

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDÍ

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Kateřina Palečková

Gamblerství

Mapování interpersonálního chování u patologických hráčů

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.

Praha 2014

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

V Praze dne

.....

podpis

Za podnětné rady a připomínky při tvorbě mé bakalářské práce bych ráda poděkovala  
PhDr. Markétě Habermannové, Ph.D.

## OBSAH PRÁCE

TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. Úvod .....	7
2. Terminologie.....	8
3. Vznik patologického hráčství.....	13
4. Průběh a fáze patologického hráčství .....	14
4.1. Spouštěče .....	15
4.2. Recidiva .....	16
4.3. Craving.....	16
5. Rizika hazardu.....	17
5.1. Rizika hazardu pro dospívající a mládež.....	17
5.2. Rizika hazardu pro zaměstnavatele.....	17
5.3. Rizika pro rodinu.....	18
5.4. Zdravotní rizika pro hráče.....	18
6. Léčba.....	18
6.1. Stadia uzdravování .....	19
7. Statistiky patologického hráčství.....	20
8. Anonymní hráči .....	22
9. Prevence hazardu .....	22
10. Osobnost patologického hráče.....	24
11. Teoretické zakotvení interpersonální diagnózy, „Learyho teorie“ .....	25
11.1. Autokratická osobnost .....	28
11.2. Egocentrická osobnost .....	29
11.3. Agresivní osobnost .....	30
11.4. Podezřívavá osobnost .....	30
11.5. Ponižená osobnost .....	31
11.6. Hyperprotektivní osobnost.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
13. Cíle výzkumu.....	36
14. Výzkumné otázky.....	36
15. Výběr vzorku, prostředí výzkumu, popis zkoumaného vzorku.....	37
16. Použité metody .....	38

16.1. Dotazník na patologické hráčství organizace „Gamblers Anonymous“ .....	39
16.2. Interpersonální dotazník ICL.....	39
17. Popis získaných dat a interpretace výsledků.....	40
18. Shrnutí výsledků a diskuze .....	51
18.1. Shrnutí výsledků výzkumu .....	51
18.2. Diskuze nad metodologickými otázkami výzkumu.....	52
19. Závěr .....	55
20. Seznam použité literatury .....	57
20.1. Knižní zdroje .....	57
20.2. Internetové zdroje.....	57
21. Přílohy.....	58

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Úvod

Rozhodla jsem se sepsat bakalářskou práci o fenoménu, který podle mne tvoří pro dnešní a budoucí generaci velkou hrozbu, před kterou je populace nedostatečně varována. Společnost na problém patologického hráčství a na jeho následky pohlíží nezúčastněně až do doby, kdy se tento jev začne týkat konkrétně jich samotných nebo jejich okolí. Díky školství, vzdělávacím programům a též i některým krokům politiků, je společnost lépe varována pouze např. před drogovou závislostí. Drogy jsou veřejně prezentovány jako věc negativní a škodící. Naopak loterie, sázky a hazard jsou obecně propagovány jako „cesta ke štěstí a splněným snům“. Svítící bannery heren lákají na ulicích kolemjdoucí svými jackpoty, ale důrazné varování veřejnosti dnešní společnost postrádá. Také výzkum škodlivého hráčství zaostává o několik desetiletí za výzkumem ostatních závislostí. Další výzkum by mohl pomoci k lepšímu povědomí společnosti o tomto problému, prevenci gamblerství a novým krokům v léčbě patologického hráčství.

Ačkoliv jsou hazardní hry jednou z nejstarších činností lidstva, představují pro dnešní společnost škodlivé dopady a účinky. Hlavním cílem mé práce je přinést nový a hlubší vhled do života patologického hráče spojením poznatků z reálného života patologických hráčů a informací z odborné literatury, který bude pro mnohé doufám i přínosným varováním před touto poruchou. Druhým cílem, na který jsem se zaměřila v praktické části, je zmapovat interpersonální chování patologického hráče, jelikož každé závislostní chování zákonitě narušuje rovnováhu ve struktuře a dynamice osobnosti. Proto je často závislost spojována s poruchami osobnosti a maladaptivním chováním. Má práce je zaměřena na patologické hráče ve věku 23 až 35 let. Tato vrstva společnosti je dnes gamblerstvím ohrožena nejvíce. Mladí lidé jsou obecně náchylnější k závislostem a hazard pro ně představuje rychlou cestu ke „zbohatnutí“.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> NEŠPOR KAREL MUDr.:Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 16

Významnou osobností dnešní doby v otázce léčby a prevence patologického hráčství je MUDr. Karel Nešpor CSc. Vede primariát mužského oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice a podílí se na dalším vzdělávání zdravotníků v tomto oboru. Už téměř 30 let se zabývá prevencí a léčbou návykových nemocí. Jeho knihy „Jak překonat hazard“ , „Návykové chování a závislosti“ a „Už jsem prohrál dost“ se mi staly velmi cennými zdroji. Doktor Nešpor své knihy o gamblerství píše velmi srozumitelně, jako praktické příručky pro hráče a jejich příbuzné. Ve své léčbě klade důraz na to, aby sami hráči porozuměli závislosti a jejím příznakům a pochopili její průběh.

## 2. Terminologie

Hra a herní aktivity provázejí člověka po celý život. Od nejúžšího věku se člověk pomocí her učí činnostem a zařazuje se do společenského kolektivu. Hazardní hry jsou ale příkladem toho, že ne vždy hry obohacují život jedince a jeho okolí.

Patologické hráčství se řadí mezi tzv. sociální deviace. Sociální deviace a sociálně patologické jevy představují projev a formy lidského chování, které jsou jiné a zvláštní, případně pro jedince a společnost nebezpečné. Gamblerství společně s alkoholismem, prostitucí a drogovou závislostí patří v současné době mezi hojně diskutované sociální deviace, jež se interpretují v kontextech všedního dne.<sup>2</sup> Patologické hráčství bývá také označováno jako škodlivé hráčství, nutkové hráčství nebo nezodpovědné hráčství. Rozdíly mezi těmito pojmy jsou věcí míry závažnosti a četnosti hazardních her. Patologické hráčství je výrazem krajně extrémní formy škodlivého hráčství.<sup>3</sup>

Hlavní termín, který odpovídá anglickému pojmu „gambling“ je slovo hazard. Pro hazard je typické, že si hráč kupuje možnost nebo iluzi výhry. Mezi hazard patří hazardní automaty, ruleta, sportovní sázky, karetní hazard nebo hra v kostky. Žádný výčet hazardních her nemůže být úplný, protože se objevují nové a nové formy hazardních her. Nejčastější formou patologického hraní je závislost na hazardních automatech, které se převážně moje práce týká. Materiální hodnoty a zvláště peníze

---

<sup>2</sup> URBAN Lukáš, DUBSKÝ Josef. Sociální deviace. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008

<sup>3</sup>The Ontario Problem Gambling Research Centre. Koncepční rámec škodlivého hráčství. Úřad vlády ČR, 2013, str. 9



mají pro hazard významnou úlohu. Vše je součástí tzv. „bludného kruhu“.<sup>4</sup> Vidina výhry vyvolává pocit vzrušení a také adrenalin. Do tohoto kruhu zapadají finanční problémy, dluhy a tlak ze stran věřitelů, před kterými hráč uniká k dalšímu hazardu, a tak problémy dále narůstají. Peníze také po dlouhou dobu fungují jako spouštěč, tedy podnět k dalšímu hraní. Na hazardu je nejnebezpečnější výhra, ať skutečná nebo ta, o které člověk sní. Patologičtí hráči často popisují, že jim problémy začaly vznikat krátce po nějaké výhře. Je to právě výhra, jež vyvolává bažení, čili silnou touhou po hazardní hře.<sup>5</sup>

Druhým bludným kruhem se pro patologické hráče může stát také spojení hazardu s alkoholem nebo drogami. Obecně alkohol snižuje zábrany a může tak pro patologického hráče znamenat ještě horší důsledky hraní. V poslední době se objevuje kombinace patologického hráčství a závislosti na pervitinu. Pervitin je droga, která ještě více než alkohol podněcuje k neopatrnému a ukvapenému jednání a pronikavě ohrožuje duševní zdraví. Hrozbou pro patologické hráče je pak právě situace, kdy se ocitli úplně na dně, bez přátel, financí a pomoci a právě alkohol a drogy jim při hledání východiska z této situace nepomohou, spíše naopak.

Patologické hráčství se v Mezinárodní klasifikaci nemocí řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“ tedy ne, mezi závislosti.

#### **Znaky patologického hráčství podle Světové zdravotnické organizace (MKN-10):**

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

---

<sup>4</sup>NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, str.12

<sup>5</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 10

Návykové a impulzivní poruchy byly donedávna relativně opomíjenou skupinou sociálně patologických jevů. V poslední době lze zaznamenat v médiích a literatuře zvýšenou pozornost, jelikož tyto poruchy úzce souvisejí s činnostmi člověka, které jsou považovány za běžné, normální, přičemž někdy se jedná o činnost sociálně prospěšnou a žádoucí, jež může nabýt abnormality a mít charakter patologické podoby. Návykové a impulzivní poruchy jsou poruchami schopnosti jedince vzdorovat impulzivním činům nebo chování, které poškozuje samotného jedince nebo jeho okolí. Jde o činy předem neplánované a nepromyšlené a v jejichž průběhu má nad nimi jedinec jen malou nebo žádnou kontrolu. Tyto poruchy mohou mít rovněž za následek ilegální nebo i kriminální jednání.

Mimo patologické hráčství mezi tyto poruchy patří také patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie) a trochotillomanie (vyškubávání vlasů).<sup>6</sup> Obecně se jedná o dlouhodobé, osobnostně hluboce zakotvené poruchy chování, pro něž je charakteristická neschopnost odolat impulzu nebo pokušení, i přes škodlivost jednání, narůstající napětí před provedením činu a pocitem vzrušení nebo uvolnění během činu.

Jako screeningový nástroj patologického hráčství se velmi často používá dotazník o dvou otázkách:

Cítil jste někdy potřebu vyhrávat více a více peněz?

Musel jste někdy lidem, kteří jsou pro vás důležití, kvůli hazardní hře lhát?

Dvě kladné odpovědi na tyto otázky znamenají pravděpodobně patologické hráčství.<sup>7</sup>

### **Znaky patologického hazardního hráčství podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV):**

1. Zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).

---

<sup>6</sup> FISCHER J., ŠKODA J. Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, str.127

<sup>7</sup> NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007, str.27

2. Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.
5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese).
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
8. Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
9. Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře<sup>8</sup>.

Patologické hráčství, ačkoliv to není závislost v pravém slova smyslu, má se závislostmi mnoho společných rysů, viz tabulka níže:

<b>Patologické hráčství</b>	<b>Závislost na návykových látkách</b>
Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolnostmi, které tuto činnost doprovázejí.	Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku.
Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.	Silná touha nebo pocit puzení užívat látku. Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.

<sup>8</sup>NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007, str.28

Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.	Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. <sup>9</sup>
--	---

Hazard a místa, kde se provozuje, se staly pro dnešní společnost běžnou součástí měst. Herny a nonstop podniky byly dříve obrazem studu a nebezpečných či „špinavých“ míst. Proto se tato místa netěšila tak hojně návštěvnosti jako dnes. Dnešní kasina a herny v obchodních centrech nabízejí moderní a luxusní prostředí i pro ty, kteří se z nějakého důvodu do „zapadlých heren“ styděli vstoupit. Doktor Nešpor ve své knize „Už jsem prohrál dost“ vysvětluje, že místa, kde se provozuje hazard se nazývají brlohy. Brložník je člověk, který se soustavně zdržuje v brložích. A brložitel je majitel brlohu, tedy člověk, který vydělává na tom, že jiným působí problémy.<sup>10</sup> V minulosti bylo patologické hráčství považováno za morální poklesek, kterému podléhali především slabí jedinci. Tvrđilo se, že tito jedinci nemají dostatečnou morální sílu odolat hazardním nástrahám. Postupem času se na hraní začalo pohlížet jako na závažnou psychologickou poruchu osobnosti.<sup>11</sup>

Hraní hazardních her se vždy nemusí rozvinout v patologické hráčství. Hraní hazardních her pro účely rekreace a zábavy v nízkorizikových nebo kontrolovaných situacích se označuje jako neškodlivé hráčství. Neškodlivé hráčství udržuje nebo zlepšuje stav pohody hazardního hráče nebo na něj má malý či žádný dopad. Je velice důležité chápat, že pojem neškodlivé hráčství nevyjadřuje to, že by hraní hazardních her podporovalo osobní růst nebo zdraví. Důležitým faktem je, že patologický hráč nebo i abstinent hazardu, se již nemůže dostat do fáze neškodlivého hráčství. Jeho impulzivní porucha mu stav zodpovědného hraní s mírou ve většině případů zničí a podpoří závislost na hazardu. Abstinující patologický hráč by se k hazardu neměl vracet vůbec, jelikož jeho reakce na výhru a prohru jsou velmi impulzivní a nelze s nimi hru ovládnout.

<sup>9</sup> NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007, str.28

<sup>10</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 7

<sup>11</sup> PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, str. 27

### 3. Vznik patologického hráčství

Spektrum životních situací, které člověka přivedou k závislosti, je opravdu široké a náchylnost každého člověka k těmto problémům se liší případ od případu. Nelze vyjmenovat všechny situace, které ke gamblerství vedou. Určitě lze ale zmínit ty nejčastější. Patologické hráčství začíná často velmi nenápadně. Podle mého anonymního respondenta je dnešní život honbou za penězi. Tvrdý život a náročná práce může někoho donutit přistoupit na lákavou nepravdivou nabídku hracích automatů mít „rychle více“ a „jednoduše“. Od hry je očekáváno bohatství. Hazardní hra také velmi často funguje jako způsob odreagování a únik před realitou či jinými problémy. Takto nejčastěji jsou do gamblerství vtaženi mladí lidé. Závislost na alkoholu a návykových látkách často také vede ke gamblerství a to i naopak. Nesprávná motivace může korelovat s tím, co je od hazardní hry očekáváno. Některá typická očekávání od hazardní hry se velmi liší od typické skutečnosti, viz tabulka.

Očekávání od hazardní hry	Typická skutečnost	Očekávání od hazardní hry	Typická skutečnost
Bohatství	Nouze a dluhy	Zmírnění nervozity a úzkosti	Prohloubení těchto stavů a dalších problémů
Mírnění smutku a depresí	Prohloubení depresí	Touha po štěstí a příjemných pocitech	Roste míra utrpení a depresí
Společenská	Samota, vzdalování se sociálnímu životu	Odreagování	Chudý a únavný životní styl
Zvědavost, únik před nudou	Jednotvárný život točící se kolem hazardní hry	Únik před problémy	Prohloubení problémů <sup>12</sup>

<sup>12</sup> URBAN Lukáš, DUBSKÝ Josef. Sociální deviace. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, str. 128

#### 4. Průběh a fáze patologického hráčství

Jakkoliv gamblerství, jako závislost, přesněji porucha, začne, má velmi často podobný průběh. Pokud mluvíme o fázi, kdy člověk do herny chodí za zábavou s optimismem, mluvíme o fázi první, fázi výher. V této etapě je hraní občasné a nezpůsobuje jedinci větší problémy. Ze zábavy se obratem stává potřeba vyhrát nějaké „peníze navíc“ a hru provází snění o velké výhře. Opakované hraní automatů začíná po malých částkách, velmi často je podpořeno náhodnou výhrou větší finanční částky, která hráče inspiruje a hráč je přesvědčen, že takto může vyhrávat dál. Při nastavení výherních automatů, je to ale pouze „návnada“ pro hraní. Herny a hazard tu nejsou proto, aby návštěvníkům vydělávaly, ale aby zbohatli jejich majitelé a dokonce i stát. Každým dnem se zvyšuje obnos prohraných peněz, zvyšuje se sázka za otočku či na číslo a tím rychleji „utíkají“ peníze. Jestliže hráč začínal hrát ve společnosti, přechází postupně k osamělé hře.

Gambleři se na začátku svého hraní velmi často setkávají s pocitem štěstí a hrají v klidu a s radostí. Toto štěstí ale střídá i období proher. Pokud již ale nastala situace, kdy gambler prohrává částku, jež je pro něj neúnosná, nastává čas stresu, kdy se velice snaží a chce vyhrát, ale právě štěstí nepřichází. Funguje zde pocit, že čím více chce, tím méně to jde. Tyto skutečnosti jsou příznakem druhé fáze, fáze prohrávání. Tato fáze už značí chorobné hráčství. Postižený s hrou nedokáže přestat, i když mu přináší finanční potíže. Velmi často se zaobírá myšlenkami na hru, které se střídají s pokusy o regulaci hry. V této fázi je typické, že hráč gamblerství tají před svým okolím. Pokud je člověk zaměstnaný nebo má rodinu či partnera, začíná hledat další čas, který by strávil hraním automatů a chová se k druhým bezohledně. Pocity viny jsou zátěží pro hráče a jsou tak vytěšňovány pomocí obranných mechanismů jako je racionalizace.<sup>13</sup> Na hráči je velmi často poznat podrážděnost, únava a zanedbává i svůj vzhled. Čas strávený v hernách se zvyšuje přímou úměrou prohraných peněz. Nastává doba, kdy se člověk snaží vyhrát své peníze zpátky a velice často hledá nové zdroje financí v bankách či lichvářských institucích. Brzy se díky bance i nebankovním půjčkám dostane k velkému množství

---

<sup>13</sup> FISCHER J., ŠKODA J. Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, str.129

peněz v ten nejhorší čas. Počáteční fáze, kdy hraní bylo za malé částky, již vystřídal čas, kdy dotyčný zjistí, že při vyšších sázkách lze rychleji vyhrát více peněz. Pokud si peníze půjčí, má pocit, že disponuje velkým množstvím peněz, a že lze velmi snadno tento obnos ještě navýšit. Již v tuto dobu často dluží svým známým či přátelům, od kterých si již „něco“ na hraní půjčil. Případně tato fáze hledání finanční pomoci u známých začíná po vyčerpání bankovních možností. Pro některé hráče, kteří nepracují a nemají možnost získat finance bankovní cestou, vzniká hrozba využití k získání peněz zástavy či prodeje majetku nebo také kriminální činností. Gambler stále věří, že vyhraje závratnou částku, pak půjčky splatí a bude mít další finance.

Po průběhu těchto fází se hráč ocitá ve fázi třetí, ta je pro gamblera tou nejzlomovější. Jedná se o fázi zoufalství. Jeho život je plný lží o získaných nebo ztracených penězích a o trávení jeho volného času. Hráč se odcizil rodině i přátelům, často přichází i konflikty v důsledku obstarávání si dalších financí. Nad všemi myšlenkami často převládne jedna hlavní, a to, jak získat další a další peníze. V tuto chvíli přichází i moment, kdy ze zoufalství má dotyčný potřebu někomu svůj problém sdělit a s hraním přestat. Pokud se to nezdaří, hledá dál drastičtější řešení, nachází se dennodenně ve stresu a opomíjí všechny své blízké a zanedbává i své zdraví. V této fázi se také mohou objevit myšlenky na sebevraždu nebo i pokusy o ni či únik k jiným návykovým látkám.<sup>14</sup>

#### **4.1. Spouštěče**

Peníze fungují jako tzv. spouštěč, tedy podnět, který vyvolává bažení anebo zhoršuje sebeovládání ve vztahu k hazardu. Pro některé patologické hráče může být takovým spouštěčem i alkohol a jiné návykové látky. Pro patologické hráče jsou to právě peníze. Pro abstinující hráče se doporučuje nemít při sobě kreditní či debetní karty a větší finanční hotovost. Doporučuje se přiznat si částku, která pro hráče znamená kritickou ke hraní a nenosit u sebe více jak polovinu této částky. Spouštěče jsou společně s bažením velmi silnou zbraní, jež může strhnout i velmi dobře motivovaného abstinujícího hráče. V rámci léčby je přínosné, aby patologický hráč byl se spouštěči a principy bažení<sup>15</sup> seznámen a byl je schopen racionálně vyhodnotit. Jako spouštěč

---

<sup>14</sup> URBAN Lukáš, DUBSKÝ Josef. Sociální deviace. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, str. 129

<sup>15</sup> Kapitola 4.3. Craving

může působit vedle peněz i spoustu dalších faktorů, např. příliš volného času, nuda nebo i hádky či stres.

#### **4.2. Recidiva**

Recidiva znamená porušení abstinence. K recidivě, znovu propadnutí hazardní hře, dochází u léčených patologických hráčů poměrně často. První porušení abstinence vede k dalším recidivám a velmi často také vede k znovu propadnutí hazardu. Recidiva se může objevit jednou, ale také několikrát a zavést hráče zpět a hlouběji do onoho bludného kruhu. Je velmi důležité, aby byl hráč s recidivou seznámený, s tím, jak fungují spouštěče a bažení. Recidivu lze pokládat za selhání i užitečnou skutečnost k tomu, že je nutné v léčbě pokračovat a dále se snažit. K recidivě velmi často dochází v prvních fázích uzdravování, kdy abstinent je již schopný přemýšlet racionálně, ale může být sveden cravingem<sup>16</sup>. V této situaci je nutné recidivu co nejrychleji zastavit a vyhledat odbornou pomoc, zintenzivnit léčbu a vyvodit z této zkušenosti pozitivum do budoucnosti.

U patologických hráčů i závislých na návykových látkách se vyskytuje i tzv. suchá recidiva. Jedná se o sny, kdy se abstinujícímu člověku zdá, v případě patologického hráče, že hraje hazard, navzdory tomu, že musí abstinovat. Abstinent se vzbudí následně zpocený, vystrašený, že něco zkazil a s pocitem viny. Suchá recidiva je opakem reálné recidivy. Abstinent se jí nemusí bát, naopak je znakem, že hráč vstřebal do podvědomí myšlenku, že nemá porušit abstinenci.

#### **4.3. Craving**

Bažení neboli craving může přepadnout i toho člověka, který je již pevně rozhodnutý abstinovat. Je nezbytné, aby abstinent rozpoznal tuto situaci, kdy bude sváděn k hazardu. Nesmí dopustit recidivu s myšlenkou, že pro jednou se nic nestane nebo s předsvědčením, že si už může zahrát, když se domnívá, že již není závislý. Neměl by vzpomínat na situace spojené s hazardem, výhry nebo prohry z minulosti. Myšlenky cravingu jsou velmi záluďné, člověka nenapadne: „Pojď si zahrát, ať se dostaneš do

---

<sup>16</sup> Bažení (po hazardní hře), kapitola 4.3.



kriminálu.“ Nýbrž: „Jenom se tam podíváš, a hned zase půjdeš domů“. Je velmi důležité, aby abstinents takové myšlenky rozpoznal a striktně odmítal. Pro tuto situaci je často vhodné vžít se do situace nezaujatého pozorovatele, kriticky hodnotit tyto myšlenky a nereagovat na ně. Pro mnohé je vhodné u sebe nosit jakýsi talisman nebo věc, která abstinentsovi připomíná to, proč už nehraje a představuje pro něho moudrost a rozvážnost. Ve chvílích bažení je vhodné připomínat si i výhody abstinence a nevýhody hazardu, posilovat tak motivaci.<sup>17</sup>

## **5. Rizika hazardu**

### **5.1. Rizika hazardu pro dospívající a mládež**

Podle doktora Nešpora se patologické hráčství v mladším věku rozvíjí rychleji než v pozdějších letech. Mládež je obecně náchylnější k závislostem a lépe ovlivnitelná. Na druhou stranu je mládí silně ovlivněno rodiči a příbuznými, kteří mají tu možnost závislost u mladých objevit a řešit. U lidí v produktivním věku, jež propadnou závislosti, je omezená možnost pomoci, např. pokud nemají životního partnera, tak zde neexistuje „vyšší moc“, jako rodiče, která by člověka inspirovala.<sup>18</sup>

### **5.2. Rizika hazardu pro zaměstnavatele**

Patologický hráč, který pracuje, je velmi často unavený, jelikož žije v soustavném stresu, tráví hodně času v nečistém prostředí a cítí nechuť k práci. Je nesoustředěný a často dělá v práci chyby. Pro zaměstnavatele je tento člověk výrazně méně produktivní než ostatní zaměstnanci. Hráčství také pro člověka výrazně mění vztahy na pracovišti. Z přátelského kolektivu se člověk vyděluje, drží se stranou kolektivu, jelikož o svých problémech s nikým nemůže mluvit a nemá náladu zapojovat se do diskuzí. Zpočátku se tyto své nálady a pocity snaží maskovat a přetvářovat se, ale časem i přetvářka mizí a na člověku je poznat, že se s ním děje něco špatného. Velkou část pracovní doby patologický hráč tráví přemýšlením nad tím, kde sežene peníze, nesoustředí se na práci, případně soustavně hledá např. na internetu záchranná finanční řešení. S těmito

---

<sup>17</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 28

<sup>18</sup> NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011

příkladovými situacemi úzce souvisí další rizika, jako jsou pozdní příchody, absence, krádeže na pracovišti nebo dokonce ztráta zaměstnání.

### **5.3. Rizika pro rodinu**

Hazard jistě vede k dysfunkčnosti v rodině. Nedopadá pouze na závislého, nýbrž i na široké rodinné okolí. Vedle finančních problémů, které se v mnoha případech dají vyřešit splátkovým kalendářem, dochází k emočnímu odcizení, domácímu násilí, sociální izolaci rodiny před okolím, projevům pocitů viny a stresu, případně dochází ke zneužívání alkoholu a jiných látek.<sup>19</sup>

### **5.4. Zdravotní rizika pro hráče**

Vedle finanční nouze, kam se gamblingem člověk dostane, se u většiny hráčů také projevuje vyšší tepová frekvence při hazardu, tedy typický projev stresu. Hrozbou jsou též nemoci pohybového ústrojí, vznikající v důsledku dlouhého sezení u hazardu ve spojení se stresem. Stres také velmi špatně působí na trávicí ústrojí, jehož dysfunkčnost je umocňována celkovým nezdravým stylem gamblerů-kofeinové nápoje, nepravidelná strava, kouření (70% patologických hráčů je kuřáků). Mezi další rizika patří dále deprese, poruchy spánku a sebevražedné tendence.

## **6. Léčba**

Podle zkušeností z mnoha zemí se patologické hráčství dá úspěšně léčit. Pro patologického hráče je velmi těžké přiznat si problém se závislostí. Léčba s ambulantní pomocí se patologického hráče snaží zbavit pocitů viny, jelikož je pravda, že většina závislých závislými být nechce, nechce prohrávat peníze, ale je strhnuta právě svou závislostí. Mnohdy těmto lidem brání stud před okolím a rodinou a mnohdy jsou uzavřeni do bludného kruhu tak silně, že je pro ně vysvobození, pokud se rodina o jejich problému dozví. Podle doktora Nešpora jsou důležité následující základní zásady:

---

<sup>19</sup>NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011

Přiznat si problém. Jsou opravdu jasné příznaky patologického hráčství<sup>20</sup>, které patologickému hráči dokazují vyskytující se problém s hazardní hrou. Přestat hazardně hrát a začít problém řešit. Vyhýbat se rizikovým místům, podnikům, kde se nachází hazardní hry. Další ze zásad je nenosit u sebe velké částky peněz. Další nutností je naplánovat si splátkový kalendář dluhů, který bude rozumný, vzhledem k potřebám rodiny. Hráč by neměl pít alkohol nebo brát drogy nejen v rizikovém prostředí. Je důležité naučit se o svém problému mluvit a porozumět mu. Být seznámen se spouštěči, recidivou a dalšími mechanismy, provázejícími závislost. Nebát se vyhledat odbornou pomoc.<sup>21</sup>

### **6.1. Stadia uzdravování**

Podobně jako rozvoj a vznik patologického hráčství, má své fáze i období uzdravování. První je stadium kritičnosti, kdy patologický hráč poctivě hledá pomoc a o problému se baví s rodinou a blízkými. Začíná uvažovat zodpovědně a jasně. Velmi často si patologický hráč uvědomuje, že byl naivní, když si myslel, že mohl nad herním strojem vyhrát. Opouští svět fantazií a přijímá skutečnost. V této fázi s chladnou myslí sestaví s pomocí okolí finanční plán splácení dluhů a provede tzv. finanční inventuru. Pravděpodobně se vrací opět do zaměstnání nebo nachází nové.

Druhou fází je stadium obnovy nebo „znovuvytváření“, kdy dodržuje finanční plán, řádně splácí své závazky a dluhy a je smířen s tím, že musí nahradit škody, které způsobil. Tento krok je velmi důležitý v průběhu abstinence a léčby. Hráč nesmí propadnout myšlence, že je vše ztraceno. K této situaci dochází v případě „sociální sebevraždy“, tzn. případům patologických hráčů, kteří dluží milionové částky a již opravdu není viditelná možnost, jak dluh splácet. Ve druhém stadiu uzdravování se zlepšují vztahy v rodině, ta hráči začíná znovu důvěřovat. Abstinents nachází nové záliby a postupně nachází klid. U mnoha patologických hráčů se vrací schopnost reálně řešit své problémy a dochází k celkové změně životního stylu. Jsou schopni se postarat o úřední nebo i soudní záležitosti. Ve stadiu, kdy patologický hráč řeší svou finanční situaci, je ale stále nutná obezřetnost. Návštěva bank či úvěrářů za účelem splátky

---

<sup>20</sup> Kapitola 2. - Terminologie

<sup>21</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 8

může působit jako spouštěč neboli cesta k hazardu. Proto se nedoporučuje abstinujícím hráčům nosit splátky peněžně, nýbrž využívat doprovodu rodiny či přátel nebo lépe bankovního převodu. V lepším případě se patologický hráč necítí v bance či při vyřizování splátek příjemně, jelikož se mu vrací vzpomínky z dob půjčování peněz, problémů a stresu.

Třetí fáze je fáze růstu, kdy se patologický hráč přestává zabývat myšlenkami na hazard. Myšlenky na hazard se v období abstinence nazývají „toxickým myšlením“<sup>22</sup> a často vedou k recidivě. Hráč je v této fázi schopen řešit problémy běžného života s rozmyslem. Nyní je schopen pomáhat nejen sobě, ale i druhým.<sup>23</sup>

Je velmi individuální, jak dlouho trvá léčba patologického hráče. Přibližně lze podle doktora Nešpora říci, že každé stadium u pacienta probíhá asi rok.<sup>24</sup>

## 7. Statistiky patologického hráčství

Bohužel, v České republice hraje stále širší věkové spektrum osob. Začíná u malých dětí a končí u seniorů. Tak, jako je tomu ve světě, i u nás hraje stále více žen a sázení již není výsadní doménou mužů.<sup>25</sup> I přes rozsáhlou rešerši z databází akademické literatury dnes neexistují téměř žádné empirické poznatky týkající se hráčství v České republice. Na rozsah problému lze však usuzovat nepřímo z jiných zdrojů.

Mezi dospělými je ve většině evropských zemí nejoblíbenější hrou loterie. Trendem mezi mladistvými se zdá skutečnost, že jejich účast na hazardu se zvyšuje podle toho, jaké komerční hry jsou nejdostupnější, ačkoliv ve většině jurisdikcí nebývá hraní těchto her mladistvým zákonem dovoleno.<sup>26</sup> Výsledky studií, provedených v různých evropských zemích, svědčí o skutečnosti, že problémové hráčství je mezi mladistvými značně vyšší než mezi dospělými.

---

<sup>22</sup> Toxické myšlení je stav, kdy patologický hráč nebo abstinent vzpomíná na chvíle hraní, které v něm vyvolávají příjemný pocit a vedou tak velmi často k recidivě.

<sup>23</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag, 1999, str. 13

<sup>24</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 16

<sup>25</sup> PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, str. 13

<sup>26</sup> NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, str.118

Patologičtí hráči začali přicházet do ordinací psychologů až po listopadu 1989. Mnoho patologických hráčů dnes vyhledalo pomoc, ale těch, kteří pomoc nevyhledávají je mnohem více, protože si problém nepřiznávají nebo protože mají stud a obavy. Počet patologických hráčů přijatých do Psychiatrické léčebny Bohnice za rok od 1.9. 2009 do 31.8. 2010 činil 95 mužů a 15 žen. Celkový počet pacientů ústavně léčených pro patologické hráčství se v Psychiatrické léčebně Bohnice v letech 1994 až 2003 zvýšil o 37%. Tento údaj nám však nedává jasné číslo o rozšíření patologického hráčství v České republice, ale spíše je ukazatelem ochoty některých patologických hráčů se léčit a o dostupnosti léčby.<sup>27</sup> Podle internetové stránky Gambling Compliance<sup>28</sup> je Česká republika největším „kasinem“ v Evropské Unii v přepočtu na počet obyvatel. V ČR se nachází přibližně 230 kasin a 50 000 výherních automatů, což je rovno jednomu automatu na 200 obyvatel.<sup>29</sup>

Počet patologických hráčů lze v České republice konzervativně odhadnout na 1% populace, tedy asi 100 tisíc osob. Celosvětově v roce 2012 splňovala kritéria patologického hráčství v různých zemích 0,2 až 1,2 % populace.<sup>30</sup> Stále rostoucímu počtu hráčských závislostí neodpovídá stav připravenosti a schopnosti tomuto nebezpečí čelit.

Hráčství je z hlediska vzdělávání a výzkumu relativně novou oblastí. Stávající vědomostní základna je velmi malá pro tvorbu politik spočívajících na důkazech. Ačkoliv míra světového výzkumu problémového hráčství narůstá, na úrovni společnosti je výzkum věnovaný ekonomickým a sociálním dopadům hráčství, jeho roli v tvorbě veřejných politik a jeho důsledků pro veřejné zdraví nedostačující.<sup>31</sup> Na podzim roku 2011 uvedlo kanadské Centrum pro výzkum problémového hráčství v Ontariu projekt, který měl tuto mezeru zaplnit. Cílem Centra bylo vytvořit koncepční rámec modelu škodlivého hráčství, aby zachytil současný stav poznání napříč obory a stávajícími modely a pomohl poskytovatelům služeb, politickým činitelům, regulačním orgánům a

---

<sup>27</sup> NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, str.17

<sup>28</sup> Gambling Compliance. GamblingCompliance [online].2014 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.gamblingcompliance.com>

<sup>29</sup> GRIFFITHS, Mark. Přehled problémového hráčství v Evropě. 1. Vydání. Úřad vlády ČR, 2013, str. 21

<sup>30</sup> NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, str.18

<sup>31</sup> GRIFFITHS, Mark. Přehled problémového hráčství v Evropě. 1. Vydání. Úřad vlády ČR, 2013, str. 75

veřejnosti lépe pochopit komplexní dynamiku škodlivého hráčství, aby se mohli lépe rozhodovat.<sup>32</sup> V České republice je prevence vzniku gamblerství stále podceňována a je věnována nedostatečná míra efektivnímu varování populace.

## **8. Anonymní hráči**

Anonymní hráči je svépomocná organizace, která vznikla v roce 1994 v Psychiatrické léčebně Bohnice po vzoru organizace Gamblers Anonymous v USA. První sezení skupiny vedl Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., další již vedli po vzoru Američanů hráči sami. Tato sezení nefungovala jako alternativa profesionální léčby, ale jako doplněk k léčbě. Anonymní hráči jsou společenství mužů a žen, kteří navzájem sdílí zkušenost síly a naděje, aby vyřešili svůj společný problém. Jedinou podmínkou členství ve skupině bylo přání přestat hrát. Nevybírají se žádné poplatky ani příspěvky za účast na sezeních. Program uzdravování je velmi podobný přímé léčbě patologického hráčství. Je nutné přiznat si problém a otevřeně o něm mluvit a vymýtit všechny fantazijní bludy o hráčství.

Ve své praktické části využívám laický diagnostický nástroj- dotazník Gamblers Anonymous, který je složen z 20 otázek, na které respondent odpovídá „ano“ nebo „ne“. Sedm a více kladných odpovědí znamená patologické hráčství. Dotazník neslouží pouze k diagnostikování patologického hráčství, ale také samotným hráčům pomáhá, aby si uvědomili problém a je možným prvním krokem k vyhledání léčby.<sup>33</sup>

## **9. Prevence hazardu**

Znepokojující zprávou je, že se setkáváme i s nezletilými patologickými hráči, i když to zákon striktně zakazuje. Stejně tak jako na školách funguje prevence kriminality, drog a alkoholu, je nutné zařadit do školních osnov i varování před hazardem. Škola může prosazovat zákaz brlohů nejen v jejím okolí a prevenci hazardu vhodně zařadit do

---

<sup>32</sup>The Ontario Problem Gambling Research Centre. Koncepční rámec škodlivého hráčství. Úřad vlády ČR, 2013, str. 9

<sup>33</sup> Příloha č. 1

rámce osnov výchovy k zdravému životnímu stylu. Úzce lze tuto výuku spojit s prevencí drog. Obecně i sdělovací prostředky mohou nabízet jiné možnosti trávení volného času. Přímá reklama a marketing provozovatelů v odvětví hazardních her jsou klíčovými faktory, které přispívají k atraktivitě a idealizaci hazardních her, jako zábavního produktu. Majitelé heren, kasin a podniků, ve kterých se hazardní hry provozují, by měli striktně dodržovat věkovou hranici vstupu do těchto podniků 18 let. Sami majitelé by měli rozeznávat patologické hráče, jelikož i jim často způsobují problémy. Peníze, které patologičtí hráči mnohokrát přinášejí do heren, jsou často zpronevěřené nebo získané jinou nelegální cestou a jsou zdrojem problémů. Společnost by měla snižovat dostupnost těchto hazardních her a zavádět např. určité účelové programy prevence. Dostupnost lze snižovat také pomocí zákonů a omezováním určitých druhů hazardu.<sup>34</sup>

Prostředí hazardních her zahrnuje široké spektrum faktorů, od ekonomických, politických, společenských i z oblasti životního prostředí, kultury a volnočasových aktivit. Hazard je komerční činnost, která je převážně kontrolována a regulována státem. Dále je řízena složitým působením tržních sil a omezována právními jurisdikcemi. Státem vlastněné společnosti mají podle legislativy Evropského společenství nalézt rovnováhu mezi odpovědným provozováním hazardních her a komerčním přístupem, ten však velmi často nad odpovědností převládá. Míra, podle které se určuje tato hranice, je dána mírou populace, která je škodami souvisejícími s hraním hazardních her ohrožena a u nichž se tyto škody již projevují.<sup>35</sup> Mezi faktory ovlivňující tuto míru patří následující souhrn činitelů. Rozložení a hustota heren v daném regionu či městě, vybavenost heren a jejich doplňkové služby (velmi lákavé jsou herny, nabízející pití zdarma, alkohol, cigarety a občerstvení ke hře), atraktivita, bezpečnost, společenská přijatelnost herny pro okolí, bankomat v blízkosti herny.

Ke snižování škod může docházet pouze opatřeními, jež se těchto faktorů týkají např. snižováním počtu heren v regionech či městech, zkrácením otevírací doby heren, oddálením bankomatů od hazardních podniků, omezením podávání alkoholu v podniku s hazardem atd. Tyto faktory jsou ale výrazně kontroverzní. Podporují možnost odpovědného provozování hazardních her, ale snižují komerční potenciál podniků.

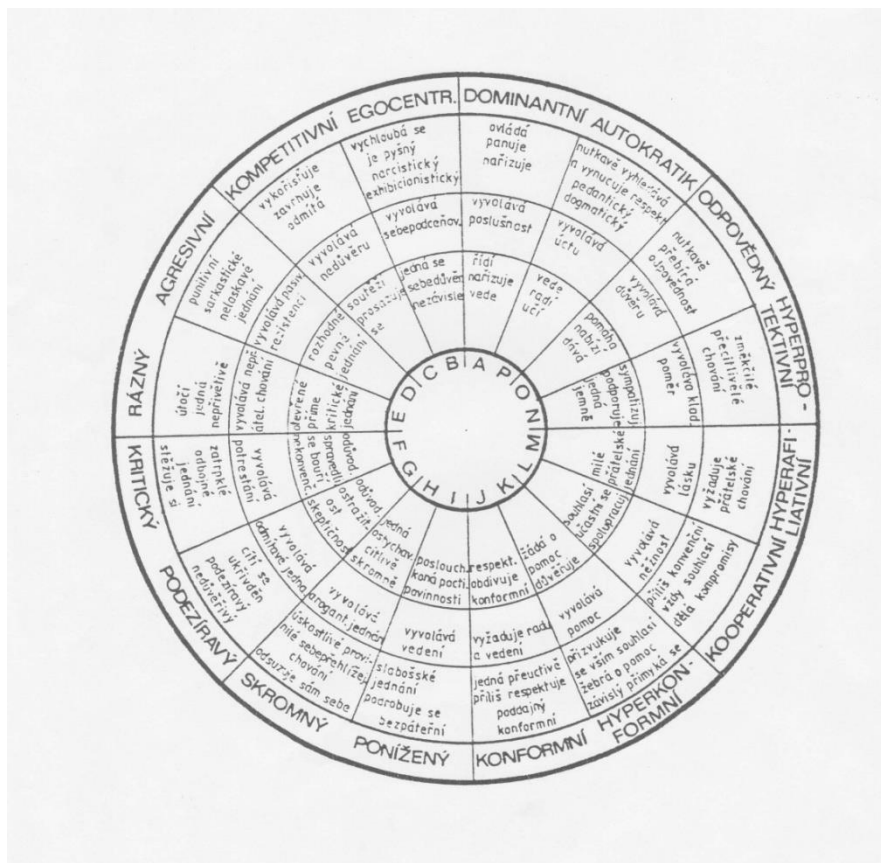
---

<sup>34</sup> NEŠPOR Karel MUDr.. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, str. 71

<sup>35</sup>The Ontario Problem Gambling Research Centre. Koncepční rámec škodlivého hráčství. Úřad vlády ČR, 2013, str. 24

## 10. Osobnost patologického hráče

Osobnost je definována jako mnohoúrovňové pletivo pozorovatelných, vědomých či skrytých interpersonálních projevů jedince, které jsou zaměřeny na redukci úzkosti.<sup>36</sup> K závislosti se mohou přidružovat nežádoucí projevy chování, jako je lhaní, podvádění, bezohlednost, agresivita nebo naopak mrzutost. Tyto projevy se objevují ve většině případů zákonitě. Tlak a stres vyvolaný velkou dlužnou částkou postupně odbourává hranice normálního chování a racionalizace následně odbourává v patologickém hráči pocity viny. Kroky, které vedou k nežádoucímu chování, jsou v mozku patologického hráče racionálně obhájeny. Závislost tak velmi často mění osobnost jedince a váže se na ni i maladaptivní jednání. Ve svém výzkumném projektu proto zkoumám vliv patologického hraní na osobnost patologického hráče. Ke klasifikaci interpersonálního chování používám následující ilustraci:



Příloha č. 2: Klasifikace interpersonálního chování

<sup>36</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 8



## 11. Teoretické zakotvení interpersonální diagnózy, „Learyho teorie“

Ve svém výzkumu vycházím z Dotazníku interpersonální diagnózy ICL<sup>37</sup> a interpersonálního záznamového archu ICL, který obsahuje 128 interpersonálních proměnných, jež označují lidské chování. Cílem interpersonální diagnózy je určení typu a současně též intenzity mechanismů, jež jedinec užívá ve styku se svým sociálním okolím. Dotazník používám ve dvou úrovních, jako „Já-REÁL“, úroveň ve které respondent dotazník vyplňuje na svou současnou osobu-tzn. jako patologický hráč a „Já-IDEÁL“, kdy na otázky odpovídá, jako když nebyl patologickým hráčem nebo jako kdyby nebyl patologickým hráčem.

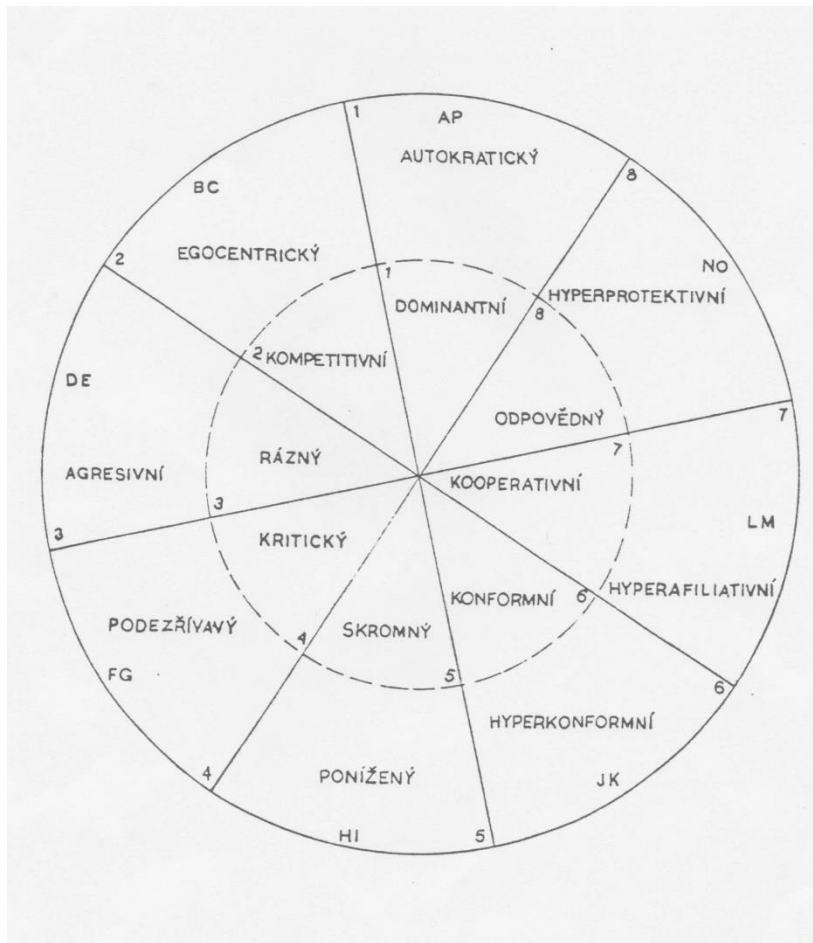
Interpersonální chování představuje přechod mezi chováním individuálním a skupinovým. Lze jej analyzovat z hlediska jednotlivých účastníků, jejich vzájemných vztahů a z hlediska zasahujících skupin či společenských determinant. Každý jedinec je disponován určitým typem interpersonálního chování a je podmíněn osobnostní strukturou jedince.

Hlavním rysem systému klasifikace je multidimenzionální povaha osobnosti. Chování jedince je ovlivňováno složitým a často konfliktním komplexem zjevných i skrytých motivů. Jakékoliv tvrzení o jedinci má značně omezenou platnost bez specifikace úrovně osobnosti.

Jednotlivé úrovně osobnosti jsou operacionálně definovány podle typu či zdroje informací o jedincově interpersonálním chování. Nepředpokládá se, že tyto úrovně skutečně existují. I když Leary (1956) o tom přímo nemluví, je z jeho formulací zřejmé, že jde spíše o pět typů empirických dat, než o úrovně osobnosti v pravém slova smyslu. Tato data mají především funkční charakter a očekává se, že jejich použití bude pro teorii, výzkum i predikci nejefektivnější.

---

<sup>37</sup> T. Leary, R.L.Laforge, R.F.Suczek



Příloha č. 3. : Schematická ilustrace interpersonální diagnózy

**Úroveň I** (pozorovatelné chování) zahrnuje přímo pozorovatelné chování jedince, jak je posouzeno druhými lidmi. Tato pozorování mohou provádět cvičení posuzovatelé nebo jedinci, kteří danou osobu dobře znají.

**Úroveň II** (vědomé chování) zahrnuje analýzu tvrzení jedince o vlastním interpersonálním chování i chování ostatních, jež vyúsťuje ve zjištění intenzity interpersonálních rysů. Hlavním cílem je zjištění jedincovy percepce vlastní osoby a struktury jeho interpersonálního světa. Tuto úroveň vyhodnocování využívám ve svém výzkumu pro vyplňování dotazníků „Já-REÁL“.

**Úroveň III** (psychické soukromí) využívá projektivního, nepřímého, fantazijního materiálu. Informace jsou získávány z takových zdrojů, jako jsou sny, fantazie, projektivní testy.

**Úroveň IV** (nevyjadřované) je definována interpersonálními projevy, jejichž vyjádření se subjekt systematicky a kompulsivně vyhýbá na všech úrovních osobností. Způsob sběru dat zůstává zatím nevyřešeným problémem.

**Úroveň V** (hodnoty) je reprezentována daty, jež odrážejí jedincův morální systém, jeho ideální já. Informace se týkají interpersonálních rysů nebo mechanismů, jež jedinec považuje za dobré, vhodné či správné, a tak poskytuje idealizovaný obraz, ke kterému by se rád nejvíce přiblížil. Data na této úrovni jsou získávána stejným způsobem jako na úrovni II, tj. na základě vytvoření vlastního ideálu pomocí ICL dotazníku. Tuto úroveň ve své práci využívám pro dotazník „Já-IDEÁL“.<sup>38</sup>

ICL je postaven na základě šestnácti interpersonálních kruhově uspořádaných proměnných, kdy každé dvě sousedící spolu tvoří dvojici. Obvod kruhu je tak rozdělen na oktanty (AP, BC, DE, FG, HI, JK, LM, NO), typologické kategorie:

A	vnucující se dominance	AP moc a síla
P	uznávaná úspěšnost	
B	sebevědomá nezávislost	BC soběstačné sebezpozorování
C	soupeřivé sebezpozorování	
D	nelaskavá striktnost	DE agresivita a hostilita
E	bezhlavá kritičnost	
F	nedůtklivá pochybovačnost	FG nedůvěřivá rezistence
G	tvrdohlavá podezíravost	
H	skromná plachost	HI submise
I	poddajná pasivita	
J	obdivná vděčnost	JK slabošská závislost
K	úzkostlivá důvěřivost	

---

<sup>38</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 10

L	důvěřivá kooperativnost	LM afiliace
M	přátelská laskavost	
N	přecitlivělá ohleduplnost	NO projektivnost
O	nesobecká odpovědnost	

**dominantní:** převládající, mající převahu **autokratický:** poručnický, pedantický

**kompetitivní:** soutěživý, prosazující se **egocentrický:** vychloubačný, narcistický

**rázný:** otevřený, přímý **agresivní:** útočný, nepřátelský

**kritický:** odmítavý, odůvodněně ostražitý **podezřivý:** zatrpklý, nedůvěřivý

**skromný:** ostýchavý, citlivý **ponížený:** slabošský, sebeznehledný

**konformní:** obdivující, podřizující se **hyperkonformní:** se vším souhlasí, vyžaduje vedení

**kooperativní:** spolupracující, přátelský **hyperafiliativní:** vyžaduje přátelské chování, vnucuje se

**odpovědný:** pomáhá, podporuje **hyperprotektivní:** přecitlivělý, nutkavě přebírá odpovědnost

Součástí Learyho teorie je i přehled diagnostických kategorií interpersonálního chování a jejich normálních a abnormálních aspektů. Kategorie jsou následující:

### 11.1. Autokratická osobnost

Tato kategorie je reprezentována vzorky chování umístěnými v oktantu AP. Patří jedincům, kteří se vyrovnávají s úzkostí tím, že produkují chování sycené mocí, silou a ambicemi. Jejich interpersonální projevy jsou poznamenány kompulsivní dominancí. Pro adaptivní formu toho chování je charakteristické energické kompetentní chování a

autorita, daná především schopnostmi jedince. Neadaptivnějším a konstruktivním projevem autokratické orientace jedince je didaktická činnost.

Extrémní forma se projevuje autokratickým, diktátorským a pedantským chováním. Jedinec se kompulsivně snaží organizovat svůj život i život ostatních a jeho aktivity jsou poznamenány hyperaktivitou a manickými projevy. Účelem chování tohoto typu je vyhnout se úzkosti, která je v něm vyvolána nejistotou, slabostí a neinformovaností. Obdiv, poslušnost ostatních pomáhá jedinci zachovat si sebeúctu i pocit bezpečnosti. Zároveň se tím vyhýbá pohrdání, případně nenávisti, kterou může podnítit jeho mocensky zaměřené chování.<sup>39</sup>

### **11.2. Egocentrická osobnost**

Interpersonální chování, reprezentované umístěním těžiště do oktantu BC, je charakterizováno především orientací na vlastní osobu. Jedinec svým chováním jasně vyjadřuje sebelásku, spokojenost se sebou, nadřazenost a sebedůvěru. V adaptivní míře se tento způsob chování projevuje nezávislostí a sebedůvěrou, je jednou z nejúspěšnějších sociálních technik.

Maladaptivní forma je charakterizována studeným, sobeckým chováním s využíváním ostatních pro vlastní cíle. Sebedůvěra a nezávislost se mění v egocentrické odmítání ostatních, exhibicionismus a pyšné sebeprosazování. Egocentrický jedinec, u něhož závislost a pocit inferiority vyvolává silnou úzkost, se snaží získat a udržet si sebeúctu tím, že demonstruje slabosti ostatních, pocitem nadřazenosti nad ostatními a prezentací své síly. Na rozdíl od adaptivní formy autokratického chování, které je charakterizováno potřebou láskyplného obdivu a poslušnosti, kompetitivní typ preferuje psychologickou vzdálenost mezi sebou a ostatními. Jeho chování vyvolává u ostatních závist a pocity nedůvěry či obdivu, případně vlastní inferiority.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str.15

<sup>40</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str.15

### 11.3. Agresivní osobnost

Sektorem DE na diagnostickém kontinuu je definována oblast kritické hostilní agresivity. Jedinci, kteří spadají do této kategorie, používají v interpersonálním styku jako prostředku adaptace studenou striktnost, punitivitu a negativní hostilní projevy. Adaptivní forma má projevy, které mohou být často sociálně přijatelné. Jedinec může přistupovat k ostatním tvrdě, rázně a mít k nim převážně trestající postoj, který vyvolává pocit viny, jeho chování však musí být adekvátní k dané sociální situaci.

Jedinec, který konzistentně a za všech okolností přistupuje ke svému okolí tvrdě, necitelně, represivně, hrozivě a to bez ohledu na to, zda daná situace tento přístup ospravedlňuje, patří již do maladaptivní oblasti této kategorie. Chování tohoto typu je charakteristické pro psychopatické osobnosti, u kterých aktivně agresivní chování je základním interpersonálním mechanismem. Empiricky odvozené tvrzení, že psychopat není schopen lásky, odpovídá diagnostickému kruhovému kontinuu. Cílem tohoto interpersonálního mechanismu je vzbudit v ostatních pocit, že jedinec je nebezpečná osoba, a tak si zabezpečit emocionální stabilitu. Situace, jež vyžaduje kooperaci, laskavé vztahy a skromnost v něm naopak vyvolává pocit úzkosti, v těchto vztazích se cítí bezradný.<sup>41</sup>

### 11.4. Podezřívavá osobnost

Jedinci produkující chování definované oktantem FG řeší své interpersonální problémy kritickým podezřívavým postojem ke svému sociálnímu okolí. Snaží se zachovat si emocionální stabilitu vytvořením psychologické vzdálenosti mezi sebou a ostatními. Adaptivní formou je kritický přístup k obecně přijímaným konvencím a formám sociálních vztahů. Určitý stupeň kritičnosti a skepse má zdravý vliv na každou sociální skupinu, chrání též jedince před zklamáním a dává mu pocit volnosti, spojený obvykle s pocitem výlučnosti.

---

<sup>41</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 1016

Podezíravé, intenzivně kritické chování spojené s hořkostí, zklamáním, odcizením a s odmítáním ostatních osob i konvenčních sociálních norem, poznamenané hostilitou a slabostí, vyúsťuje v patologickou formu přizpůsobení.<sup>42</sup>

### **11.5. Ponížená osobnost**

Základním společným mechanismem interpersonálního chování, zařazeného do sektoru HI, je skromnost, slabost až sebeponížení. Adaptivní forma se projevuje manifestovou skromností, plachostí, nepředstíranou citovou rezervovaností a schopností se podřídít.

V maladaptivním extrému nabývá podoby pasivní poníženosti, spojené se slabostí, hypersubmisivní a manifestovanou inferioritou. Těchto technik užívá jedinec kompulsivně bez ohledu na charakter dané sociální situace. V obou případech slouží však tento mechanismus, tj. prezentace sebe jako plaché, skromné, slabé, neškodné a inferiorní osoby, k vytvoření pocitu bezpečí. Chování těchto jedinců bývá tiché, loajální a přitom nesociální. V mírné formě bývá posuzováno jako skromná rezervovanost, v intenzivní jako úplné podřízení se.

Adaptivní forma se projevuje extravertovaným přátelským chováním a ochotou ke spolupráci. Uspokojení jedinců tohoto typu spočívá především v pozitivních sociálních vztazích k ostatním. Mají tendenci spolupracovat, vycházet s ostatními a výrazný sklon ke kompromisům. Vnější harmonie je pro ně důležitější než vnitřní hodnoty. Jestliže tento mechanismus je užíván flexibilně, pak tito jedinci jsou cennými členy společnosti. Jsou obvykle populární a obecně oblíbení.

Jedinci, kteří se rigidně, kompulsivně a neadekvátně k situaci chovají příjemně, laskavě a afiliativně, jsou považováni za hyperafiliativní, a proto za maladaptivní. Jsou to jedinci, kteří nesnášejí pocit viny, vyhýbají se nutkavě jakékoli kritičnosti a agresivním projevům. V interpersonálním styku se snaží uspokojit potřeby ostatních, být jimi pozitivně přijímáni a udržet si s nimi kladné vztahy. Typické projevy jejich interpersonálního chování zahrnují kompulsivní, opakované projevy afiliativního

---

<sup>42</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 17

chování, tj. jedinec se vždy usmívá, je smířlivý, kooperuje a je emocionálně extravertovaný. Výsledkem jejich emocionální závislosti na souhlasu a pozitivním vztahu k sociálnímu okolí je zkreslená percepce chování ostatních. Nevidí u nich hostilitu. Snaha nevybočit z řady vede ke strnulé konvenčnosti a sebeobětující svatosti. Touto cestou se jedinec snaží vyhnout úzkosti, jež u něho vyvolává hostilita, také depresi z pocitu odmítnutí, případně z mocenského chování ostatních.<sup>43</sup>

### **11.6. Hyperprotektivní osobnost**

Lidé, kteří se jeví jako rozumné, úspěšné, ohleduplné, zralé, samostatné a silné osoby, patří v diagnostickém kruhovém kontinuu do sektoru NO.

V adaptivní míře je hlavním rysem interpersonální techniky jedince tohoto typu odpovědné, ohleduplné chování. Jeví se jako silná osobnost, ale užívá své síly a sebevědomé nezávislosti afiliativním, přátelským způsobem. Snaží se být ostatním emocionálně blízký, pomáhat jim, radit, podporovat je a sympatizovat s nimi. Přeje si, aby ho ostatní považovali za laskavého, rozumného a odpovědného. Vzbuzuje dojem zralosti a rodičovské síly. Tak tento typ jedince usiluje o splnění idealizované role úspěšné konvenčnosti a zastává často funkci neformálního vedoucího skupiny.

Rigidní, kompulsivně opakované užívání této techniky, bez ohledu na sociální situaci, vede k maladaptivní formě chování. Jedinci se natolik nutkavě vyhýbají projevu pasivity a agresivity, že působí jako karikatura normality. Usilují o popularitu a jejich pokusy pomáhat ostatní, přebírat odpovědnost jsou většinou zcela neadekvátní. Tato tendence se může projevovat ve snaze nabízet pomoc a sympatie bez zřejmé možnosti slib realizovat. Jedinci se za každou cenu snaží popřít či potlačit své úzkostné pocity frustrace a pasivity. Vnitřní konflikty, jež takto mohou vznikat, nevedou obvykle ke klasickým neurotickým symptomům, ale spíše k nepřímým, často psychosomatickým projevům.

---

<sup>43</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 18



Interpersonální chování definované sektorem NO pomáhá jedinci udržovat si přiměřenou sebeúctu a slouží jako obrana proti pocitům bezmoci, izolace a sociálně neschvalovaným agresivním, hostilním tendencím.

V adaptivní formě je to pozitivní a sociálně konstruktivní typ osobnosti. Interpersonální projevy tohoto typu jsou velmi blízké kulturnímu ideálu a jedinci, kteří jich v přiměřené míře užívají, jsou patrně konvenčně nejúspěšnější či nejpopulárnější osoby. Kompulsivní a nepřiměřené užívání této techniky vede k izolaci vnitřní i vnější. <sup>44</sup>

## **12. Studie v oblasti patologického hráčství**

Výzkum v oblasti osobnosti patologického hráčství realizovalo v srpnu 2007 Výzkumné středisko v Ontariu v Kanadě, Centrum pro závislosti a duševní zdraví<sup>45</sup>. Výzkum nesl název „Gamblerské typologie, osobnost a související psychopatologie“. Zkoumaný vzorek byl složen ze 172 respondentů (80 mužů a 92 žen) ve věku 20-65 let, minimálně se základním vzděláním, kteří aktuálně neprocházeli léčbou patologického hráčství. Respondenti byli diagnostikováni podle DSM-IV kritéria-Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob.

Pro měření druhu a četnosti hazardních her byl použit „The Canadian Problem Gambling Index.“ Účastníci podstoupili dvě posuzování během dvou dnů. Kvalifikovaní pracovníci respondentům podali kognitivní testy, diagnostické rozhovory a dotazníky. Hlavní zkoumanou myšlenkou byla hypotéza, že patologičtí hráči mají odlišné typy osobností, které mohou být rozděleny do tří následujících kategorií: „požitkářští hráči“, „podmínění hráči“ a „demoralizovaní hráči“.<sup>46</sup> Požitkářští hráči měli nejvyšší stupeň extroverze a otevřenosti a větší skóre v aspektech týkajících se hledání vzrušení. Této skupiny se také s velkou pravděpodobností týkaly deprese nebo úzkosti v souvislosti s patologickým hraním. Podmínění hráči měli nejnižší stupeň vyskytujících se psychopatologií. Demoralizovaní hráči měli nejvyšší skóre v neuroticismu a byli velmi náchylní k psychopatologickým jevům.

---

<sup>44</sup>KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976, n.p., str. 19

<sup>45</sup>The Ontario Problem Gambling Research Centre

<sup>46</sup>Blaszczyński, Nower 2002

Primárním cílem této studie bylo prokázat stupeň nebo míru, do jaké jsou tyto osobnosti svázány s druhem gamblerských her. Mimo tyto cíle, studie zkoumala také tři další vztahy mezi patologickým hraním a nepatologickými hráči: 1) vztah mezi hazardními hrami a patologickým hráčstvím 2) vztah mezi hazardními hrami a osobnostními rysy 3) vztah mezi hazardem a abnormálními poruchami osobnosti. Gamblerské chování bylo měřeno ve škálách podle typu hazardu, frekvence hraní a rozsahu hraní. Existovaly tři hlavní hypotézy týkající se také rozdílu mezi patologickými hráči a nepatologickými hráči. 1) patologičtí hráči by riskovali častěji než nepatologičtí hráči 2) patologický hráč by byl spojen s určitým typem hazardního chování 3) patologičtí hráči by se zapojili do širšího spektra hazardních her. Existovaly také tři hlavní hypotézy s ohledem na typy patologických hráčů:

- 1) požitkářští a demoralizovaní patologičtí hráči by riskovali častěji než podmínění patologičtí hráči, vzhledem k větší impulzivitě
- 2) demoralizovaní patologičtí hráči by sázeli nejčastěji, protože jsou spojeni s nejvyšším stupněm patologie
- 3) všechny tři typy patologických hráčů by měly mít jedinečné důvody ke druhu gamblerské aktivity (např. podmínění patologičtí hráči se mohou zúčastnit více dostupných hazardních her, požitkářští hráči se mohou zúčastnit her, které přináší nejvyšší úroveň vzrušení a demoralizovaní patologičtí hráči se v důsledku hazardu mohou dopouštět nelegálních činností)

Existovaly dvě hlavní hypotézy týkající se osobnostních rysů a abnormálních poruch osobnosti:

- 1) Hazardní chování by korespondovalo s určitými rysy osobnosti (např. lidé s vysokou mírou extroverze, hledají více sociálních hazardních situací, jako kasina; zatímco jedinci otevření novým zkušenostem se zúčastní širší škály hazardních her)
- 2) Hazardní hry logicky korespondují s určitou poruchou osobnosti (např. jedinci s vyhubavou, schizoidní poruchou osobnosti dávají přednost samotě internetové hry).

Výsledky studie prokázaly, že patologičtí hráči a nepatologičtí hráči se lišili ve frekvenci jakékoliv hazardní činnosti. Některé hazardní hry (pravděpodobně ty s kratším výplatním obdobím) jsou pravděpodobněji spojeny s problémem patologického

hráčství více než jiné, ale zdá se, že hráčům se může stát patologickou kterákoliv hazardní hra. Byly zjištěny čtyři významní ukazatelé pro určité osobnostní poruchy a frekvence dvou hazardních her. Vyhýbavé a antisociální poruchy osobnosti byly nejčastěji hráči binga<sup>47</sup> a schizoidní poruchy osobnosti se nejvíce zúčastnily rulety v kasinu. Je velmi obtížné objasnit spojení těchto poruch osobností a druhů her. Analýza normálních osobnostních rysů ukázala, že neexistují žádné významnější rozdíly v četnosti a typu hazardního chování v závislosti na osobnosti. Ve zkoumaném vzorku komunity, typologie osobnosti významně neovlivnila hazardní chování. Výsledky naznačují, že u patologických hráčů s různými osobnostmi se mohou vyskytovat různé formy, frekvence i rozsah hazardu.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Hra sázení na čísla

<sup>48</sup> R. Michael Bagby, Ph.D., C. Psych. Centre for Addiction and Mental Health: Final Report Submitted to the Ontario Problem Gambling Research Centre, August 2007

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 13. Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu je zmapování interpersonálního chování u daných patologických hráčů. Vzhledem k částečně kvalitativnímu charakteru výzkumu a počtu respondentů (8) nelze závěry výzkumu použít k zobecnění, ale i přesto lze nalézt částečné vzorce či souvislosti. Ve výzkumu vycházím z Dotazníku interpersonální diagnózy a Learyho teorie.<sup>49</sup> Stěžejním cílem výzkumu pomocí ICL dotazníku je zjistit rozdíl mezi „ideálem“ a „reálem“. V našem případě se jedná o výsledky dotazníku, který respondenti vyplní dvakrát následovně: „Já REÁL“=já patologický hráč a „Já IDEÁL“=já „nehráč“, já zdravý člověk. Výsledkem výzkumu je sebekritické zhodnocení interpersonálního chování jednotlivých patologických hráčů, kteří sami na základě ICL dotazníku zhodnotí, jak si myslí, že hráčství změnilo jejich osobnost a interpersonální chování.

Vzhledem k odborné povaze použitého dotazníku interpersonální diagnózy a výzkumu, jsem svou práci psala pod vedením odborníka v oblasti psychologie a jednotlivé postupy a závěry řádně konzultovala s PhDr. Markétou Habermannovou, Ph.D. Abych použité metodě ICL dotazníku dobře porozuměla, aplikovala jsem ho v první řadě na svou osobu.

### 14. Výzkumné otázky

Ve výzkumu se přednostně zaměřím na následující výzkumné otázky:

- 1) Jak klasifikovat interpersonální chování podle ICL dotazníků u zkoumaných patologických hráčů?
- 2) Jak se liší jejich sebehodnocení na úrovni „Já-REÁL“ a „Já-IDEÁL“?<sup>50</sup>
- 3) Jak se může patologické hráčství v některých případech vázat na maladaptivní/patologické chování?

---

<sup>49</sup> Teoretická část, kapitola: Teoretické zakotvení interpersonální diagnózy, „Learyho teorie“

<sup>50</sup> „JÁ-REÁL“=já patologický hráč, „JÁ-IDEÁL“=„já nehráč“, zdravý člověk

## 15. Výběr vzorku, prostředí výzkumu, popis zkoumaného vzorku

### Sociodemografické údaje zkoumaného vzorku:

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Věk</b>	25	23	27	34	24	32	26	25
<b>Pohlaví</b>	muž	žena	muž	muž	muž	muž	žena	muž
<b>Vzdělání</b>	Stř.	VŠ	Stř.	ZŠ	Stř.	Stř.	VŠ	Stř.
<b>Děti</b>	0	0	0	2	0	0	0	0
<b>Stav</b>	Vztah	Vztah	Svobod.	Rozved.	Svobod.	Rozved.	Vztah	Svobod.
<b>Zaměstnání</b>	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano

Svůj výběr zkoumaného vzorku jsem přizpůsobila faktu, že problém patologického hráčství se týká především mužů. Proto můj vzorek obsahuje 8 respondentů (6 mužů, 2 ženy) ve věku 23-35 let. Použila jsem metodu sněhové koule<sup>51</sup>, některé respondenty jsem znala přímo, některé zprostředkovaně přes společné známé. K ověření problému patologického hráčství jsem použila dotazník na patologické hráčství organizace „Gamblers Anonymous“.<sup>52</sup> U všech dotazovaných bylo prokázáno, že se jedná o patologické hráče.

Jelikož všechny respondenty znám osobně, a aby byl při výzkumu a vyhodnocování zachován patřičný odstup výzkumníka, poskytla jsem respondentům na výběr karty s čísly, které si zapamatují a budou se s nimi během výzkumu podepisovat. Číslice, kterou si vylosují je označuje a /1 znamená dotazník vyplněný na úrovni „Já- REÁL“, /2 úroveň „Já-IDEÁL“.

Výzkum probíhal na neutrálním prostředí (kavárna), kam jsem respondenty jednotlivě pozvala. Respondenty jsem seznámila s cílem mého výzkumu, vysvětlila jim postup vyplňování dotazníku Gamblers Anonymous a ICL a ujistila je o anonymitě, která bude v práci zachována. Důležitou poznámkou pro respondenty bylo, že k odpovědím v ICL dotazníku je nutné přistupovat důsledně sebekriticky. Výsledkem pro respondenty totiž nebude žádné „hodnocení“, nýbrž zorientování se sám v sobě, případně to pro

---

<sup>51</sup>Miovský M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.Praha, Grada Publishing, 2006, str. 131.

<sup>52</sup> Teoretická část:kapitola: 8. Anonymní hráči

respondenty může znamenat pomoc při zvažování a rozhodování se pro krok k případné léčbě.

S respondenty jsem provedla krátký polostrukturovaný rozhovor o jejich životě, vzdělání a o možné příčině jejich závislosti. Čas na každého respondenta byl přibližně 25-30 min. Dotazník Gamblers Anonymous trval přibližně 3 minuty, polostrukturovaný rozhovor asi 10 minut a čas na vyplnění ICL dotazníku nebyl nijak omezen, ale posouzení jedné osoby trvalo cca 15-20minut.

## 16. Použité metody

Pro výzkum jsem použila kvalitativní i kvantitativní metody výzkumu. Kvalitativní metodu představuje polostrukturovaný rozhovor pro získání sociodemografických údajů. Kvantitativní metodou je dotazník Anonymních hráčů. Jedná se o diagnostický nástroj, který s pomocí odborné literatury může použít i laik. Slouží k identifikaci patologického hráčství. O jeho původu hovořím ve své teoretické části bakalářské práce.<sup>53</sup>

Druhou a hlavní kvantitativní výzkumnou metodou je Dotazník interpersonální diagnózy ICL a aplikování Learyho teorie<sup>54</sup>, pomocí této metody zmapuji interpersonální chování patologických hráčů. Jedná se o dotazník, který je nutno aplikovat pod vedením odborníka. Proto jsem svůj výzkum, použité metody a interpretaci dat konzultovala s PhDr. Markétou Habermannovou, Ph.D. Jelikož standardizace kvantitativního výzkumu vede k výrazné redukci množství zjišťovaných dat, doplnila jsem následně tuto metodu metodou kvalitativní. Respondentům jsem po vyhodnocení výsledků ICL dotazníku nabídla možnost diskuze s výzkumníkem, tedy se mnou, nad jeho výsledky, abych respondentům umožnila na výsledky reagovat, případně rozvést nebo okomentovat jejich odpovědi. U kvalitativního výzkumu je standardizace nízká a zjištěné informace tak zajišťují vyšší validitu.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Teoretická část: kapitola: 8. Anonymní hráči

<sup>54</sup> Teoretická část, kapitola: 11. Teoretické zakotvení interpersonální diagnózy, „Learyho teorie“

<sup>55</sup> DISMAN M.: Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. Vyd. Praha: Karolinum, 2000. S. 374

### 16.1. Dotazník na patologické hráčství organizace „Gamblers Anonymous“

Na tento dotazník respondenti odpovídají pouze „ano“ nebo „ne“, podle toho, zda je pravdivá odpověď bližší „ano“ nebo „ne“. Dotazník používá organizace Gamblers Anonymous k orientačnímu stanovení patologického hráčství. Patologický hráč většinou odpoví kladně na 7 a více otázek. Dotazník nemá mít na respondenta demotivující vliv, slouží k identifikaci a k zorientování se v problému, případně má za úkol vést ke krokům k léčbě.<sup>56</sup>

### 16.2. Interpersonální dotazník ICL

Po uskutečnění výzkumu se všemi respondenty, kteří své záznamové archy vyplnili a označili číslicemi s lomítky /1 = „já REÁL“ (patologický hráč) /2=„já IDEÁL“ („nehrač“, zdravý člověk) mohou přistoupit k analýze výsledků. Oktanové hrubé skóre, se kterými pracuji, jsou shrnuty a vyjádřeny horizontálním a vertikálním indexem na kruhovém schématu. Oba indexy jsou komponentami vektorového součtu, jež lze vypočítat, ale obvykle je získáván graficky v kruhovém schématu. Sektor kruhu, ve kterém je bod situován, podává informaci o typu operace a jeho vzdálenost od centra kruhu vyjadřuje její intenzitu. Každý oktan je tvořen šestnáctibodovou škálou, kde hodnoty pohybující se nad 8 bodů, lze považovat za „patologické“ či maladaptivní projevy chování. Čím vyšší je hodnota hrubého skóre, tím silnější je projev daného chování. Vnitřní kruh ilustruje adaptivní tendence a vnější maladaptivní. Výsledky budu porovnávat na úrovni Já „REÁL“ mezi všemi respondenty a jednotlivě mezi Já „REÁL“ a já „IDEÁL“ u každého respondenta. Prvním krokem vyhodnocování je vždy součet kladných odpovědí u jednotlivých šestnácti proměnných (A-P), na záznamovém archu to znamená každý jednotlivý řádek. Poté přistoupím ke sloučení těchto hrubých skóre do dvojic pro osm diagnostických kategorií (AP-NO)<sup>57</sup>. Tato data vnesu graficky do diagnostického kruhu, jehož osy jsou opatřeny stupnicí v rozsahu odpovídajícím počtu položek v daném sektoru. Hrubá skóre, vnesená do kruhového grafu, poskytují základnu pro intuitivní verbální charakteristiku osobnosti subjektu.

---

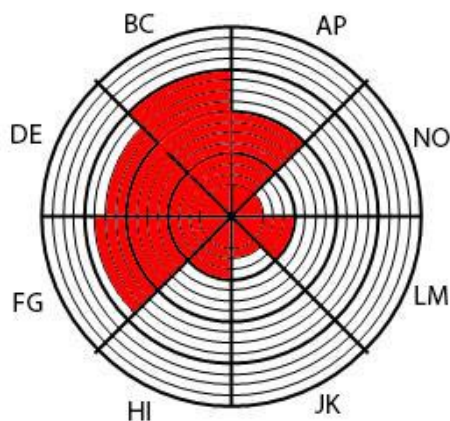
<sup>56</sup> Příloha č. 1

<sup>57</sup> Kapitola č. 11.: Teoretické zakotvení interpersonální diagnózy, „Learyho teorie“

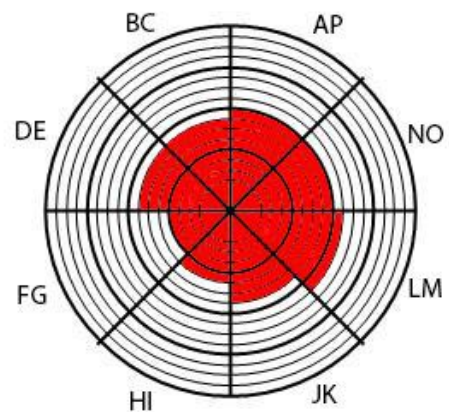
## 17. Popis získaných dat a interpretace výsledků

- 1) Jak klasifikovat interpersonální chování podle ICL dotazníků u zkoumaných patologických hráčů?
- 2) Jak se liší jejich sebehodnocení na úrovni „Já-REÁL“ a „Já-IDEÁL“ ?<sup>58</sup>

### Respondent č. 1



### **„Já-REÁL“**



### **„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 1 je 25letý muž. Je zaměstnaný, žije s přítelkyní a nemá žádné děti. Dokončil střední vzdělání a za hlavní příčinu svého hraní považuje vidinu financí, vzrušení a působení adrenalinu.

- 1) Podle výsledků se jako patologický hráč hodnotí dle oktantu AP, jako dominantní typ. Hrubé skóre 8 bodů adaptivního chování překračuje v oktantech BC, DE a FG, podle kterých se hodnotí jako výrazně egocentrická, mírně agresivní a podezřivá osobnost. Nejnižšího hrubého skóre dosahuje respondent v oktantech JK- 2body a NO- 1 bod, kde se patologický hráč považuje za málo konformního a málo odpovědného.
- 2) Hodnoty IDEÁLu ve většině oktantů nepřekračují hranici 8 bodů, což značí výrazně adaptivní chování. Dominantní osobnost zůstává svým hrubým skóre stejná jako v případě REÁLu. Výrazný rozdíl nalezneme v oktantech FG a NO, které se liší o

<sup>58</sup> JÁ-REAL=já patologický hráč, JÁ-IDEAL=já nehrač



celých 7 bodů. Hranice přitom v případě oktantu FG IDEÁLu směřuje k adaptivní kritické povaze. V případě oktantu NO je tomu se směrem naopak, IDEÁL dosahuje 8 bodů v oblasti odpovědný.

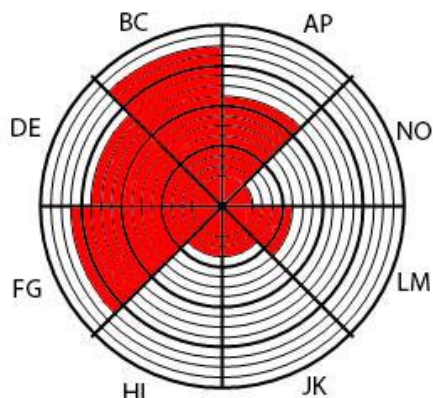
### **Interpretace:**

Patologického hráče pravděpodobně hraní nejvíce ovlivňuje v oblasti individuality, agresivity a afiliativnosti. Toto se projevuje v oktantech BC, DE a FG, podle kterých se patologický hráč hodnotí jako egocentrický, agresivní a podezřívavý. To značí, že si je svými odpověďmi tohoto chování vědom. Jelikož skóre v jeho hodnocení IDEÁLu v těchto oktantech výrazně klesá a zasahuje do části adaptivního jednání, je si respondent svými odpověďmi maladaptivního chování také vědom. Dle oktantů NO, ve kterém patologický hráč (REÁL) vychází bodově, jako velmi málo odpovědný a naopak IDEÁL jako velmi odpovědný, je zjevné, že respondent byl nebo by byl rád více odpovědný. Naopak hraní zjevně nemá vliv na oblast dominantnosti, kde se v oktantech AP hodnotí stále stejně.

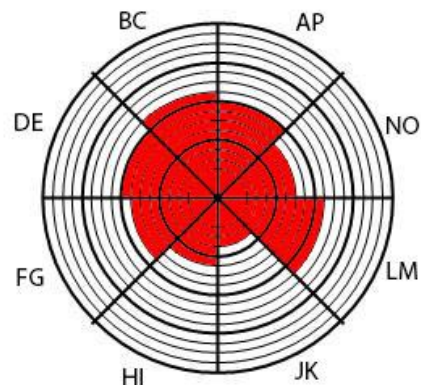
### **Diskuze nad výsledky s respondentem:**

Respondent souhlasí s tím, že si myslí, že od té doby, co hraje hazard, je jeho interpersonální chování agresivnější. Tvrdí, že s hraním souvisí i egocentrismus, jelikož se cítí být méně ohleduplný vůči okolí a především své přítelkyni. Přiznává si i určitou míru nezodpovědnosti, ta samozřejmě s hazardem úzce souvisí.

## Respondent č. 2



**„Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 2 je 23letá žena, má vysokoškolský titul a je zaměstnaná. Žije s přítelem a nemá žádné děti. Za příčinu svého hraní považuje touhu po financích.

1) Hranici 8 bodů adaptivního chování překračuje dotazník REÁL ve čtyřech oktantech. Respondentka se jako patologická hráčka hodnotí jako mírně autokratická a výrazně egocentrická osobnost. Z oktantu DE také vyplývá agresivní stránka osobnosti. 13 bodů v oktantu FG značí výrazně podezřívavou osobnost. Na rozdíl od těchto vysokých hodnot nalezneme v oktantech HI, JK a NO velmi nízké skóre, jež je znakem skromné, konformní a málo odpovědné osobnosti.

2) Nejzásadnější rozdíl v hrubém skóre nalezneme mezi oktanty REÁLu a IDEÁLu u oktantů FG. Rozdíl čítá 6 bodů, kdy se skóre IDEálu posunulo do oblasti adaptivního chování-kritický. Mezi oktanty NO je rozdíl 5 bodů, což značí výrazný posun směrem k větší odpovědnosti. Skóre oktantů BC má stejný rozdíl bodů a hranice se s IDEÁlem posouvá směrem k adaptivnímu chování-mírně egocentrický.

### **Interpretace:**

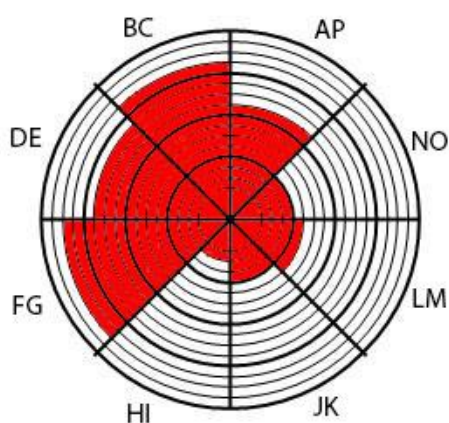
Výrazně maladaptivní chování u patologického hráče můžeme nalézt opět v oblasti individuality, agresivity a afilitivnosti. Respondent si ho je vědom, a proto se jeho IDEÁL od těchto hodnot výrazně liší. Nejvýraznějším maladaptivním chováním je egocentrismus. Naopak v IDEÁLu se většina skóre nachází na hranici adaptivního

chování, tzv. že jedinec by velmi rád v těchto případech nevybočoval z hranic. V oblasti konformity byl nebo by byl rád méně konformní.

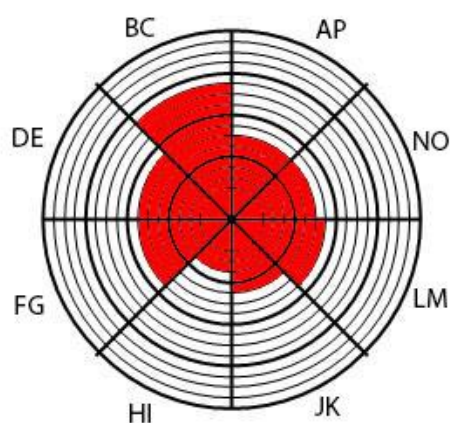
### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondentka tuto diskuzi odmítla.

### **Respondent č. 3**



**„Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 3 je 27 letý muž, svobodný a bezdětný. Je zaměstnaný a má střední vzdělání. Za hlavní příčinu svého hraní považuje způsob trávení volného času a finance.

1) Jako patologický hráč se podle oktantu AP hodnotí jako mírně autokratická osobnost. Oktant BC značí výrazně egocentrickou povahu. Hodnotu 8 bodů překračuje i v oktantech DE a FG, které ho hodnotí jako agresivní a velmi podezřívavou osobu. Dle oktantu LM se hodnotí jako vcelku kooperativní.

2) Hrubé skóre oktantu AP kleslo za hranici adaptivního chování a respondent se jako IDEÁL hodnotí jako dominantní osobnost. Skóre oktantu BC se výrazně nezměnilo ani v IDEÁLu, respondent se stále hodnotí jako výrazně egocentrický. Nejznatelnější rozdíl mezi REÁLEM a IDEÁLEM nalezneme u oktantů DE a FG, kde jako IDEÁL o sobě respondent vypovídá jako kritický a skromný, na rozdíl od hodnot REÁLu, které překračují hranici 8 bodů.

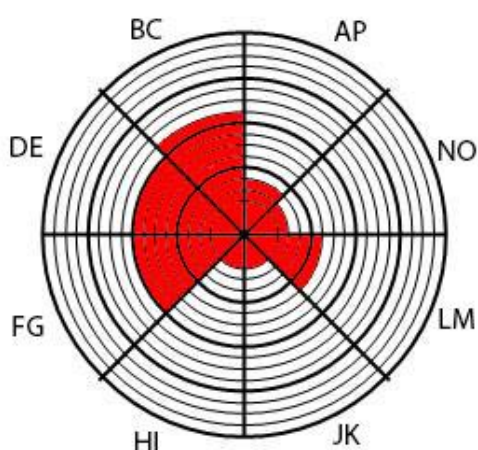
### Interpretace:

Opět se v případě patologického hráče setkáváme s maladaptivním chováním v případě oktantů BC, DE a FG, které v IDEÁLu vykazují nižší skóre. Podle nárůstu hodnot oktantů JK, LM a NO, lze soudit, že respondent byl nebo by byl rád více konformní, kooperativní a odpovědný. Patologické hráčství tedy respondenta nejvíce ovlivňuje v oblasti individuality, agresivity a afiliativnosti a to směrem k maladaptivnímu jednání.

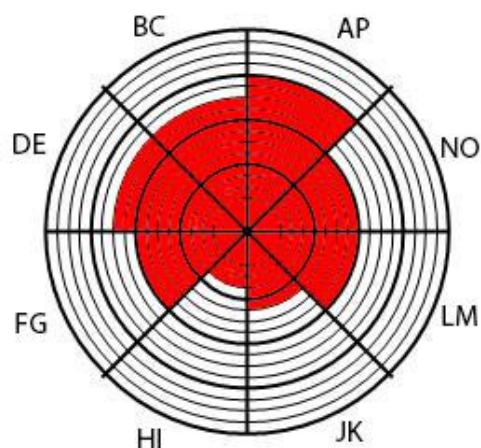
### Diskuze s respondentem nad výsledky:

Respondent nezaznamenal agresivitu ve svém interpersonálním chování, ale určitou míru egocentrismu přiznává. Tvrdí, že není odpovědný především sám vůči sobě, jelikož hraním podvádí pouze sám sebe. Za podezřívavého člověka se považuje celý život.

### Respondent č. 4



**Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 4 je 34letý muž se základním vzděláním. Je zaměstnaný, rozvedený a má 2 děti. Momentálně žije s přítelkyní. Za příčinu své hry považuje volný čas strávený v podnicích s automaty a vidinu výhry.

1) Respondent se jako patologický hráč hodnotí jako velmi málo dominantní. Jediný oktant, který v případě REÁLu překračuje hranici 8bodů (a to pouze o 1 bod) je oktant

BC, který značí mírně egocentrickou osobnost. Oktanty DE a FG s počtem 8 bodů nám reflektují výrazně ráznou a kritickou osobnost. Respondent se dle oktantu LM považuje za přiměřeně kooperativního. Z nízkého skóre v oktantu NO vyplývá málo odpovědný člověk.

2) Hodnoty IDEÁlu jsou výrazně vyšší než u REÁlu. První oktant AP se liší o celých 9 bodů a lze tak sledovat autokratickou povahu. Hodnoty oktantů HI a JK jsou v obou případech velice nízké tzn., že se v obou případech respondent považuje za velmi málo skromného a málo konformního. Hodnoty v oktantu NO výrazně stouply směrem k větší odpovědnosti. Oktanty BC a DE dosáhly skóre maladaptivního chování a vyjadřují mírně egocentrickou a agresivní osobnost.

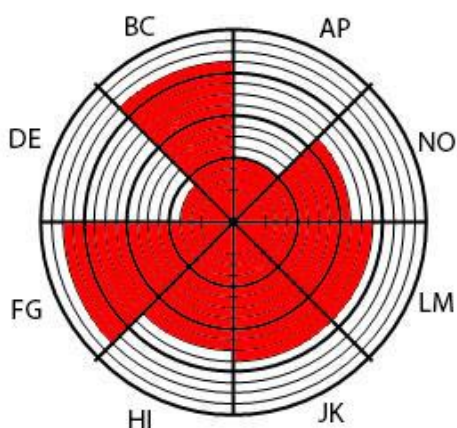
### **Interpretace:**

V tomto případě bychom za oblasti, ovlivněné hráčstvím u respondenta mohli považovat dominantnost, odpovědnost a kooperaci. Počet bodů v oktantu AP výrazně stoupá až k autokratické osobnosti. Hodnoty oktantů LM a NO se vyšplhaly na hranici adaptivního chování, směrem k velké odpovědnosti a kooperativnosti. Vyšší skóre hodnot v případě IDEÁlu neznají pravděpodobně snahu chovat se více maladaptivně, nýbrž se projevovali rázněji. Je možné, že respondent byl před svým hraním rázný a hraní ho změnilo ve flegmatického člověka, vzhledem k oktantu AP.

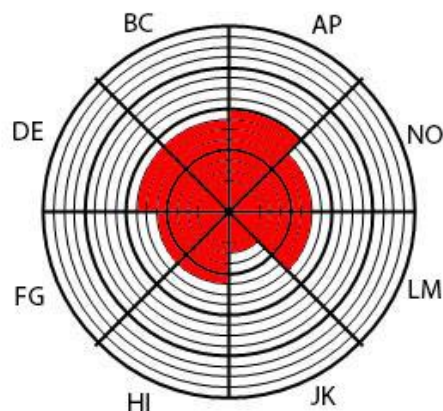
### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondent s výsledky převážně souhlasí, je si vědom toho, že od té doby, co hraje, ho vše ostatní méně zajímá a na ostatních věcech mu tolik nezáleží. Rád by, aby tomu bylo jinak. Věří ale, že jsou i tak pro něj jeho děti stále to nejdůležitější v životě.

## Respondent č. 5



„Já-REÁL



„Já-IDEÁL“

Respondent č. 5 je 24letý muž, je nezaměstnaný a studuje vysokou školu. Bydlí s rodiči a za příčinu svého hraní považuje volný čas strávený v podnicích s automaty a s kamarády, dále především alkohol.

1) Z hlediska oktantů AP a DE se patologický hráč hodnotí jako málo dominantní a málo rázný. Markantní rozdíl nalezneme ve všech ostatních oktantech, jejichž skóre výrazně přesahuje normální hranici 8 bodů. Toto skóre nalezneme u oktantů BC, FG, JK a LM. Z těchto oktantů vyplývá, že se hodnotí jako velmi egocentrický, podezřívavý, hyperkonformní a hyperafiliativní člověk.

2) Rozdíl mezi REÁLEM a IDEÁLEM nalezneme ve všech oktantech. Skóre bodů výrazně kleslo pod hranici normality (8 bodů). Nejvýraznější rozdíl nalezneme mezi oktanty FG a JK, který je celých 9 bodů. Sebehodnocení se tak z podezřívavé osobnosti změnilo na kritickou a z hyperkonformní na konformní.

### **Interpretace:**

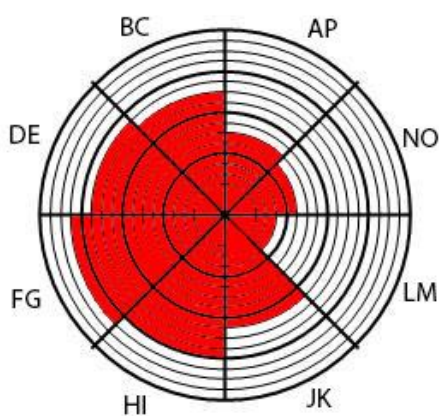
Ze snížení hodnot IDEÁLu vzhledem k REÁLu můžeme vyčíst, že respondent byl nebo by byl více rád méně extrémní v chování. Z největšího rozdílu u oktantů BC, FG a JK vyplývá, že hráčství má největší vliv na oblast individuality, afiliativnosti a konformity.

Hodnoty vypovídají, že respondent byl nebo by byl rád méně egocentrický, podezřívavý a konformní. Celkově se dá hodnotit, že jako patologický hráč se hodnotí výrazně maladaptivně.

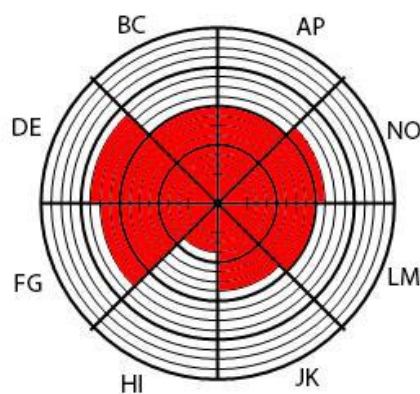
#### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondent tuto diskuzi odmítl.

#### **Respondent č. 6.**



**„Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 6 je 32letý muž. Dosáhl středního vzdělání, je 2 roky nezaměstnaný a je momentálně vedený na pracovním úřadu. Žije sám, je rozvedený a bezdětný. Za příčinu svého hraní považuje ztrátu zaměstnání, rozvod a alkohol.

1) Podle oktantu AP se jako patologický hráč nachází v oblasti adaptivního chování a hodnotí se jako přiměřeně dominantní osoba. V oktantech DE, FG a HI překračuje hranici 8 bodů. Dle tohoto faktu se považuje za agresivní, podezřívavou a poníženou osobnost. Vyššího skóre 9 bodů dosahuje také v oktantu JK, proto ho lze považovat za mírně hyperkonformního. Oktant LM má skóre pouze 3 body, z nich vyplývá, že jako patologický hráč se cítí málo kooperativní.

2) Ve všech oktantech, kde jako patologický hráč dosahoval skóre maladaptivního chování, se počet bodů snížil. V oktantech DE a FG, ale ne dostatečně pod hranici



adaptivního chování. Naopak v oktantu AP a LM se skóre zvýšilo, což vyjadřuje větší dominantnost i kooperativnost. Zajímavý je výsledek oktantu NO, který stoupl o 4 body za hranici maladaptivního chování a hodnocení se tak změnilo z odpovědného na mírně hyperafiliativní.

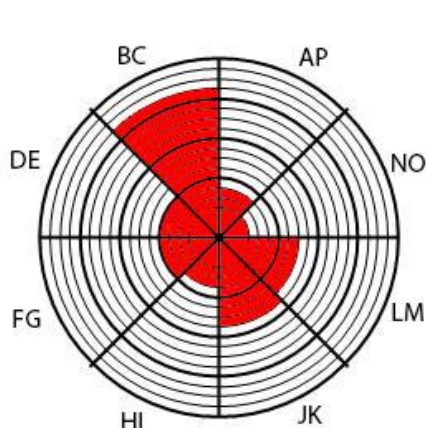
### **Interpretace:**

Z výsledků REÁLu a IDEÁLu lze hodnotit, že patologické hráčství může mít na respondenta menší vliv v oblasti individuality, afiliativnosti, submisivnosti. Vliv bych v oktantu FG nepovažovala za příliš velký, jelikož se respondent i jako IDEÁL hodnotí jako výrazně podezřívavý. Podle oktantu BC respondent byl nebo by chtěl být méně egocentrický a podle oktantu HI méně ponížený. Hodnoty oktantu NO stouply až za hranici 8 bodů, což značí, že byl nebo by chtěl být více odpovědný až hyperprotektivní.

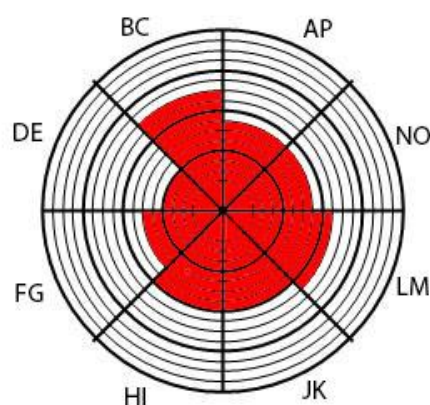
### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondent většinou s výsledky výzkumu souhlasí a dodává, že si myslí, že hraní pouze prohlubuje jeho špatné vlastnosti a to má celkový vliv na jeho chování. Velmi často je mrzutý a je pro něj těžké věřit lidem ve svém okolí. Proto raději tráví svůj čas o samotě v herně.

### **Respondent č. 7**



**„Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**



Respondent č. 7 je 26letá žena. Vystudovala vysokou školu, bydlí s přítelem a je nezaměstnaná. Za příčinu svého hraní považuje současné gamblerství svého přítele a vidinu financí.

1) Jako patologická hráčka se respondentka vnímá jako málo dominantní dle oktantu AP. Markantní rozdíl nalezneme u oktantu BC, který svými 13 body představuje silně egocentrickou osobnost. Ostatní oktanty se nachází v oblasti adaptivního chování. Oktant NO má skóre pouze 1bod, z čeho soudím, že respondentka se jako patologická hráčka považuje za velmi málo odpovědnou.

2) Skóre v oktantu AP vzrostlo o 4 body. Tedy směrem k větší dominantnosti. Oktant BC se nachází stále v oblasti maladaptivního chování a jeho výsledek klesl pouze o 3 body. Oktant HI vzrostl ze 3 bodů na 8 bodů, což značí příklon k více skromnější osobnosti. Zmiňovaný oktant NO vzrostl o celých 6 bodů, směrem k větší odpovědnosti.

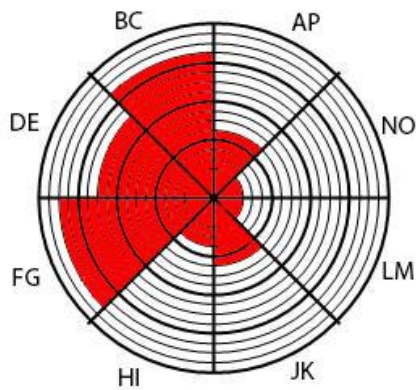
#### **Interpretace:**

Nejvýrazněji patologické hráčství působí na respondentku v oblasti dominantnosti, individuality, submisivnosti, odpovědnosti. Jako IDEÁL byla nebo by ráda byla respondentka více dominantní a o něco méně egocentrická. Ze skóre oktantů HI a NO soudím, že byla nebo by byla ráda více skromná a odpovědná.

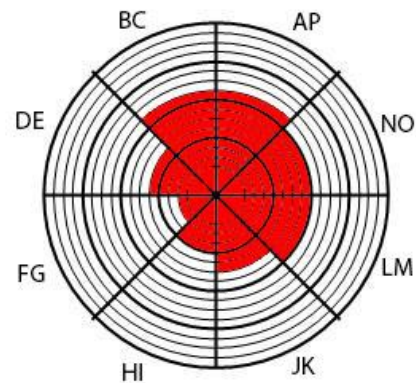
#### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondent tuto diskuzi odmítl.

## Respondent č. 8



**„Já-REÁL“**



**„Já-IDEÁL“**

Respondent č. 8 je 25letý muž se středním vzděláním a je zaměstnaný. Žije sám a je svobodný. Za příčinu svého hraní považuje touhu po financích a vzrušení.

1) Nejvyššího skóre respondent dosáhl v oktantech BC, DE a FG, kde se nachází za hranicí 8 bodů. Podle těchto oktantů se hodnotí jako egocentrický, agresivní a podezřívavý. Naopak nejmenšího skóre jako patologický hráč dosáhl v oktantech LM a NO, kde výsledek 1 bod u obou oktantů znamená velmi málo kooperativní a málo odpovědnou osobu.

2) Dotazník IDEÁL se svým skórem velice liší od REÁLu. Zatímco hodnoty v oktantech BC, DE a FG se markantně snížily, tzn. respondent se hodnotí jako trochu egocentrický, rázný a málo kritický, hodnoty oktantů LM a NO výrazně stouply na hranici 8 bodů, kde se respondent hodnotí jako výrazně kooperativní a odpovědný.

### **Interpretace:**

Ve většině oktantů IDEÁLu lze vysledovat výraznou změnu oproti oktantům REÁLu. Největší vliv má patologické hráčství u respondenta na oblast individuality, agresivity, afiliativnosti, kooperace, odpovědnosti a dominantnosti. Ze skóre soudím, že respondent byl nebo by byl rád méně egocentrický, méně agresivní a podezřívavý.

Naopak byl nebo by byl rád více dominantní, odpovědný a kooperativní. Lze soudit, že patologické hráčství ho odklonilo od odpovědnosti, dominance i kooperace a promítlo svůj vliv v oblasti silné agresivity, egocentrismu a podezřívavosti.

### **Diskuze s respondentem nad výsledky:**

Respondent souhlasí s tím, že hraní změnilo jeho povahu a pravděpodobně i chování. Necítí se být podezřívavý, ale souhlasí s tím, že k okolí přistupuje kriticky a je méně ochotný a kooperativní, což by velmi rád změnil. Cítí se být přátelský a nikoliv egocentrický.

## **18. Shrnutí výsledků a diskuze**

### **18.1. Shrnutí výsledků výzkumu**

Zkoumaný vzorek je z hlediska sebehodnocení velmi různorodý. Můžeme ale nalézt určité podobnosti. Většina respondentů při hodnocení na úrovni „Já REÁL“- já patologický hráč, zasáhla svým skóre oblast maladaptivního chování. Nejčastěji v oktantech BC (egocentrický/kompetitivní), DE (agresivní/rázný) a FG(podezřívavý/kritický). Skóre oktantu AP ( autokratický/dominantní) ve většině případů zůstávalo na hranici adaptivního chování nebo mírně nad ni. Nejnižší skóre v úrovni „Já REÁL“ respondentů se nacházelo v oblasti NO (hyperprotektivní/odpovědný). Nejčastěji se tedy na úrovni „Já REÁL“ respondenti hodnotili jako egocentričtí, agresivní, podezřívaví a málo odpovědní. Většina respondentů o sobě vypovídala jako o přiměřeně dominantní osobě.

Hlavním a nejčastějším rozdílem mezi úrovněmi „Já REÁL“ a „Já IDEÁL“ byl nárůst bodů v oblastech odpovědnosti, kooperace a konformity. Ve zmíněných oblastech maladaptivního chování (agresivita, egocentrismus a podezřívavost) v úrovni „Já IDEÁL“ skóre ve většině případů kleslo. To vše značí, že respondenti jako „nehráči“, zdraví lidé, byli nebo by chtěli být více adaptivní ve způsobech chování.

V tomto zkoumaném vzorku komunity patologické hráčství se nejvíce projevil vliv směrem k maladaptivnímu chování v oblastech individuality, agresivity, afiliativnosti. Ve většině případech se v oblasti maladaptivního chování patologických hráčů, tedy úrovně „Já-REÁL“, objevoval v oktantu BC egocentrismus. Na druhém místě v počtu skóre v oktantu FG podezřívavost a na třetím v oktantu DE agresivita. V tomto vzorku lze tedy nalézt určité struktury maladaptivního chování, jež se váží na patologické hráčství. Nelze jednoznačně říci, že tomu tak je ve všech případech, chování jedinců je ovlivněno celou škálou faktorů, ale patologické hráčství má na toto chování zajisté významný vliv.

Výrazný je také výsledek v oblastech odpovědnosti a kooperace, tedy oktantů LM a NO. Velká část respondentů v úrovni „Já REÁL“ vypověděla, že jako patologický hráč se cítí málo odpovědný a kooperativní. Hodnoty se poté v úrovni „Já IDEÁL“ zvýšily, což značí zájem o větší odpovědnost a kooperativnost.

Velmi důležitou poznámkou je fakt, že výsledek neoznačuje respondenta za patologickou výjimku v chování, nýbrž značí, že respondent v mnoha situacích používá patologický projev chování. Většina respondentů s výsledky dotazníku při diskuzi převážně souhlasila. Negativních změn svého chování si jsou pravděpodobně vědomi a rádi by to změnili. Všichni respondenti souhlasili s tím, že patologické hráčství má rozhodně vliv na jejich interpersonální chování.

## **18.2. Diskuze nad metodologickými otázkami výzkumu**

Pro svůj výzkum jsem zvolila dotazník ICL vzhledem k jeho zaměření na interpersonální chování a osobnost, jelikož mým cílem bylo zmapovat interpersonální chování daných patologických hráčů. Dotazník ICL je možné použít ve velmi různorodých případech: pro malé skupiny, rodiny i skupinovou a individuální psychoterapii. Výhodou dotazníku je možnost jeho použití dvakrát pro jednoho respondenta. Ten lze pak použít k hodnocení interpersonálního chování jako „REÁL“ a „IDEÁL“. V tomto případě jsem jako „REÁL“ použila vyplnění dotazníku, jako patologickým hráčem a „IDEÁL“, jako „nehráč“ a zdravý člověk. Dotazník jsem použila jako hrubou sondu do chování

respondentů. Dotazník není výrazně administrativně náročný na zpracování a možnost pracovat s hrubými skóre je jeho velkou výhodou. Pro můj cíl zhodnotit interpersonální chování patologických hráčů není třeba používat vážené skóre. Hrubá skóre dokonale vystihují posun v interpersonálním chování patologických hráčů. Použití toho dotazníku a interpretaci získaných dat bylo ale nutné konzultovat s odborníkem, vzhledem k odborné povaze ICL dotazníku. Dotazník není veřejně přístupný, a proto ve své práci prezentuji pouze nutné části k pochopení hodnocení.

Velikost výzkumu a počet respondentů odpovídá času, který jsem věnovala výzkumu a jež byl omezený. V případě dlouhodobého výzkumu by bylo možné dotazník rozpracovat na více úrovní podle Learyho teorie nebo kombinovat s jiným osobním dotazníkem či podrobnějším rozhovorem.

Vzhledem k počtu respondentů a povaze výzkumu nelze ze získaných dat provádět obecně platné závěry. I přesto bylo zajímavé odpovědět si na výzkumné otázky a v tomto vzorku respondentů nalézt jisté pravidelnosti a struktury. Přestože komunity patologických hráčů obsahoval pouze dvě ženy, považuji ho za dostatečný, jelikož se problém patologického hráčství týká především a převážně mužů. Prostředí, ve kterém výzkum probíhal, jsem volila tak, aby bylo respondentům příjemné. Probíhal v neutrálním prostředí (kavárna), nebyla však dostatečně zachována intimita prostředí, tudíž i tento prvek mohl narušit průběh a výsledky studie. Pro zmírnění tohoto rušivého prvku bych příště zvolila pravděpodobně jiné prostředí, např. pracovnu psychologa nebo neveřejně přístupnou místnost.

I přes důležitý fakt, že jsem respondenty ujistila o zachování jejich anonymity v rámci výzkumu a také o tom, že z výsledků nenásleduje žádné kritické zhodnocení jejich osobnosti, je velmi pravděpodobné, že při zodpovídání nebyli 100% upřímní. V dnešní společnosti a konkrétně u problému závislosti a „sociálních deviací“ je stud velkým nepřítelem při sdílení informací o svém problému.

Vedle studu, pro mnoho lidí představuje velký problém i sebekritika a umění přiznat si i některé zvláštní vlastnosti či problém. Se sebekritikou úzce souvisí fakt, že se jednalo o velmi osobní otázky, které respondentům nemusí být zcela pohodlné a jejich odpovědi následně nemusely být vždy naprosto pravdivé. Na patologické hráčství je třeba

pohlížet jako na nemoc, tudíž na patologické hráče jako na nemocné, kteří nutně nemusí sobě ani okolí upřímně problém přiznávat a proto potřebují pomoc. S ohledem na tyto překážky si však myslím, že respondenti k dotazníku přistoupili velmi sebekriticky, což se promítlo i ve výsledcích, které zaznamenaly jejich maladaptivní chování.

Přínosným pro mě i respondenty byla možnost s nimi zhodnotit výsledky jejich dotazníku. Tři respondenti tuto možnost odmítli vzhledem k citlivosti údajů. Pro ostatní, kteří měli možnost své výsledky okomentovat, zhodnotit nebo uvést na pravou míru, byla tato možnost podle mne velkým přínosem. Během této diskuze nad výsledky jsem měla možnost zjistit, zda výzkum u respondentů nevyvolával toxické myšlení, čemuž bych se v rámci etiky své práce měla vyvarovat. Všech pět respondentů, jež se zúčastnili diskuze nad výsledky, mi na tuto kontrolní otázku odpověděli záporně. Potvrdili mi, že toto zhodnocení jim velmi reálně ukazuje, jaké má hráčství nežádoucí účinky na jejich interpersonální chování.

Validita získaných dat také mohla být ovlivněna důležitým faktem, že jsem tento výzkum prováděla poprvé. Z výzkumu jsem získala cenné informace a zkušenosti a z jeho průběhu jsem se poučila, jak při podobném výzkumu lze snížit počet negativně působících prvků na validitu výzkumu. Myslím, že pokud bych otázky o možné příčině a také o povaze respondentů nepokládala osobně, nýbrž poskytla text otázek písemně a požádala je o krátkou úvahu nad těmito otázkami, odpovědi by pak mohly mít větší validitu. Druhou změnou by byla již zmiňovaná volba prostředí, kde by výzkum probíhal.

Výsledky mé práce nepotvrzují ani nevyvracejí existující studie či teorie, což vzhledem k počtu respondentů a variability osobnosti není možné. Ale poukazují však na určité souvislosti mezi mnou vybraným vzorkem z komunity patologických hráčů a jejich interpersonálním chováním.

## 19. Závěr

Svou výzkumnou studii považuji za poměrně úspěšnou a přínosnou. Cílem práce bylo zmapovat interpersonální chování patologických hráčů, což se domnívám, že jsem rámcově splnila. V teoretické části své bakalářské práce jsem považovala za nutné vysvětlit terminologii, která se týká gamblersství a fází vzniku, průběhu a léčby patologického hráčství. Velmi podstatné bylo na patologické hráčství pohlížet jako na komplexní problém a především krizi, která se dotýká všech oblastí života hráče a jeho okolí. Kladnou pro mne byla volba ICL dotazníku a aplikování Learyho teorie, aby mi umožnily přehledným způsobem a jasně odpovědět na výzkumné otázky.

Přínos mé práce vidím ve třech hlavních bodech - a to pro mne, jako pro výzkumníka, za druhé pro patologické hráče, se kterými jsem pracovala a za třetí pro čtenáře této práce. Měla jsem možnost pochopit celý vznik a průběh patologického hráčství a také seznámit se se všemi nástrahami, které na nás „hazard nastražil“. Pochopením příběhů respondentů jsem nyní schopna na tento problém nenahlížet nezáživně, ale pokusit se porozumět obětem této závislosti. Věřím, že respondenti, se kterými jsem pracovala, tuto zkušenost ocení a bude jim životním vkladem. Mohou si přiznat problém patologického hráčství nebo jim tato zkušenost může pomoci najít odvahu i vyhledat léčbu a též může posloužit k orientaci se v sobě sama. Nejčastěji respondenti během mého výzkumu vypověděli, že je patologické hraní směřuje více k egocentrismu, agresivitě a podezřívavosti. Rádi by v těchto oblastech byli mírnější (kompetitivní, rázný a kritický) a naopak by rádi zvýšili svou odpovědnost, která v případech patologických hráčů byla na velmi nízké úrovni. Pro čtenáře mé bakalářské práce vnímám její přínos v bližším seznámení se s tímto doposud málo diskutovaným problémem a zároveň doufám, že bude dostatečným varováním před touto špatnou životní zkušeností nebo dokonce životní etapou.

Myslím, že výzkum je možné do budoucnosti rozpracovat v rámci dalších úrovní ICL dotazníku nebo z pohledu celé rodiny na patologického hráče a jeho chování. Věřím, že každý výzkum v této oblasti přispěje k prozkoumání zatím příliš neobjasněných spojitostí mezi interpersonálním chováním a patologickým hráčstvím.

„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, kde udeří, tam nastává neštěstí, bída, oslabení charakteru a zločin“ B. Seebohm Rwantree v úvodu knihy: „Sázky a hazardní hry, národní zlo.“ Anglie 1905.



## **20. Seznam použité literatury**

### **20.1. Knižní zdroje**

BAGBY R.M., Ph.D., C. Psych. Centre for Addiction and Mental Health: Final Report Submitted to the Ontario Problem Gambling Research Centre, August 2007

DISMAN M.: Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. Vydání. Praha: Karolinum, 2000

FISCHER J., ŠKODA J. Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, 2009

GRIFFITHS, Mark. Přehled problémového hráčství v Evropě. 1. Vydání. Úřad vlády ČR, 2013

KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976

MIOVSKÝ M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, Grada Publishing, 2006

NEŠPOR Karel MUDr.. Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag, 1999

NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2011

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007

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

PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008

The Ontario Problem Gambling Research Centre. Koncepční rámec škodlivého hráčství. Úřad vlády ČR, 2013

### **20.2. Internetové zdroje**

Gambling Compliance. GamblingCompliance [online]. 2014 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.gamblingcompliance.com>

Smích, relaxace, střízlivost. Prim. MUDr. Karel NESŠPOR, CSc. [online]. 2014 [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu>

## 21. Přílohy

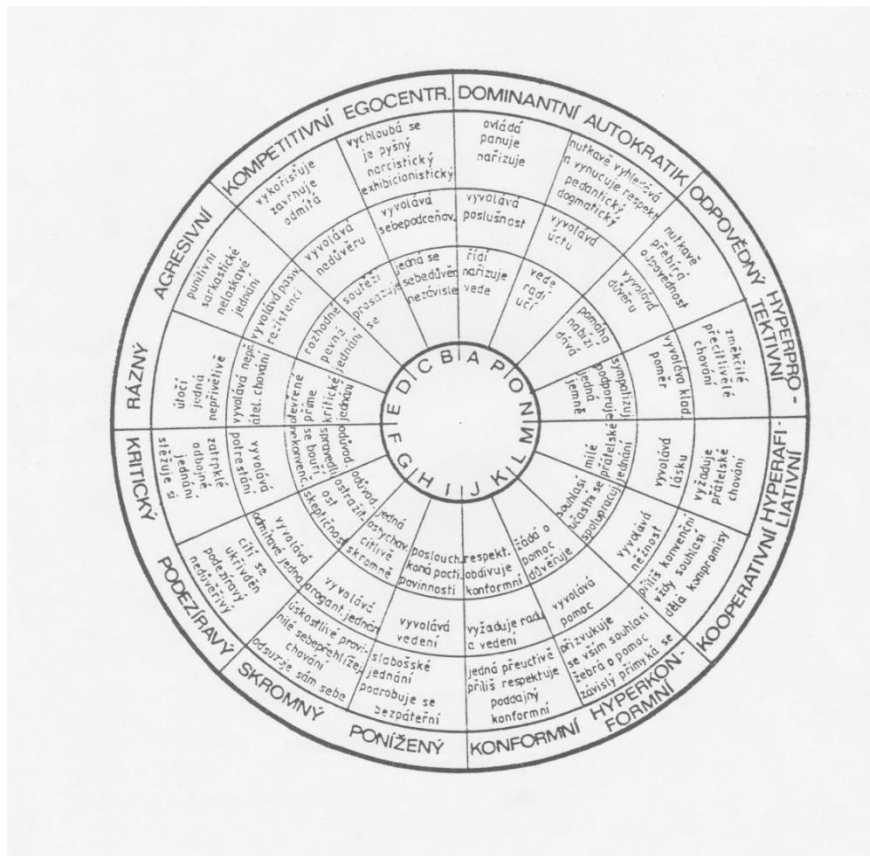
### Příloha č. 1.

Dotazník Gamblers Anonymous:

1. Ztrácíte často kvůli hře čas?
2. Učinila hra Váš život doma nešťastný?
3. Poškodila hra Vaši pověst?
4. Cítíte po hře výčitky svědomí?
5. Hrál jste někdy proto, abyste získal peníze, jimiž byste zaplatil dluhy nebo vyřešil finanční těžkosti?
6. Zmenšilo hraní vaší ctižádost a výkonnost?
7. Když prohrajete, máte pocit, že se musíte co nejdříve vrátit a vyhrát ještě víc?
8. Když vyhrajete, máte silnou touhu se ke hře vrátit a vyhrát ještě víc?
9. Hrajete často tak dlouho, dokud neprohrajete poslední peníze?
10. Půjčil jste si někdy proto, abyste financoval hru?
11. Prodal jste někdy něco, abyste financoval hru?
12. Nechce se vám používat finance ze hry pro normální účely?
13. Způsobila hra to, že se nestaráte o prospěch rodiny?
14. Hrál jste někdy déle, než jste měl původně v úmyslu?
15. Hrál jste někdy, abyste unikl trápení a starostem?
16. Spáchal jste někdy, nebo jste někdy uvažoval o spáchání nezákonného činu, abyste financoval hru?
17. Působí vám hra potíže se spaním?
18. Vedou hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že ve vás vzniká touha hrát?
19. Když se na vás usměje štěstí, cítíte touhu to oslavit pár hodinami hry?
20. Uvažoval jste někdy o sebezničení v důsledku hry?

## Příloha č. 2

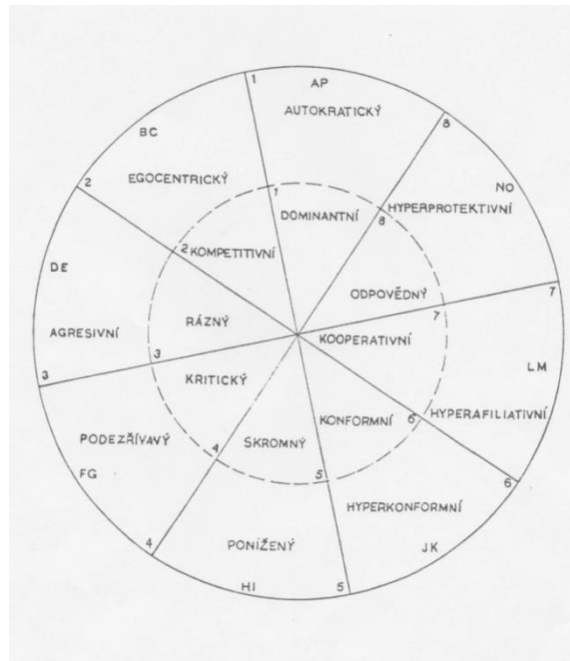
Klasifikace interpersonálního chování<sup>59</sup>



<sup>59</sup> KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976

### Příloha č. 3

Schematická ilustrace interpersonální diagnózy<sup>60</sup>



<sup>60</sup> KOŽENÝ, J., GANICKÝ, P.: Dotazník interpersonální diagnózy ICL. Bratislava: Psychodiagnostica, 1976