechny problémy co nejdříve či s rizikovými situacemi. Tyto faktory je nabádají k tomu, aby vyřešili svou finanční situaci výhrou či aby při hazardu zapomněli na dosavadní problémy. Proto se tak často stává, že patologičtí hráči nezvládnou odolat tomuto pokušení a podlehnou lapsu či v horším případě relapsu.

Patologické hráčství je velmi nebezpečná forma závislosti, neboť si lidé neuvědomují, že gamblérem se může stát prakticky každý. Je tedy nutné, aby v České republice vycházelo více odborných knih a článků zabývajících se tímto závislým chováním, aby si lidé riziko hazardního hraní konečně přiznali. Doufám, že i má bakalářská práce přispěje k většímu povědomí o tomto problému.

VI. Seznam literatury

- BARKER, Gary. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Vyd. 1. Boskovice: Sdružení Podané ruce: Albert, 1999. s. 60. ISBN 80-85834-78-2
- FROUZOVÁ, Magdalena. Gambleři a gambling s. 267 – 271. In KALINA, Kamil a kol.. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 319. ISBN 80-86734-05-6
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. s. 797. ISBN 978-80-7367-686-5
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. s. 407. ISBN 80-7367-040-2
- KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0
- KUDA, Aleš. Relaps a prevence relapsu. s. 117 – 124. In KALINA, Kamil a kol.. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 319. ISBN 80-86734-05-6
- Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Vyd. 2. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. s. 779.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 332. ISBN 80-247-1362-4
- NEŠPOR, Karel. *Hazardní hra jako nemoc: jak problémy rozpoznávat, jak je zvládat, jak jim předcházet*. Vyd. 1. Ostrava: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1994. s. 146.
- NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. s. 157. ISBN 80-7178-515-6
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2007. s. 176. ISBN 978-80-7367-267-6

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat hazard – prevence, krátká intervence a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. s. 159. ISBN 978-80-262-0009-3

PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblersství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. s. 273. ISBN 978-80-7380-074-1

STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. s. 196. ISBN 80-85834-60-X

WANIGARATNE, Shamil; WALLACE, Wendy; PULLIN, Jane; KEANEY, Francis; FARMER, Roger. *Prevence relapsu pro závislá chování: manuál terapeuta*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze: Sdružení SCAN, 2008. s. 176. ISBN 978-80-254-3357-7

Internetové zdroje:

ARNTZEN, Erik a STENSVOLD, Jorn. Treatment of compulsive gambling. *Analysis of Gambling Behavior* [online]. 2007, č. 1, s. 50-58. Dostupné z: <http://analysisofgamblingbehavior.org/page4/assets/AOGB%20Summer%202007.pdf> [staženo 29. 3. 2012]

BLASZCZYNSKI, A., McCONAGHY, N. a FRANKOVA, A. A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addiction* [online]. 1991, s. 1485-1489. Dostupné z: <http://www.austgamingcouncil.org.au/images/pdf/eLibrary/19379.pdf> [staženo 11. 3. 2013]

LARIMER, Mary E., PALMER, Rebekka S. a MARLATT, Alan G. Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol research & Health* [online]. 1999, roč. 23, č. 2, s. 151-160. Dostupné z: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf> [staženo 25. 3. 2012]

MCKAY, James R. Negative Mood, Craving, and Alcohol Relapse: Can Treatment Interrupt the Process?. *Current Psychiatry Reports* [online]. 2011, vol. 13, issue 6, s. 431-433. DOI: 10.1007/s11920-011-0225-z. Dostupné z:

<http://link.springer.com/10.1007/s11920-011-0225-z>

[staženo 4. 4. 2012]

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Krátká intervence u patologického hráčství*. 2005

Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/02/13nespor.pdf>

[staženo 10. 1. 2013]

NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag, 2006a

Dostupné z: www.drnespor.eu/Upd.doc

[staženo 12. 4. 2013 v 9:00]

NEŠPOR, Karel. *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. Praha: Sportpropag, 2006b

Dostupné z: www.drnespor.eu/typrog2.doc

[staženo 24. 4. 2013 v 11:40]

NEŠPOR, Karel. *Bažení (craving): kombinovaná obrana je nejefektivnější*.

Dostupné z: www.drnespor.eu/Kombin6.doc

[staženo 12. 4. 2013 v 9:00]

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav; PROKEŠ, Bořivoj; MATANELLI, Otto;

MRÁČKOVÁ, Eva. Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *České pracovní lékařství*, 2003, č. 3, s. 140-143.

Dostupné z: www.drnespor.eu/ndetext3.doc

[staženo 10. 1. 2013]

OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM o.s. *Patologické hráčství*. Vsetín: 23. srpna 2011

Dostupné z: www.valasskemezirici.cz/doc/35496/element/273445/download

[staženo 12. 4. 2013]

SYLVAIN, Caroline, Robert LADOUCEUR a Jean-Marie BOISVERT. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 1997, roč. 65, č. 5, s. 727-732. Dostupné z:

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1997-05068-019>

[staženo 4. 4. 2012]

GEORGE, Sanju a MURALI, Vijaya. Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment* [online]. 2005-11-01, vol. 11, issue 6, s.

450-456. DOI: 10.1192/apt.11.6.450. Dostupné z:
<http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.11.6.450>
[staženo 17. 3. 2013]

ŠERÝ, Omar. Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, č. 4, s. 161-164.
Dostupné z: www.solen.sk/pdf/Sery.pdf
[staženo 24. 4. 2013]

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY.
*Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových
zařízeních ČR v letech 2004 – 2010*. Aktuální informace č. 63/2011. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2004-2010>
[staženo 4. 4. 2013]

WITKIEWITZ, Katie a MARLATT, Alan G. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist* [online]. 2004, vol. 59, issue 4, s. 224-235. DOI: 10.1037/0003-066X.59.4.224. Dostupné z:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.59.4.224>
[staženo 4. 4. 2012]

ZAHRADNÍK, Petr. Patologické hráčství: psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii. *Psychiatrie pro praxi*[online]. 2005, roč. 6, č. 2, s. 87-90. Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1753
[staženo 24. 4. 2013]

Jsem gambler?. *Anonymní gambleři Česko* [online]. Dostupné z:
<http://anonymnigambleri.cz/jsem-gambler/>
[staženo 14. 6. 2013]

O nás. *Advaita, o.s.: prevence a léčba návykových poruch* [online]. Dostupné z:
<http://advaitaliberec.cz/advaita-o-s>
[staženo 10. 5.2013]

E-ÚVOD DO SPOLEČENSKOVĚDNÍCH METOD

VII. Přílohy

Gamblers Anonymous's Twenty Questions

- „1. Ztratil(a) jste někdy čas určený k práci nebo studiu kvůli hazardní hře?*
- 2. Učinil hazard Váš život doma nešťastným?*
- 3. Poškodil hazard Vaši pověst?*
- 4. Cítil(a) jste po hazardu výčitky svědomí?*
- 5. Hrál(a) jste někdy hazardní hru proto, abyste získal(a) peníze, jimiž by jste zaplatil(a) dluhy nebo vyřešil(a) finanční problémy?*
- 6. Zmenšilo hazardní hraní Vaši ctižádost a výkonnost?*
- 7. Když jste prohrál(a), měl jste pocit, že se musíte k hazardní hře co nejdříve vrátit a vyhrát zpět, co jste prohrál(a)?*
- 8. Když jste vyhrál(a), měl(a) jste silnou touhu se k hazardu vrátit a vyhrát ještě víc?*
- 9. Hrál(a) jste hazardní hru často tak dlouho, dokud jste neprohrál(a) poslední peníze?*
- 10. Půjčil(a) jste si někdy peníze, abyste financoval(a) hazard?*
- 11. Prodal(a) jste někdy něco, abyste financoval(a) hazard?*
- 12. Nechtělo se Vám používat peníze z hazardu pro normální účely?*
- 13. Způsobil hazard to, že jste se nestaral(a) o prospěch rodiny?*
- 14. Hrál(a) jste někdy hazardní hru déle, než jste měl(a) původně v úmyslu?*
- 15. Hrál(a) jste hazardní hru někdy, abyste unikl(a) starostem a trápením?*
- 16. Spáchal(a) jste někdy, nebo jste někdy uvažoval(a) o spáchání nezákonného činu, abyste financoval(a) hazard?*
- 17. Působil Vám hazard potíže se spaním?*
- 18. Vedly hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že ve Vás vznikala touha hrát hazardní hru?*
- 19. Když se na Vás „usmálo štěstí“, cítil(a) jste touhu to oslavit pár hodinami hazardu?*
- 20. Uvažoval(a) jste někdy o sebezničení kvůli hazardu?“*

(Jsem gambler? *Anonymní gambleři Česko* [online]. Dostupné z:
<http://anonymnigambleri.cz/jsem-gambler/>)