

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Radka Solfronková, DiS.**

Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti  
a postoje pacientů

*Conjoint inpatient treatment of pathological gambling and addiction syndrome:  
needs, experiences and attitudes of patients*

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

**Praha 2014**

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 23. července 2014

.....

Radka Solfronková

### **Poděkování:**

Na tomto místě chci poděkovat panu Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení diplomové práce, za jeho cenné rady a připomínky a vstřícnost při zpracování práce. Také chci poděkovat panu MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D. za poskytnutí aktuálních dat. Dále patří dík všem ředitelům a pracovníkům léčeben, kteří mi umožnili výzkum a byli nápomocni a velmi děkuji pacientům ochotným zapojit se do průzkumného šetření. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Speciální poděkování patří mé drahé rodině za nezměrnou podporu a trpělivost.

**Identifikační záznam:**

SOLFRONKOVÁ, Radka. *Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti a postoje pacientů. [Conjoint inpatient treatment of pathological gambling and addiction syndrome: needs, experiences and attitudes of patients]*. Praha, 2014. 94 s., 20 s. příl. Diplomová práce (Mgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Vacek, Jaroslav.

## Abstrakt

Patologické hráčství způsobuje závažné dopady na jedince, jeho okolí i na celou společnost v oblasti ekonomické i duševního, tělesného a sociálního zdraví. V České republice je patologickým hráčstvím ohroženo přibližně 40 – 80 000 dospělých osob, zastoupení v léčbě je však pouze 2,5 – 5 % jejich odhadovaného počtu ročně. Faktorem může být skutečnost, že v ČR probíhá ve většině zařízení léčba patologických hráčů společně s léčbou nelátkových závislostí.

V úvodu teoretické části práce je vysvětlen pojem patologické hráčství, je zde uvedena prevalence a počet léčených pacientů s diagnózou patologické hráčství a dostupnost elektronických hracích zařízení v České republice i v zahraničí, dále jsou zmíněny etiologické souvislosti, patogeneze a některé diagnostické aspekty patologického hráčství, provedeno srovnání patologického hráčství s látkovou závislostí a představeny způsoby léčby patologického hráčství a jiných závislostí. V závěru teoretické části je popsán systém péče o patologické hráče v České republice i v zahraničí.

Cílem výzkumné části studie bylo zjistit a popsat společné a rozdílné znaky pacientů s diagnózou patologické hráčství a pacientů s diagnostikovanou jinou závislostí z hlediska klinického obrazu, potřeb, pojetí a způsobu léčby, zjistit názory, postoje a zkušenosti se společnou léčbou. Výzkum je zaměřen na českou populaci pacientů s diagnózou patologické hráčství a pacientů s diagnostikovanou látkovou závislostí společně se aktuálně léčících v rezidenční léčbě. Nepravděpodobnostní metodou kvótového záměrného výběru přes instituce byl vybrán soubor 21 respondentů. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Při analýze dat bylo využito metod vytváření trsů a zachycení vzorců, a metod zakotvené teorie a kontrastů a srovnávání.

Bylo zjištěno, že hráči jsou ve společné léčbě ve významné menšině. Hráči pohlíží na látkově závislé nadřazeně, což přináší komplikace v léčbě. Více než polovina hráčů by zvolila léčbu specializovanou. Látkově závislí by volili léčbu společnou. Problematická je otázka informovanosti o možnostech adiktologické péče a kapacity léčeben. Optimální se jeví model - léčba společná, některé programy specializované. Výhodou je možnost kompletní specializované léčby pro patologické hráče.

**Klíčová slova:** patologické hráčství – syndrom závislosti – společná ústavní léčba -  
potřeby – postoje - zkušenosti

## **Abstract**

Pathological gambling brings serious impacts on an individual, his or her surroundings and the society in the areas of economics, intellectual, physical and social health. In the Czech Republic about 40,000 – 80,000 adults are threatened by pathological gambling, however the actual amount of treated adults is only about 2.5 - 5% of the total year estimate. The reason behind this number can be the fact that in the Czech Republic pathological gambling is treated together with substance addiction in most of the therapy centers.

In the beginning of the theoretical part the concept of ‘pathological gambling’ is defined and the prevalence and the number of treated patients with the diagnosis of pathological gambling is shown along with the availability of electronic gaming devices in the Czech Republic and abroad. Furthermore, etiological context, pathogenesis, and some diagnostic aspects of pathological gambling are described. The theoretical part further compares pathological gambling with substance addiction and the treatments of pathological gambling and introduces the treatments of other addictions in the healthcare system in the Czech Republic.

The goal of the empirical part of the thesis is to find out and describe different and similar features of patients with the diagnosis of pathological gambling and patients with the diagnosis of a different kind of addiction in terms of the clinical picture, needs, treatment approaches to the patients and also the attitudes, opinions and experiences of the patients with a conjoint treatment. Research focus is put on Czech population of patients with the diagnosis of pathological gambling and patients diagnosed with the substance addiction who are currently treated in the residential treatment centers. Improbability quota purposive sampling method through institutions is an ensemble of 21 respondents. Data was gathered via semi-structured interviews. Data analysis employed methods of cluster analysis and pattern recognition and embedded theories of contrasts and comparisons.

Research findings show that pathological gamblers represent minority in the conjoint treatment and perceive the patients with substance addictions as inferior to them, which is causing some difficulties in the treatment. More than a half of pathological gamblers would choose a specialized treatment. Patients with the diagnosis of substance addiction would choose conjoint treatment. The hot issue is the awareness of the possibilities of addictology treatment and the capacity of the treatment centers. The optimal model includes conjoint treatment with some specialized programs. The advantage is the possibility of complex specialized treatment for the pathological gamblers.

**Key words:** pathological gambling – addiction syndrome – conjoint inpatient treatment – needs – attitudes - experiences

## *Obsah*

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ.....	11
2 PREVALENCE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ A POČET LÉČENÝCH .....	12
2.1 Výskyt hráčství v populaci .....	12
2.2 Počet léčených .....	12
3 DOSTUPNOST HRACÍCH ZAŘÍZENÍ.....	14
4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ.....	15
5 PODOBNOSTI PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ S JINÝMI ZÁVISLOSTMI .....	17
6 ROZDÍLY MEZI PATOLOGICKÝM HRÁČSTVÍM A JINÝMI ZÁVISLOSTMI	21
6.1 Komorbidita .....	21
6.2 Příznaky.....	22
6.3 Důsledky .....	23
7 LÉČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ.....	25
8 SYSTÉM PÉČE O PATOLOGICKÉ HRÁČE.....	29
8.1 Systém péče v České republice.....	29
8.2 Systém péče a léčba patologického hráčství v zahraničí .....	29
8.3 Prevence patologického hráčství .....	30
9 SHRUTÍ .....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
10 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY.....	34
10.1 Výzkumné cíle .....	34
10.2 Výzkumné otázky.....	34
11 METODIKA .....	35
11.1 Výběrový soubor a použité metody jeho výběru.....	35
11.2 Metody získávání dat.....	36
11.3 Popis nástroje a strategie .....	37
11.4 Způsob analýzy získaných dat.....	37
12 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	38
13 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	39
13.1 Charakteristika výzkumného vzorku .....	39
13.2 Výzkumná zjištění - odpověď na výzkumné otázky .....	42
13.2.1 Klinický obraz a terapeutické potřeby pacientů .....	42
13.2.2 Klinický obraz a terapeutické potřeby - shrnutí .....	55

13.2.3 Terapeutické postupy, cíle léčby a přístup k pacientům.....	56
13.2.4 Postupy, cíle léčby a přístup k pacientům - shrnutí .....	60
13.2.5 Postoje ke společné léčbě a zkušenosti pacientů .....	61
13.2.6 Postoje a zkušenosti pacientů - shrnutí .....	76
<b>14 DISKUZE.....</b>	<b>79</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>83</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>92</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>93</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>93</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>94</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>94</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>95</b>



## ÚVOD

*„Hra je pro lidi duchaplné rozptýlením, pro hlupáky vášní.“*

*(A. Dumas ml.)*

Na hru lidstvo vždy pohlíželo jako na věc příjemnou a dobrovolnou, jako na ideální svobodnou lidskou činnost, jež má rekreační a zábavný charakter. Hra probouzí nevědomé části lidské psychiky, které lidem umožňují být kreativní a kde doufají i ve vyplnění svých snů, v kouzla. Je to svět fantazie, svět „jakoby“, kde si člověk může vše beztravně vyzkoušet. Lehkost myšlenky a její uskutečnění hrou je něco, co nás vášnivě přitahuje tak, že dokážeme zapomenout na reálný svět. Do hry je v hazardu však zakomponován reálný život od ztráty peněz, času, vztahů až někdy po ztrátu života (Frouzová, 2008). Ne ve všech případech herní aktivity působí rozvojetvorným efektem a ne vždy obohacují život jedince a jeho sociální okolí.

Existence hazardních her (hry, jejichž výsledek závisí pouze na náhodě, nikoli na dovednostech nebo schopnostech hráče, jak uvádí Petráčková a Kraus (2000) je dokumentována už ve starověkých kulturách. Jak se vyvíjela lidská společnost, měnily a rozšiřovaly se prostředky, formy a způsoby zábavy a hry. Díky technickému rozvoji došlo ke vzniku herního průmyslu, který neustále dynamicky expanduje a příležitosti vyzkoušet hráčskou štěstěnu, jsou v současné době téměř na každém kroku. Herny lze navštěvovat v jakoukoliv denní či noční dobu, zvětšuje se i variabilita nabídky. Novou oblastí gamblingu (gambling = chorobná závislost na hraní hazardních her), která se objevila v roce 1995 je hraní a sázení pomocí internetu. Gambling se v Čechách ve velkém začal rozvíjet po roce 1989. V porevoluční době pod vlivem vystupňované touhy rychle zbohatnout upadaly do patologického hráčství (ekvivalent gamblerství nebo gambling) spíše vyšší střední vrstvy obyvatelstva s dobrým rodinným a vzdělanostním zázemím. Později nastal posun směrem k mladším jedincům a nižším vrstvám. Jakousi českou specifikou se stal gambling jako součást hospodského životního stylu v kombinaci s pitím piva. V posledních několika desetiletích se doba výrazně změnila a ohrožení v podobě patologického hráčství se týká mnohem širších vrstev společnosti. Lze říci, že v současné době je gamblerstvím přímo či nepřímo ohrožena celá společnost.

Na rozdíl od zemí, které se s negativními dopady hraní setkávají již delší dobu, je v České republice nebezpečí vzniku patologického hráčství stále podceňováno. Americká Psychiatrická Asociace uznala patologické hráčství jako nemoc už v roce 1980, zatímco u

nás se tato diagnóza oficiálně používá až od ledna roku 1994. Situaci dokresluje i skutečnost, že počet kasin v našem hlavním městě je 2,5krát větší než v celém Německu (Prunner, 2008), a z evropských zemí s dostupnými daty byl v ČR počet 7,47 EHZ (elektronické hrací zařízení) na 1000 obyvatel nejvyšší. Téměř stejně velkou nabídku (7,3) má Itálie, avšak ostatní srovnávané země mají nabídku podstatně menší (Mravčík et al., 2014). Nedostatečná pozornost je věnovaná nejen vytváření legislativního rámce nebo prevenci a osvětě, ale také systematickému exaktnímu vědeckému zkoumání a získávání důležitých informací pro boj s touto hrozbou. Stále narůstajícímu riziku vzniku hráčských závislostí tak neodpovídá stav připravenosti a schopnosti tomuto nebezpečí aktivně čelit. Přestože různou měrou efektivní léčba patologického hráčství v současnosti v řadě případů existuje, je nutné dalším zkoumáním podpořit snahy odborníků vytvořit podmínky pro možnost poskytnout účinnou pomoc.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

Problémové hraní je možné popsat jako hraní, které se vyznačuje potížemi s omezením času a peněz na něj vynaložených, což následně vede k rozvoji negativních důsledků jak pro hráče, tak pro osoby v jeho okolí i pro společnost (Neal et al., 2005). Problémové hraní lze rozdělit podle jeho závažnosti na mírně závažné, středně závažné a těžké, které je označováno též jako patologické hráčství. Patologický hráč na rozdíl od „normálního“ hráče trvale opakuje svou herní činnost a častokrát zvyšuje její intenzitu i přes způsobené negativní důsledky této aktivity, k čemuž ho nutí intenzivní puzení.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je patologické hráčství zařazeno do kapitoly Nutkavé a impulzivní poruchy pod dg F63.0 a spočívá v „častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných“.

Patologické hráčství je potřeba odlišovat od jiných forem hráčství, které nelze za patologické hráčství považovat. Podle Nešpora (2011) jsou to zejména tyto formy hráčství:

- *hráčství a sázkařství dg Z72.6* (časté hraní pro vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze, kdy tito hráči pravděpodobně udrží svůj zvyk v přijatelných mezích, pokud jim přinese velké ztráty)
- *hráčství u sociopatických osobností dg F60.2* (tyto osoby mají trvalou poruchu sociálního chování vyznačující se agresivními činy a výraznými projevy nezájmu o blaho a city druhých)
- *nadměrné hráčství u manických pacientů dg F30*

Rovněž je potřeba diferencovat mezi rekreačním a problémovým či patologickým hraním. Nástroje určené k diagnostikování patologického hráčství umožňují monitorování změn jednotlivých symptomů a zvyšují pravděpodobnost pomoci těm, kteří o radu a pomoc odborníků požádají. Často využívaným nástrojem je dotazník „South Oaks Gambling Screen“ (SOGS) nebo dvacetipoložkový dotazník „Gambler Anonymous 20 questions“ (GA-20). Devítipoložkový dotazník „Problem Gambling Severity Index“ (PGSI) umožňuje odborníkům diagnostiku míry vzniku rizik a souvisejících problémů s hraním sázkových her a loterií (*Příloha 1*). Dále je využíván např. „Early Intervention Gambling Health test“ (EIGHT), osmipoložkový testovací nástroj vytvořený pro běžné uživatele a mnoho dalších.

## **2 PREVALENCE PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ A POČET LÉČENÝCH**

### **2.1 Výskyt hráčství v populaci**

Prevalence patologického hráčství v populaci ČR nebyla do nedávné doby zkoumána a kvalifikovaný odhad činil 0,5 – 1% (Nešpor, 2005), resp. 1 – 3% (Šerý, 2001). Průměrem hodnot aktuálních evropských výzkumů byl rozsah 0,15 – 0,8% (12-ti měsíční prevalence) patologického hráčství (Meyer, 2009). Podle nejnovějšího Národního výzkumu užívání návykových látek, který byl proveden NMS v roce 2012, má v České republice celoživotní zkušenost s hraním sázkových her přibližně 60 % populace ve věku 15–64 let. Pomineme-li číselné loterie, stírací losy, drobné sázky s přáteli apod., má s hraním během života zkušenost 25 % populace. Je odhadováno, že v posledních 12 měsících (bez loterií a drobných sázek) hrálo hazardní hry 14 % dospělých v České republice. Na prvních příčkách se s ohledem na frekvenci hraní a objem prosázených peněz umisťují hráči na elektronických herních zařízeních (EHZ - tj. technická zařízení VHP, VLT, EMR viz seznam zkratk) a hráči sázkových her přes internet.

O 4,5 – 5,0 % obecné populace ve věku 15 – 64 let, což odpovídá 325 až 364 tisícům osob, můžeme říct, že se nachází v určité míře rizika vzniku problémového, resp. patologického hráčství. Hráči ve vyšším riziku tvoří 1,7 - 2,3 % dospělé populace ČR ve věkovém rozmezí 15 – 64 let, což je asi 123 – 170 tisíc osob. Z toho ve vysokém riziku vzniku patologického hráčství se nachází 0,6 – 1 % populace, tedy přibližně 40–80 tisíc dospělých Čechů, což odpovídá výše uvedeným kvalifikovaným odhadům. Polovina z těchto osob spadá do věkového rozmezí 15 – 34 let. Většina (cca 85 – 90 %) patologických hráčů jsou muži (Mravčík et al., 2014).

O hraní hazardních her u dětí a adolescentů jsou v ČR jen omezené informace. S hraním na EHZ uvedlo v roce 2011 zkušenost 9,6 % šestnáctiletých, za pravidelné hráče (jedenkrát měsíčně a častěji) lze považovat 3,1 % šestnáctiletých (Mravčík et al., 2014) (*Příloha 2*).

V zemích Evropské unie byl evaluačními průzkumy s využitím různých metod stanoven odhad prevalence v rozpětí 0,49 – 5,5 % obecné populace, průměrně 1,72 % - indikátor 12 měsíční prevalence problémových a patologických hráčů (Vacek, 2011).

### **2.2 Počet léčených**

Naproti tomu zastoupení problémových hráčů v léčbě je v České republice nízké (2,5 – 5 % jejich odhadovaného počtu ročně), což může být způsobeno různými faktory, jako jsou absence specializovaných služeb pro hráče, skrývání problému před okolím nebo

nízká informovanost hráčů a jejich rodin o možnostech léčby. Podle informací ÚZIS ČR bylo např. v roce 2012 léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních pouze 1 415 pacientů s diagnózou F63.0 – patologické hráčství a v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních lůžkových zařízení bylo s touto diagnózou hospitalizováno celkem 527 případů. Celkem se tedy jedná o 1942 léčených pacientů (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 50/2013). V kontaktu s léčebným zařízením je tedy pouhý zlomek patologických hráčů v ČR, jak upozornil i národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil. Pro diagnózu F63.0 se léčí více mužů než žen. V ambulantní péči se v roce 2012 ženy podílely na celkovém počtu pacientů více než 11 %, v lůžkové péči byl podíl o 1 % nižší než v ambulantní (činil 10%). V posledních letech se však tento podíl postupně zvyšuje (*Příloha 3*).

Pro srovnání, co se týče počtu léčených pacientů s diagnózou jiné závislosti (dg. F10 – F19), bylo v roce 2012 zaznamenáno celkem 15 416 hospitalizací v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic, z čehož 9 544 hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem (dg. F10) a 5 872 hospitalizací bylo pro (dg. F11 - F19) poruchy způsobené užíváním nelegálních drog (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 46/2013). (*Příloha 3*).

Je pravděpodobné, že výskyt patologického hráčství v české populaci bude v celosvětovém měřítku nadprůměrný s ohledem na nadprůměrnou dostupnost a poměr her se závislostním potenciálem ve městech a obcích České republiky.

### 3 DOSTUPNOST HRACÍCH ZAŘÍZENÍ

Dostupnost sázkových her je faktor, který nejen ovlivňuje prevalenci hráčství v populaci, ale také významně ztěžuje proces léčby patologických hráčů. Podle Williamse et al. (2012) hraje větší roli fyzická dostupnost heren než hustota hracích přístrojů. Mezi různými druhy her, které trh nabízí, jsou významné rozdíly v jejich potenciálu způsobit problémové nebo patologické hraní. Tyto rozdíly jsou dány jednak charakteristikami her např. výší sázek, frekvencí her, pravděpodobností výhry, výší jackpotu, ale také zvukovými, barevnými a světelnými efekty, dostupností, náročností pravidel hry, reklamou nebo prostředím apod. (Parke and Griffiths, 2007; Abbott et al., 2013) Z tohoto hlediska jsou rizikové zejména EHZ a obdobná technická zařízení. Vysoce rizikové jsou také kurzové sázky, on-line sázení a sázkové hry v kasinu (Lund, 2011). Převážnou část osob s problémy s nadměrným hraním tvoří v řadě evropských zemí právě hráči výše uvedených druhů her (Lund, 2006; Parke and Griffiths, 2007; Livingstone et al., 2008; Williams et al., 2012).

Podle dostupných dat dosahuje relativní počet herních technických zařízení (EHZ) v České republice v porovnání s Evropou nejvyšších hodnot (*Příloha 4*). K měsíci lednu roku 2012 připadá v České republice na 1000 obyvatel přibližně 7,5 technických zařízení (zejména výherních hracích přístrojů a interaktivních loterijních terminálů), přičemž ve velkých městech je tento podíl ještě vyšší, kdy na 1000 obyvatel připadá přibližně 11 technických zařízení. Např. v Německu je počet technických zařízení na 1000 obyvatel 3,0; v Polsku 0,6; v Rakousku 0,3; na Slovensku 3,7 (Mravčík et al., 2014). Podle Lunda (2009) vedlo snížení dostupnosti výherních automatů v důsledku prohibičního norského zákona z roku 2007 k podstatnému snížení počtu rizikových a patologických hráčů v populaci. Počet technických zařízení v ČR má v posledních letech sice klesající tendenci, přesto množství prosázených peněz narůstá. V ČR bylo v roce 2012 prosázeno celkem 135,5 mld. Kč (Mravčík et al., 2014).

#### 4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ

Základními pohnutkami toho, že člověk začne hrát (mnohdy více než je zdrávo), jsou, jak uvádí Frouzová (2008), snadný přístup ke hře a příznivé okolnosti. Dotyčný má čas, chce se bavit, vidí hrát ostatní a chce se k nim přidat. Další pobídkou může být představa lehce a rychle vydělaných peněz, nebo prohraných peněz, které chce získat zpět. Schaefer (1987), Peele (2001), Stearman (2001) hovoří o jakési vnitřní prázdnotě a neautenticitě těchto lidí s intenzivní potřebou nějakého vnějšího rizikového děje, kde vzrušení z ohrožení přináší slast a pocit dotyku s vlastní existencí. Sociolog Aasved (2003) poukazuje na atmosféru teroru výkonu poměřovaného penězi a konzumem, které se mění v kompulzivní chování. Život jako štvance v hostilním prostředí na jedné straně a na straně druhé existenciální úzkost z nesmyslnosti bytí. U gamblers byla pozorována určitá regrese do dětského magického myšlení s potřebou náhradního objektu a onipotentní pocity s vírou v nadpřirozenou ochranu štěstěny. Patologické hráčství je často provázeno depresemi, proto jeden čas převládal názor, že by mělo být léčeno podáváním lithia. Jiní odborníci si však depresi vykládají nižší aktivitou serotoninového systému nebo nedostatkem endorfinu v mozku (Frouzová, 2008). Mnoho (zejména zahraničních) odborníků nahlíží na patologické hráčství jako na neurobiologický problém (Bergh et al., 1997; Blum et al., 2000; Schaffer a Kidman, 2003). Zvýšeného množství dopaminu a adrenalinu, které jsou základem vytvoření závislosti, si všímají i Ruden a Byalick (2000), Ricketts a MacAskill (2004). Nábělek (1997) se ve své teorii neomezuje pouze na chemické procesy v mozku, ale poukazuje na složitost interakcí jednotlivých neurotransmiterových systémů a dává je do vztahu i k psychosociálním podnětům.

Závislost na procesech je dnes spíše považována za návykovou a impulzivní poruchu, nicméně praxe léčby těchto poruch se léčí společně či velmi podobným způsobem jako na objekt specifikovaná závislost. Neurobiologické výzkumy ukazují, že jak psychoaktivní látky, tak i naše smyslové percepce a chování stimulují neurobiologické systémy a dopaminový odměňující systém, kterému je připisována hlavní role při vývoji a pokračování závislosti (Ingram, 1998). Významná podobnost a vzájemná podpora některých závislostí a kompulzivního chování naznačují možnost existence společného faktoru. V léčbě je proto snaha o multimodální přístupy obsahující objektově specifické i obecně závislostně zaměřené přístupy (Frouzová, 2008).

Patologické hráčství zůstává v etiologii i terapii obtížnou diagnostickou jednotkou. I když je možné, pokusit se o identifikaci psychodynamických aspektů etiologie gamblingu

a jejich odrazu v léčbě, úplného úspěchu v léčbě zřejmě není možné dosáhnout výlučně psychodynamickou nebo psychoanalytickou cestou. Není přesvědčivě doloženo, že identifikace a interpretace interních konfliktů patologického hráče vede k odstranění jeho hráčského chování. Neexistuje jediný koncept hráčství jako nemoci. Moreyrová et al. (2000) naznačuje některé možné etiologické koncepty gamblingu:

- Hráčství jako porucha kontroly impulsů (čemuž odpovídá zařazení v diagnostickém systému MKN 10)
- Hráčství jako ekvivalent afektivní poruchy zejména depresivní (možné poruchy serotoninergního nebo dopaminergního systému). Zde by přicházela v úvahu farmakologická terapie.
- Hráčství jako obsedantně-kompulzivní porucha.
- Hráčství jako nelátková závislost, čemuž odpovídá současný způsob léčby v České republice, většinou společný pro gamblery a závislé na alkoholu.
- Hráčství jako směs různých poruch, které jsou charakterizovány společnými behaviorálními projevy. Z toho vychází snaha léčit gamblery pomocí KBT nebo BT přístupů.

Z dosavadních poznatků vyplývá, že jakákoliv závislost včetně patologického hráčství je choroba, která nemá jen jedinou příčinu a vzniká a udržuje se nepřetržitým vzájemným a často i zpětnovazebným působením různých systémů.



## 5 PODOBNOSTI PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ S JINÝMI ZÁVISLOSTMI

*Přestože v současné době je již v platnosti DSM-5, je v této práci využito DSM-IV z důvodu jeho aktuálnosti v době zpracovávání práce a s ohledem na to, že použité materiály včetně nejnovějšího Národního výzkumu vychází taktéž ještě z DSM-IV, tak aby byla zachována kontinuita. Kritéria patologického hráčství dle DSM-5 se liší pouze pořadím bodů s vypuštěním bodu č. 8. a za trvajících a opakujících se maladaptivních chování ve vztahu k hazardní hře je považováno takové jednání hráče, které vykazuje alespoň 4 (místo původních 5) z indikátorů v období 12 měsíců (Příloha 5). Patologické hráčství bylo v pátém vydání DSM nově zařazeno do skupiny označené jako „Látkové a další návykové poruchy“ (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).*

Jak již bylo naznačeno, na vzniku patologického hráčství se v různé míře u různých jedinců interaktivně podílí uvedené čtyři základní systémy. Zde je nutno dodat, že stejné systémy se podílí i na vzniku jiných závislostí:

- *psychický systém* – každý člověk má určité osobnostní charakteristiky (např. je zranitelnější nebo má sklony k vyhledávání vzrušení a rizika), někdo může prožívat těžkou životní situaci
- *fyzický systém* – patologické hráčství sice nevede na rozdíl od závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách k silným tělesným odvykacím stavům, nicméně psychiku i celkovou kondici ovlivňuje, u závislosti na alkoholu byla prokázána i genetická souvislost
- *rodinný systém* – i rodina může paradoxně vzniku a udržování nemoci napomáhat, popis těchto vlivů je však nad rámec této práce
- *sociální systém* – postoj společnosti k problému (k užívání drog, kouření, pití alkoholu, hraní), společnost, která legalizuje zákony a upravuje formy hazardní hry.

Podle Nešpora (2000) a Hroncové a kol. (2004) je patologické hraní určitým druhem závislosti, která má řadu shodných znaků s jinými druhy závislostí. I Blume a Lesieur (1993) hovoří o patologickém hraní jako o formě závislosti, neboť se u této činnosti objevují znaky pro závislost charakteristické jako je např. to, že hráč je stále více a více zaměstnán hrou, neustále zvyšuje své sázky (v důsledku zvyšování tolerance na drogu se zvyšuje velikost dávky), ztrácí kontrolu nad hraním, které stále více narušuje jeho sociální vztahy. Také řada dalších autorů (Nábělek, Vongrej, Lóšková, 1996) upozorňuje

na podobnost patologického hráčství s alkoholovou či drogovou závislostí. Tito autoři poukazují na některé významné shody diagnostických kritérií patologického hraní s diagnostickými kritérii pro toxickou závislost. Mimo již zmiňovaných paralel se jedná např. o stav podrážděnosti a nepokojnosti při přerušení hraní, který koresponduje s kritériem abstinčního syndromu, nebo o významnou podobnost kariéry patologického hráče s kariérou osoby závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Velkou shodu dokladují i jednotlivá diagnostická kritéria Americké psychiatrické asociace uvedená v DSM-IV pro patologické hráčství při porovnání s kritérii pro látkovou závislost. Za trvalý a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře je považováno takové jednání hráče, které vykazuje alespoň 5 z následujících indikátorů a hazardní hru nelze vysvětlit manickou epizodou:

### **Diagnostická kritéria DSM – IV pro patologické hráče**

- 1. Zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovu prožití předcházejících zážitků získaných při hře, plánování nového hazardu, přemýšlení o průběhu dalších her a o způsobech získání dalších finančních prostředků na hraní).*
- 2. Potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení a příjemného pocitu napětí.*
- 3. Opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo vzdát se hraní.*
- 4. Neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní.*
- 5. Hraní je využíváno jako způsob útěku od problému, odreagování se, nebo snaha zbavit se dysforické nálady a jiných nepříjemných duševních stavů jako jsou např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese.*
- 6. Po prohře a finanční ztrátě často následuje další den návrat, jehož cílem je další hrou získat peníze nazpět a vyrovnat tak vzniklou finanční ztrátu.*
- 7. Lhaní členům rodiny, terapeutům nebo jiným osobám, za účelem zastření rozsahu svého hráčství.*
- 8. Páchání nelegálních činů jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry, z důvodu potřeby získat peníze na hru.*
- 9. Narušení či ztráta důležitých vztahů v rodině, ztráta významných přátel, práce nebo příležitostí ke vzdělání a kariéře v důsledku hraní.*

10. Spoléhání se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hraním, přenášení odpovědnosti za splácení dluhů (DSM-IV).

### **Vybraná diagnostická kritéria DSM – IV pro látkově závislé**

1. Velký podíl času stráveného aktivitami spojenými se získáváním látky, jejím užíváním, případně odstraňováním důsledků užívání (alkoholu, drogy apod.).
2. Zvýšená tolerance vůči látce, která je konzumována a která je chápána jako:
  - a) potřeba výrazně vyšších dávek látky na dosažení intoxikace nebo očekávaného efektu,
  - b) výrazně menší účinek při pokračování v aplikaci stejné dávky látky.
3. Neúspěšné pokusy přestat konzumovat látku anebo kontrolovat její užívání.
4. Vznik abstinčního syndromu charakterizovaného jako:
  - a) pro danou látku specifický komplex příznaků vzniklých v důsledku odnětí nebo snížení užívání dlouhodobě, případně ve vysokých dávkách užívané látky,
  - b) stejná nebo velmi podobná látka je užívána na snížení či odstranění abstinčních příznaků.
5. V důsledku užívání látky dochází k redukci, případně přerušování významných sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit a vztahů (analogie s DSM – IV kritériem č. 9 u patologických hráčů).
6. Látka je často užívána ve větších dávkách nebo delším časovém intervalu než bylo původně plánováno. (V případě patologických hráčů velmi často dochází k tomu, že neodcházejí z herny, dokud mají u sebe nějaké peníze. V pokročilejších stádiích je to do doby, dokud jim je ochoten někdo peníze půjčit, nechat je hrát na dluh, nebo vzít směnku, zástavu apod.).
7. Pokračování v konzumaci (aplikaci) látky i přes evidentní výskyt zdravotních nebo psychických problémů vyvolaných v důsledku užívání látky. (V případě patologických hráčů je to soustavně se opakující hraní, které pokračuje a často ještě narůstá bez ohledu na nepříznivé sociální důsledky hraní, kterými mohou být ztráta majetku, těžce narušené rodinné vztahy, rozpad osobního života apod.) (DSM-IV).

Porovnání diagnostických kritérií DSM – IV pro patologické hráče a látkově závislé ukazuje velkou shodu v bodech 1. - 4., dále je možno spatřovat podobnost kritéria

č. 9 u patologických hráčů s kritériem č. 5 u látkově závislých. Kritéria popsaná v bodech 6. a 7. u látkově závislých jsou projevy, které lze mnohdy nalézt i u patologických hráčů, i přesto, že nejsou v DSM – IV pro patologické hráče uváděny.

Ve shodě s jinými závislostmi se většina odborníků domnívá, že patologické hráčství je „nemoc na celý život“. Závislost se rozvíjí postupně a pomalu. To znamená, že nevznikne po jednom užití drogy. Jedná se o chronické, recidivující onemocnění, které léčbou nezmizí. Lze dosáhnout pouze potlačení příznaků onemocnění tzv. remise. Nemoc jako taková však zůstává skrytě přítomna a za určitých podmínek se může znovu projevit. K zastavení případné recidivy je v tomto případě nutné, aby závislý vyhledal co nejdříve odbornou pomoc (Minařík, 2014, na [www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz)).

I přesto, že se nepochybně na inklinaci k závislostem podílí celková struktura osobnosti, kde má své determinační zastoupení heredita, je nutno říct, že vznik patologického hráčství velmi významným (ne-li přímo rozhodujícím) dílem ovlivňují sociální aspekty. Člověk se patologickým hráčem nerodí, ale stává.

## 6 ROZDÍLY MEZI PATOLOGICKÝM HRÁČTVÍM A JINÝMI ZÁVISLOSTMI

### 6.1 Komorbidita

Někteří autoři (Brakhoff 1989) prezentují patologické hraní jako stav chorobné vášně, proto ho diagnostikují jako poruchu impulzivity a protože není vázána na konzumovanou látku, odmítají přirovnávat patologické hraní k toxické závislosti. Při hraní primárně neproniká do těla z vnějšího prostředí žádná toxická látka. V praxi se však často setkáváme s duální diagnózou (komorbiditou). Tímto pojmem je označován stav, kdy osoba má diagnostikovaný problém zneužívání alkoholu nebo drog a kromě toho ještě nějakou další obvykle psychiatrickou diagnózu (Kalina et al., 2001). Lze dokonce říci, že vznikají téměř typické kombinace závislostí. Např. závislost na kofeinu spojená se závislostí na nikotinu, kombinace alkohol a cigarety, nebo již zmíněná kombinace hráčské závislosti a závislosti na alkoholu, kdy alkohol je častým spouštěčem hráčského chování. Z výzkumů vyplývá, že zneužívání psychoaktivních látek je u patologických hráčů pravděpodobnější než u běžné populace (Mravčík et al., 2014; Nešpor, 2011; Prunner, 2008; Toneatto, Skinner & Dragonetti, 2002; Šerý, 2001). Jak ukazuje *Tabulka 1*, nejčastěji užívanými psychoaktivními látkami při hraní hazardních her jsou tabák, alkohol, káva a energetické nápoje. Z nelegálních látek jsou to nejčastěji pervitin a konopné drogy *Tabulka 2* (Mravčík et al., 2014).

*Tabulka 1 - Užívání návykových látek při hraní hazardních her*

Droga	Velmi často (%)	Často (%)	Občas (%)	Nikdy (%)	Počet v kategorii
Cigarety	61,3	11,1	8,0	19,6	225
Alkohol	33,3	16,4	29,8	20,4	225
Káva	23,5	15,5	26,1	35,0	226
Energetické nápoje	20,1	13,8	20,5	45,5	224
Pervitin	14,5	2,7	7,2	75,6	221
Konopné drogy	9,9	8,1	15,3	66,7	222
Volně prodejná nootropika a stimulanty	5,0	3,2	5,5	86,4	220
Extáze	2,7	3,2	3,2	90,9	220
Nové syntetické drogy	1,8	1,4	1,4	95,5	220
Kokain	1,8	3,2	4,1	90,9	220

Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Tabulka 2 - Pravidelné užívání nelegálních drog mezi hráči (užívání s frekvencí nejméně Ixtýdně v posledních 12 měsících v %

Prevalence	Obecná populace (15–64 let)	Hráči sázkových her v posledních 12 měsících		Problémoví hráči
		Vše	Bez loterií a drobných sázek	PGSI skóre 3 a více bodů
	(N=2134)	(n=536)	(n=199)	(n=49)
Konopné látky	2,3	5,0	9,4	15,6
Extáze	0,1	0,3	0,8	3,7
Pervitin nebo amfetaminy	0,2	0,3	0,8	3,3
Kokain	0,1	0,3	0,8	3,3
Heroin	0,1	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Halucinogenní houby	0,1	0,5	1,4	5,8
Nové drogy	0,1	0,3	0,8	3,3

Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

## 6.2 Příznaky

Za významný rozdíl je nutno považovat skutečnost, že u patologického hraní vzniká na rozdíl od závislosti na návykových látkách, jen závislost psychická, případně psychosociální. Patologické hraní pochopitelně sekundárně ovlivňuje i stav fyzický, ale nevznikají typické abstinenci příznaky jako u abstinujících alkoholiků nebo drogově závislých. Mezi nejčastěji uváděné či pozorované projevy odvykacích stavů u návykových látek patří: ranní pití, třes rukou nebo generalizovaný třes, poruchy spánku (děsivé sny, insomnie, neklidný spánek), hypo – až anorexie, nauzea, dyspepsie, hyperaktivita autonomního nervstva, zvýšená potivost, tachykardie, výkyvy krevního tlaku, úzkost, deprese, neklid, labilita nálady, zvracení, malátnost, slabost, epileptické paroxysmy (Heller, Pecinová a kol, 1996). V případě abstinence od herní závislosti nedochází k takovému narušení tělesné homeostázy, proto nejsou podobné projevy očekávané. Je předpoklad, že abstinující gambler prožívá spíše stavy, které jsou vázané na nedostatek psychosociálních podnětů, což vede v důsledku k jiným abstinenci příznakům. Pacienti udávají nepříjemné tělesné pocity jako svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení a nepříjemné duševní pocity jako silná touha po hazardní hře, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost (Nešpor, 2013).

Podle některých výzkumů prožívají gambleři v porovnání s alkoholiky větší craving (bažení) korelující s pozitivní emocí (u alkoholiků převažuje negativní stav) a je více závislý na vnějších faktorech, které vyvolávají spíše útlum, u alkoholiků naopak vnější

podněty vyvolávají při cravingu spíše nepříjemné vzrušení (Ruden a Byalick, 2000; Ricketts a MacAskill, 2004).

### 6.3 Důsledky

Dalším aspektem jsou sebevražedné tendence patologických hráčů. Z odborné literatury vyplývá, že u patologických hráčů bylo prokázáno větší riziko sebevražedných tendencí (Barmaki, 2010). Některé výzkumy hovoří o tom, že míra sebevražedných pokusů dosahuje u patologických hráčů dokonce 20 % (Suissa, 2011). Jak vyplynulo z výzkumu MUDr. Nešpora, plná třetina patologických hráčů z jím zkoumaného souboru se pokusila před léčbou o sebevraždu, což bylo více než u závislých na alkoholu a jiných návykových látkách (Nešpor et al., 2003). „Podíl sebevražd mezi patologickými hráči je 3,4krát větší než v obecné populaci. S tím, že riziko úmrtí na všechny příčiny je u hráčů přibližně dvojnásobné, je riziko úmrtí sebevraždou cca 6-7krát větší než u jejich vrstevníků v obecné populaci“ (Mravčík et al., 2014, s. 118). V kanadské provincii Alberta se např. problémy s hazardní hrou podílely v roce 2001 na všech sebevraždách celými 10 % (Nešpor et al., 2003). Dokreslením je i skutečnost, že stát Nevada, ve kterém se nachází i světoznámé herní středisko Las Vegas, má z celých Spojených států nejvyšší sebevražednost (Nešpor et al., 2003).

V České republice bylo odhadováno, že ročně spáchá sebevraždu až 600 patologických hráčů. Podle zdravotnických statistik bylo na pracovištích soudního lékařství v roce 2008 provedeno 1 395 pitev osob zemřelých sebevraždou, z nichž až 43 % může připadat na patologické hráče (Vacek, 2011).

Významná je také souvislost mezi hazardní hrou a majetkovou kriminalitou (Wheeler et al., 2008). Také Meyer (2009) ve své zdravotní vědecké studii říká, že nezákonné opatřování finančních prostředků na hru je typickou vlastností patologických hráčů, přičemž jejich delikventní chování je spíše čistě majetkové povahy.

Lze pozorovat, že hráčství je lépe slučitelné s fungováním ve společnosti, co se týče zaměstnání, což potvrzují i Nešpor a Scheansová (2010), kteří se mimo jiné zabývají dopady patologického hráčství na pracovní proces a hovoří o tom, že velká většina patologických hráčů je zaměstnána. Na druhé straně hraní způsobuje někdy větší finanční problémy než jiné závislosti.

Hledání souvislostí případně rozdílů mezi patologickým hraním a jinými druhy závislostí je velmi významné z mnoha důvodů. Jedním z nich je možnost využití zkušeností z léčby či prevence alkoholových či drogových závislostí i u patologických

hráčů, jiným jsou problémy, které může přinášet společná léčba patologických hráčů a látkově závislých. Podle Zahradníka (2005) není např. vždy jednoduché zajistit v ambulantní skupině hráčů a závislých na alkoholu, aby gambleři akceptovali potřebu sdílení plné abstinence od alkoholu.



## 7 LÉČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Gambleři se k léčbě odhodlávají většinou pod tlakem vnějších okolností, jako jsou např. hrozby věřitelů, hrozby zaměstnavatelů, že rozváží s dotyčným pracovní poměr, hrozby partnera, že gamblera opustí, pokud se nepůjde léčit apod. Cílem léčby je změna, která přinese zlepšení zdraví a celkové kvality života na nejvyšší možnou úroveň. Při léčbě patologického hráčství se uplatňují stejně jako u jiných závislostí nefarmakologické i farmakologické přístupy (*Příloha 6*). Pokud jde o farmakologickou léčbu, ukazují randomizované kontrolované studie na účinnost naltrexonu, stabilizátorů nálady (karbamazepin, topiramát) nebo antidepresiv typu inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (citalopram) při léčbě hráčství, snížení bažení a rizika relapsu. Aplikace N-acetylcysteinu a modafinilu byla také shledána účinnější než placebo (Leung, Cottler, 2009). Psychoterapeutické přístupy využívají např. psychodynamickou terapii, psychoanalýzu, behaviorální či kognitivně-behaviorální terapii, krátké intervence, motivační rozhovory, rodinnou či párovou terapii nebo svépomocné intervence typu Anonymní gambleři, také skupinovou či integrativní terapii. Mimo postupů shodných s léčbou jiných závislostí se používají některé další specifické postupy jako je např. kognitivní restrukturační (Sylvain et al., 1997). Cílem této techniky je korigovat chyby v myšlení gamblerů ve vztahu k hraní (*Tabulka 3*). S patologickým hráčstvím se pojí určité kognitivní distorze:

- *Zlepšení obratnosti v hraní* provází přehnaná sebedůvěra, což je v rozporu s množstvím prohraných financí. Hráči vykazují vysokou důvěru ve své schopnosti objevit způsob, jak se dá vyhrávat.
- *Pověřčivost* – gambler věří v nějaký talisman, který mu přinese štěstí ve hře, nebo dodržuje určité své rituály např., že si smí sednout pouze na určité sedadlo v herně apod.
- *Sklon k vysvětlování (racionalizaci)* stále se opakujících proher, důvodů proč v hraní pokračovat, logiky pravděpodobnosti, že fáze proher musí být vystřídána fází výher.
- *Selektivní paměť* – pamatuje si jen výhry, zejména ty větší a nikoliv prohry.
- *Iluze kontroly nad štěstím ve hře* - víra, že štěstí osciluje mezi periodou dobrého a špatného období, která lze předvídat ve snech nebo intuici.
- *Iluzorní korelace* - přesvědčení, že výhra souvisí s nějakými vnějšími okolnostmi, proto stačí vytvořit takové podmínky, za jakých dříve vyhráli (Vacek, 2010).

Tabulka 3 - Některé chyby myšlení patologických hráčů a korekce těchto chyb

<b>Chyba myšlení</b>	<b>Korekce těchto chyb</b>
Když jsem vydal tolik peněz, musím je dostat zpátky.	Hazard není spořitelna. S prohranými penězi je třeba se rozloučit (při skupinové terapii se jim na rozloučenou mává).
Dokážu přestat kdykoliv budu chtít.	Sebeovládání není spolehlivé, obzvlášť v rizikovém prostředí, proto je lépe se takovému prostředí vyhnout.
Výhra určitě už musí přijít.	Čím déle člověk hraje, tím více prohrává.
Přestanu hrát, jakmile získám dostatek peněz.	Touhu po hraní zesiluje právě výhra. Výhra v důsledku znamená větší prohry.
Nikdo se nic nedozví.	Lidé v okolí brzy vycítí, že se něco děje. Rostoucí problémy nelze trvale skrýt.
Při hazardní hře odpočívám, relaxuji.	Hazardní hra obecně zvyšuje u lidí stres, i když nejsou gamblery.
Při hazardní hře jsem se staral o rodinu.	Rodiny patologických hráčů trpí finančně, nedostatkem času, nervozitou, podrážděností, nespolehlivostí a lhaním.
Hraji, abych se zbavil smutku, deprese a nepříjemných pocitů.	Nepříjemné duševní stavy se hraním ještě více prohlubují.
Při hazardní hře se dostanu do společnosti.	Hazardní hry vedou naopak k samotě, opuštěnosti a uzavřenosti před okolním světem.
Budu bohatý.	Hraní povede k chudobě a zadlužení.
Pocit nedokončenosti, snaha vše uzavřít výhrou.	Tento pocit hazard nezmiří, ale prohlubuje, vše se točí pořád dokola.
Hazardně hrát je zajímavé.	Život patologického hráče se po čase stává jednotvárný a nudný.
Vyhraji, protože jsem geniální.	To si myslí všichni.
Na hazardu se dá vydělat.	Hazard je zde proto, aby hráče připravoval o peníze.
Peníze slouží k hazardní hře.	Peníze mají sloužit k přiměřené péči o sebe, rodinu atd.
Mým problémem jsou jediné dluhy, kdybych je neměl, bylo by vše v pořádku.	Problémem je patologické hráčství, jediné jeho zvládnutí může situaci zlepšit.

Zdroj: Marhounová, Nešpor, 1995

Osvědčilo se navázat na tuto techniku uvažováním, jak realisticky uspokojovat svoje potřeby. Jinými metodami, které se při léčbě patologického hráčství osvědčily, jsou desenzitizace ve fantazii (McConaghy et al., 1983) nebo expoziční terapie, kdy je pacient postupně vystavován rizikovým situacím, v případě hráčů se jedná o návštěvu herny. Desenzitizací rozumíme léčbu nadměrné citlivosti na určité podněty za použití relaxace, během které dochází ve fantazii k postupnému vystavování se tomuto podnětu (např. představa, jak vcházím do herny, ale jsem v klidu, vůbec mě to nezajímá a v klidu odcházím, aniž bych pocítil touhu hrát). Ke spontánně probíhající desenzitizaci může docházet i při soustavném provádění relaxačních a meditačních technik ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)).

Podle Frouzové (2008) je léčbu možné rozdělit do následujících čtyř fází:

1. *Inventura* – Po celkovém zklidnění a zamezení možnosti hrát je potřeba zjistit objektivní i subjektivní situaci klienta. To zahrnuje výši dluhů a možnosti jejich splacení, náhled na poruchu, ochotu a motivaci k léčbě, možnost spolupráce s rodinou nebo blízkými apod.
2. *Informace* – V této fázi dodáváme pacientovi potřebné informace důležité pro jeho změnu, které mu mají pomoci ujasnit si rizikové situace, zvládat craving (bažení) a krize obecně, vyrovnat se s nepříjemnými psychickými stavy jako jsou stres, zlost, deprese, ale také zvládat upadání do transových stavů vášně.
3. *Iniciativa* – Pacient přebírá iniciativu. Přijímá gambling jako svůj problém a sám vymýšlí techniky a strategie zvládání pro svůj každodenní život. Důraz je v této fázi kladen na prevenci relapsu, posílení sebekontroly, obrat k pozitivnímu myšlení, nácvik sociálních dovedností a efektivní řešení problémů.
4. *Idea* – Pacient si buduje novou identitu. Pracuje na sebepojetí. Zabývá se možnostmi zkvalitnění a naplnění svého dalšího života a možnostmi ovlivnění svého osudu a změny životního stylu.

Celkově léčba patologického hráčství, jak uvádí Frouzová (2003) zahrnuje tyto části, z nichž žádná nemůže být při efektivní léčbě opomenuta:

1. *Přerušování hraní* – Může se jednat o omezení dostupnosti hraní např. i hospitalizací nebo změnou místa pobytu, nebo omezením finančního zdroje.

2. *Změna při zacházení s penězi* – Výhodné je předat správu financí někomu jinému, otevřeně informovat o finanční situaci, naplánovat rozpočet a zpracovat plán splácení dluhů.
3. *Prevence relapsu* – Zde je využíváno obdobných strategií jako u jiných závislostí, zejména zvládnání bažení, zajištění nedostupnosti předmětu bažení, vyrovnání se s negativními duševními stavy a emocemi, dále také dodržování určitého životního režimu apod.
4. *Úprava životního stylu* – Dodat životu nový smysl a směr, nastolit rovnováhu a pravidelný režim.

Aby měl klient z léčby prospěch, je nutné, aby v léčbě setrval a dokončil ji. Řádné dokončení léčby je považováno za nejvýznamnější prediktor příznivého výsledku (De Leon, 2004). Průběh léčby je ovlivňován mnoha faktory, z nichž o některých uvažujeme jako o faktorech na straně klienta a o některých jako o faktorech na straně léčebného programu a zařízení. K nejvýznamnějším faktorům na straně klienta, které byly zjištěny výzkumem, patří věk pacienta při začátku závislosti, délka drogové kariéry, psychopatologické komplikace, kriminální anamnéza a motivace k léčbě (Tims et al., 1997; De Leon, 2004). Podstatné faktory na straně léčebného zařízení nebo programu jsou vhodný výběr programu, integrita programu, terapeutický styl, délka a obsah programu a kontinuita péče (Tims et al., 1997; Rawlings, 2001; De Leon, 2000 a 2004). Nesporné však je, že nejčastěji jde o interakci mezi klientem a léčebným programem (Frouzová, 2008). I z tohoto pohledu je nutné zabývat se způsobem léčby patologických hráčů.

## **8 SYSTÉM PÉČE O PATOLOGICKÉ HRÁČE**

### **8.1 Systém péče v České republice**

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Podle Béma (2003) by měl efektivní systém péče splňovat řadu kritérií v kvalitativní oblasti jako např. struktura a provázanost sítě, ale také v oblasti kvantitativní jako jsou rozsah a dostupnost péče. V oblasti péče o patologické hráče tato kritéria v současné době však naplňována nejsou. Oproti protidrogové politice ČR, která je celkem dobře definována, strukturována a relativně záchovně financována, prevence a péče o patologické hráče není téměř vůbec organizována. V naší republice doposud není žádný akademický institut věnující se zmíněné problematice (jako je tomu ve vyspělých zemích EU a světa, např. Norský institut pro výzkum alkoholu a drog SIRUS, aj.) a legislativa upravující provozování herních automatů a jiných druhů rizikových sázkových her situaci nadmíru zhoršuje. Proto v systému péče o patologické hráče nelze jinak, než využívat paralelně síť vytvořené pro léčbu uživatelů návykových látek i přesto, že léčba patologického hráčství má svá významná specifika. Nízký počet léčených patologických hráčů podle statistik ÚZIS je dán mimo jiné také omezenou dostupností ústavní léčby a kapacitou takových zařízení.

V České republice probíhá léčba patologického hráčství ústavní nebo ambulantní formou obvykle společně se závislostí na alkoholu či jiných drogách (Frouzová, 2003). V ambulantní terapii se klade důraz na eklektickou formu psychoterapie, která je prováděna jako individuální terapie nebo jako skupinová terapie. Patologické hráčství se mimo ambulance psychiatrů, kterých je v ČR aktuálně odhadováno 50-80 (Mravčík et al., 2011) a klinických psychologů, léčí ve čtrnácti psychiatrických léčebnách či psychiatrických nemocnicích, přičemž ve třech z nich jsou již zavedeny specializované programy pouze pro patologické hráče. V ostatních zařízeních probíhá kompletní léčba hráčství společně s léčbou jiných závislostí. Oddělení, na kterých probíhá strukturovaný program střednědobé ústavní léčby, mají charakter terapeutické komunity (Standardy odborné způsobilosti, 2003). Základním terapeutickým prostředkem je režim a skupinová psychoterapie.

### **8.2 Systém péče a léčba patologického hráčství v zahraničí**

Speciální léčebny pro léčbu patologického hráčství byly relativně nedávno zřízeny v severských zemích. Dostupnost a druhy léčby jsou různé, společným znakem většiny léčebných postupů je, že gamblerství je léčeno stejným způsobem jako jiné závislosti.

Rozdíly v teoretické perspektivě byly zjištěny podle toho, na jaké metodě byla léčba založena. Nejčastějším teoretickým základem byla KBT se zaměřením na korekci kognitivních omylů a magického myšlení spojených s hazardem. V tomto aspektu byly zjištěny jasné ideologické rozdíly mezi jednotlivými typy léčby v různých zemích. K dispozici jsou jen omezené poznatky o účinnosti léčby v průběhu času (Hansen, 2006).

Z výzkumů, teoretických poznatků a klinické praxe v zahraničí vyplývá, že léčba vyžaduje vedle psychoterapie také intenzivní sociální případovou práci (case management), která má za cíl zvýšit sociální kompetence a řešit sociálně patologické dopady a resocializaci. Sociální případová práce dosud není v ČR samozřejmou součástí léčby, jako je tomu např. v USA či skandinávských zemích. Case management může být zajištěn sociální službou v rámci odborného sociálního poradenství a dalšími službami definovanými zákonem o sociálních službách a dále adiktology podle Koncepce sítě zdravotních služeb oboru Adiktologie (Libra et al., 2012). Case management by se tedy měl stát významnou součástí léčby gamblerství v České republice a měly by být vytvořeny koncepční programy v adiktologických a sociálních službách zaměřené na tuto problematiku a to jak v ambulantních, tak v ústavních formách léčby.

### **8.3 Prevence patologického hráčství**

Za velký nedostatek v souvislosti s léčbou patologického hráčství je nutné považovat skutečnost, že není věnována dostatečná pozornost možné terapeutické léčbě v raných stádiích, která by pravděpodobnost úspěšnosti léčení značně zvýšila. Mnoho klinických lékařů podceňuje závažnost patologického hráčství s ohledem na nutnost psychiatrické péče a hráčskou závislost nikterak neléčí. V České republice neexistuje ucelený koordinovaný systém prevence hazardního hraní a celková míra realizace preventivních opatření je nízká a datuje se až do poslední doby. Od roku 2012 je povinnost aplikovat některá preventivní opatření bránící rozvoji problémové hráčství stanovena ve standardu MF k provozování on-line sázkových her (Mravčík et al., 2014). Co se týče prevence u dětí a mládeže, tato má být zajištěna tzv. Minimálním preventivním programem ve školách. Závazný právní dokument, který školám jeho realizaci nařizuje, však neexistuje. K zajištění kvality preventivních aktivit byly vytvořeny Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence. Hráčství je v nich zařazeno mezi formy rizikového chování a je zahrnuto do oblasti specifické prevence do kategorie prevence v adiktologii. I v zahraničí, jak poukazuje Williams et al. (2012), probíhaly

rozvoj, realizace a hodnocení opatření v prevenci patologického hráčství většinou spíše živelně a nesystematicky.

## 9 SHRNU TÍ

Za patologické hráče lze označit 40–80 000 dospělých Čechů. Je pravděpodobné, že výskyt patologického hráčství v české populaci bude v celosvětovém měřítku nadprůměrný s ohledem na nadprůměrnou dostupnost a poměr her se závislostním potenciálem v České republice. Naproti tomu podle informací ÚZIS ČR bylo např. v roce 2012 léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních pouze 1 415 pacientů s diagnózou F63.0 – patologické hráčství a v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních lůžkových zařízení bylo s touto diagnózou hospitalizováno celkem 527 případů. Celkem se tedy jedná o 1942 léčených pacientů. V kontaktu s léčebným zařízením je tedy pouhý zlomek patologických hráčů v ČR.

Z dosavadních poznatků vyplývá, že jakákoliv závislost včetně patologického hráčství je choroba, která nemá jen jedinou příčinu a vzniká a udržuje se nepřetržitým vzájemným a často i zpětnovazebným působením různých systémů. Patologické hráčství zůstává v etiologii i terapii obtížnou diagnostickou jednotkou. Závislost na procesech je dnes spíše považována za návykovou a impulsivní poruchu, nicméně praxe léčby těchto poruch se léčí společně či velmi podobným způsobem jako na objekt specifikovaná závislost. Přestože má patologické hráčství svá významná specifika, léčí se většinou společně s jinými závislostmi. O efektivitě léčby nejsou výzkumy. Při léčbě patologického hráčství se mimo postupů shodných s léčbou jiných závislostí, používají některé další specifické postupy. Za velký nedostatek v souvislosti s léčbou patologického hráčství je nutné považovat skutečnost, že není věnována dostatečná pozornost možné terapeutické léčbě v raných stádiích, která by pravděpodobnost úspěšnosti léčby značně zvýšila.

V České republice probíhá léčba patologického hráčství ústavní nebo ambulantní formou obvykle společně se závislostí na alkoholu či jiných drogách. V ambulantní terapii se klade důraz na eklektickou formu psychoterapie, která je prováděna jako individuální terapie nebo jako skupinová terapie. Společná léčba patologických hráčů a závislých na alkoholu v ambulantní skupině však přináší podle Zahradníka (2005) řadu problémů. Ústavní léčba je poskytována ve čtrnácti psychiatrických léčebnách či psychiatrických nemocnicích, přičemž ve třech z nich jsou již zavedeny specializované programy pouze pro patologické hráče. V ostatních zařízeních probíhá kompletní léčba hráčství společně s léčbou jiných závislostí. Oddělení, na kterých probíhá strukturovaný program střednědobé ústavní léčby, mají charakter terapeutické komunity. Základním terapeutickým prostředkem je režim a skupinová psychoterapie.



Průběh léčby je ovlivňován mnoha faktory, z nichž o některých uvažujeme jako o faktorech na straně klienta a o některých jako o faktorech na straně léčebného programu a zařízení. Nejčastěji jde však o interakci mezi klientem a léčebným programem. I z tohoto pohledu je nutné zabývat se způsobem léčby patologických hráčů. V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. V oblasti péče o patologické hráče však kritéria efektivního systému péče v současné době naplňována nejsou. Oproti protidrogové politice ČR, která je celkem dobře definována, strukturována a relativně zachovně financována, prevence a péče o patologické hráče není téměř vůbec organizována.

Nízký počet léčených patologických hráčů podle statistik ÚZIS je dán mimo jiné také omezenou dostupností ústavní léčby a kapacitou takových zařízení. Soudobý trend ve výzkumu se posunul ze zaměření na jednotlivé hráče na širší analýzu společenských příčin při současném hledání sociálních faktorů, které ovlivňují hraní. Snahou je popsat rozložení a determinanty hráčství v populaci a jeho dopady. Tyto studie ukazují, že hraní a problémy s ním spojené jsou velmi rozšířeným jevem a neváží se na specifická sociokulturně-ekonomická seskupení, ale objevují se ve všech vrstvách společnosti. Pro co nejhlubší porozumění problematice patologického hráčství je potřeba zkoumat tento problém z mnoha úhlů pohledu. Ukazuje se, že kvalitativní i kvantitativní přístupy jsou pro studium hraní klíčové, oba se vzájemně podporují, doplňují a významně interaktivně ovlivňují. Je nutné úzce propojovat výzkum osob, které mají s hraním problémy, s obecným studiem širších sociálních aspektů souvisejících s patologickým hráčstvím. Cílem této studie je zjistit a popsat názory postoje a zkušenosti pacientů se společnou léčbou.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **10 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY**

#### **10.1 Výzkumné cíle**

Cílem studie je zjistit a popsat společné a rozdílné znaky pacientů s diagnózou F 63.0 - patologické hráčství a pacientů s diagnostikovanou jinou závislostí z hlediska klinického obrazu, potřeb, pojetí a způsobu léčby, zjistit názory a postoje ke společné léčbě těchto pacientů, popsat jejich zkušenosti se společnou léčbou a postoje k ní. Výzkumné otázky pro tuto studii zní:

#### **10.2 Výzkumné otázky**

- I) Jaký je klinický obraz a terapeutické potřeby u patologických hráčů a u pacientů s jinou závislostí? V čem se liší, a co mají společného?
- II) Jaké jsou terapeutické postupy, cíle léčby a přístup k pacientům patologickým hráčům a k pacientům s jinou závislostí? V čem se liší, a co mají společného?
- III) Jaké jsou postoje ke společné léčbě a zkušenosti pacientů z obou skupin? V čem se liší, a co mají společného?

## 11 METODIKA

### 11.1 Výběrový soubor a použité metody jeho výběru

Výzkum je zaměřen na českou populaci pacientů s diagnostikovaným patologickým hráčstvím a pacientů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu nebo nelegálních drogách, kteří se aktuálně léčí v zařízení rezidenční léčby, kde probíhá společná léčba všech těchto pacientů. Výběrový soubor byl zvolen na základě nepravděpodobnostní metody výběru (non-probabilistic sample) za předpokladu zachování základních požadavků pro volbu metody výběru. Charvát (in Miovský, 2006) hovoří o tom, že metody výběru výzkumného vzorku se při aplikaci kvalitativního přístupu mohou měnit v průběhu studie a tyto metody by měly být podřízeny cílům studie tak, aby došlo k saturaci dat nebo alespoň k dobrému pokrytí relevantních charakteristik cílové populace. Metody výběru a jejich případné modifikace by měly být detailně zdokumentovány a zdůvodněny. Výběrový vzorek byl vybrán metodou záměrného účelového výběru výzkumného souboru přes instituce. Tato metoda, jak uvádí Miovský (2006) vede k tomu, že můžeme využít určité vlastnosti zvolené instituce k zachycení cílové skupiny, jež je předmětem našeho zájmu. Vzhledem k tomu, že základním souborem našeho výzkumu jsou právě klienti vybraných zařízení rezidenční léčby, tj. že výběrovým kritériem je skutečnost, že využívají pomoci těchto institucí, je uvedená forma nejlepší možnou alternativou. Byla užita metoda kvótového záměrného výběru, která jako nepravděpodobnostní metoda výběru umožňuje rozdělení základního souboru podle určených kritérií do kvót (více Miovský, 2006). Předpokladem pro rozdělení byla stanovená diagnóza pacienta, kdy tito byli rozděleni podle klíče do tří základních skupin a to na pacienty s diagnózou patologického hráčství, na pacienty s diagnózou jiné závislosti, kteří však nehrají a na pacienty s tzv. zkříženou závislostí, s diagnózou kombinované závislosti – hraní + látková závislost (*dále jen pacienti s kombinovanou závislostí*).

#### a) Definice zařízení

V České republice je 14 psychiatrických léčeben či nemocnic, ve kterých probíhá společná léčba klientů s diagnózou patologické hráčství a klientů s diagnózou jiné závislosti. Konkrétně se jedná o tato zařízení: PL Bílá Voda, PN Bohnice, PN Brno Černovice, PN Červený Dvůr, PN Dobřany, PN Havlíčkův Brod, PN Horní Beřkovice, PL Jemnice, PN Jihlava, PN Kosmonosy, PN Kroměříž, PL Nechanice, PN Opava, PN Šternberk (dále bude v práci uváděn pojem léčebny). V průběhu předběžného šetření bylo ověřeno, že ve třech z uvedených zařízení jsou realizovány specializované programy pro

patologické hráče (zjištěno z internetových zdrojů a ověřeno telefonicky přímo v léčebnách). Výzkum byl zaměřen pouze na zařízení, ve kterých probíhá kompletně celá léčba společně, to znamená, že zmiňovaná 3 zařízení, která mají zavedeny samostatné programy pro patologické hráče, byla z výzkumu vyloučena, a tudíž nebyla oslovena. Ze zbývajících jedenácti zařízení tři na opakovanou výzvu k účasti ve výzkumu vůbec nereagovala. V době výzkumu se cílová skupina (pacienti s diagnózou patologické hráčství nebo diagnózou jiné závislosti, kteří mají zkušenosti se společnou léčbou a souhlasí se svojí účastí ve výzkumu) aktuálně nacházela ve 4 léčebnách z osmi, které s provedením výzkumu souhlasily.

#### b) Popis výběrového souboru a metody jeho získání

Výběrový soubor byl vybrán následujícím způsobem. Ve výsledných čtyřech léčebných zařízeních byly provedeny rozhovory se všemi pacienty z cílové skupiny, což celkem činilo 23 respondentů. Při rozhovoru s pacientem – mužem závislým na alkoholu však došlo k selhání audiozáznamového zařízení, kdy se rozhovor nenahrál, z tohoto důvodu nemohl být zahrnut do výzkumu. U jedné pacientky závislé na pervitinu bylo v průběhu rozhovoru zjištěno, že je ve svojí 1. léčbě a to velmi krátkou dobu a tudíž nemá ještě prakticky žádné zkušenosti s léčbou, z čehož vyplývá, že by tento rozhovor nebyl pro práci přínosný, proto ani tato respondentka nebyla do výzkumu zahrnuta. Konečný celkový počet je tedy 21 respondentů.

Metoda výběru výzkumného souboru při aplikaci kvalitativního přístupu není většinou pevně dána předem, a mění se v průběhu studie, přičemž žádná metoda není exkluzivní a prakticky vždy se jedná o kombinaci různých metod. Obecně pro kvalitativní přístup platí, že s výjimkou totálního výběru nevíme nikdy dopředu, jak přesně bude výběr vzorku vypadat, jaké metody a strategie budeme v průběhu výzkumu využívat (Charvát in Miovský, 2006).

### **11.2 Metody získávání dat**

Data byla získána z polostrukturovaných rozhovorů realizovaných ve standardizovaném prostředí (poradenských místnostech léčebných zařízení) v průběhu měsíců dubna, května a června roku 2014. Délka každého rozhovoru byla cca 30 minut. V rámci přípravy rozhovorů bylo vytvořeno tzv. „jádro rozhovoru“, které podle Miovského (2006) vydefinoval minimální množství témat a otázek. K fixaci kvalitativních dat z rozhovorů bylo použito audiozáznamového zařízení (všichni účastníci s nahráváním

rozhovoru souhlasili) a záznamových archů (*Příloha 7*) pro strukturu a flexibilitu rozhovoru dle tzv. „jádra“. Data fixovaná na audiozáznamu byla transkribována do elektronické textové podoby (v textovém editoru Word), kdy se jednalo o doslovný přepis. Systematické i nesystematické vlivy výzkumníka na proces transkripce byly minimalizovány a případně odhaleny opakovaným poslechem s časovým odstupem a porovnáváním s původním záznamem. Systemizace plné transkripce pokračovala redukcí prvního řádu a následně byla data pro analýzu připravena technikou barvení textu podle výzkumných otázek a oblastí.

### **11.3 Popis nástroje a strategie**

Byl aplikován polostrukturovaný dyadický rozhovor, pro který bylo vytvořeno určité schéma, které specifikovalo okruhy otázek, a které bylo pro tazatele závazné, viz *Záznamový arch (Příloha 7)*. Bylo využíváno jak otevřených otázek, protože nám objasní více kontextuálních informací, tak otázek uzavřených, které ale byly doplněny o rozvíjející otázky. Dále byly položeny další související otázky a podtémata, která vyplynula v průběhu rozhovorů. Bylo využito následné inquiry – upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka.

### **11.4 Způsob analýzy získaných dat**

Data získaná z polostrukturovaných interview byla vyhodnocena kvalitativní analýzou dat pomocí metod vytváření trsů a zachycení vzorců sloužící k systematizaci výroků podle tematického překryvu. Metoda vytváření trsů sloužila k seskupení a konceptualizaci výroků respondentů do skupin (trsů), čímž vznikly obecnější induktivně zformované kategorie vyjadřující různé postoje respondentů. Metoda zachycení vzorců („gestaltů“) sloužila k vyhledání určitých obecnějších principů a struktur, které odpovídaly specifickým zaznamenaným jevům. Dále byla použita metoda zakotvené teorie a metoda kontrastů a srovnávání. Podle Miovského (2006) je kontrastování významnou technikou ve všech případech, kdy od sebe potřebujeme odlišit identifikovatelné kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi. Byl využit deskriptivně-empirický přístup k obsahové analýze, který je vhodný pro vytváření teorií, kde jsou kategorie spíše poznámkami k materiálu a pomáhají identifikovat jeho příslušné části. Je tak maximálně respektována povaha dat a v tomto smyslu se hovoří o analytické indukci (Miovský, 2006).

## 12 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Výzkum probíhal po informování a se souhlasem vedení léčebných zařízení resp. jejich ředitelů. V rámci výzkumného šetření a sběru dat byly dodržovány etické aspekty výzkumu v sociálních a zdravotních vědách a ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Všichni respondenti výzkumného souboru byli seznámeni s účelem sběru a použitím dat, s cílem práce a formou prezentace výsledků práce a se způsobem ochrany osobních údajů. Dále byli informováni o tom, že účast ve výzkumu je ryze dobrovolná a tudíž není nárok na odměnu za účast. Výzkumu se zúčastnili pouze ti respondenti, kteří se svojí účastí souhlasili, což je doloženo podepsáním informovaného souhlasu účastníka výzkumu (*Příloha 8*), který byl založen do osobní karty pacientů. Účastníci byli upozorněni rovněž na to, že mají právo kdykoli z výzkumu odstoupit bez udání důvodu a že získané informace nebudou sdělovány pacientům navzájem ani zdravotnickému personálu. Byla dodržena anonymita na individuální úrovni a nejsou uváděny ani názvy jednotlivých léčebných zařízení, ve kterých se respondenti léčí. Případné nahrávky rozhovorů nebudou nikomu poskytovány a bezprostředně po využití v rámci této práce (jejich transkripci do elektronické podoby) budou zničeny. O všech těchto skutečnostech byli respondenti také informováni. Bylo důsledně dbáno na to, aby rozhovory byly vedeny tak, aby nezpůsobily pacientům psychické obtíže nebo bažení apod. Všechny výsledky a závěry pocházejí pouze z reálných výzkumných zjištění.

## 13 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

### 13.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkový počet respondentů je 21. Vzhledem k nízkému počtu žen léčících se z patologického hráčství v ústavní léčbě se nepodařilo v době výzkumu udělat rozhovor s žádnou z nich, a tudíž získaná data od patologických hráčů pocházejí pouze od mužů. Celkový přehled a rozdělení pacientů dle závislostní problematiky (*Tabulka 4*).

*Tabulka 4 - Rozdělení respondentů dle závislostní problematiky*

Rozdělení respondentů dle závislostní problematiky	Počet respondentů celkem	Průměrný věk	Nejvyšší dosažené vzdělání				Průměrná délka doby problému
			Z	V	SŠ	VŠ	
Hráčství	8	36,4	0	0	8	0	13,1
Alkohol	5	50,4	0	1	3	1	10,6
Nelegální látky	3	25	2	0	1	0	10,3
Kombinace látkové závislosti a hráčství	5	29,2	2	3	0	0	11,4

*Legenda: Z - základní, V - vyučen/a, SŠ - středoškolské, VŠ – vysokoškolské*

Průměrný věk respondentů - hráčů činí 36,4 roku. Všichni dotazovaní hráči dosáhli středoškolského vzdělání. Průměrná délka doby, po kterou měli problém s hraním, dosáhla 13,1 roku. Vyjma jednoho hráče, který hrál výhradně ruletu, všichni ostatní preferovali EHZ - automaty (*Tabulka 5*).

Tabulka 5 - Respondenti s diagnózou patologické hráčství

Respondenti	Pohlaví/věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní dg v aktuální léčbě	Vztah k alkoholu/nelegálním drogám	Jak dlouho má problém s hraním	Počet týdnů v aktuální léčbě	Léčba v pořadí (včetně nedokončených)
Tomáš 1	M/23 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol ne, drogy ne	5 let	4	1. léčba
Tomáš 2	M/31 let	SŠ	F 63.0 (EHZ)	Alkohol - mírný konzument, drogy ne	10 let	12	1. léčba
Marek	M/37 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol ne, drogy ne	15 let	5	2. léčba
Matěj	M/29 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol - mírný konzument, drogy - v minulosti experimenty s kokainem a pervitinem	12 let	4	1. léčba
Daniel	M/38 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol ne, drogy ne	15 let	15	1. léčba
Vladimír	M/44 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol - mírný konzument, drogy ne	23 let	13	1. léčba
Filip	M/39 let	SŠ	F63.0 (EHZ)	alkohol příležitostně, drogy ne	15 let	4	4. léčba
Karel	M/50 let	SŠ	F63.0 (ruleta)	alkohol ne, drogy ne	10 let	12	4. léčba

Legenda: M - muž, Ž - žena, V - vyučen/a, Z - základní, SŠ - středoškolské, VŠ - vysokoškolské

U pacientů s diagnózou jiné závislosti, kteří nemají problém s hraním je průměrný věk u závislých na alkoholu 50,4 roku, u drogově závislých činí průměrný věk 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání se u alkoholiků různí (Tabulka 6), u respondentů, kteří užívají nelegální látky, převažuje pouze základní vzdělání nebo vyučení, pouze jedna pacientka z této skupiny dosáhla středoškolského vzdělání (Tabulka 7). Průměrná délka doby, po kterou užívali návykové látky je u alkoholu průměrně 10,6 roku, u drog 11,1 roku.



*Tabulka 6 - Respondenti s diagnózou závislosti na alkoholu*

Respondenti	Pohlaví/věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní dg v aktuální léčbě	Vztah k hraní/nelegálním drogám	Jak dlouho má problém s pitím	Počet týdnů v aktuální léčbě	Léčba v pořadí (včetně nedokončených)
Petr	M/44 let	V	F10.2	hraní ne, drogy ne	20 let	9	2. léčba
Jaroslav 1	M/43 let	SŠ	F10.2	hraní občas, drogy ne	10 let	7	1. léčba
Miloš	M/58 let	VŠ	F10.2	hraní ne, drogy ne	10 let	25	1. léčba
Jiří	M/55 let	SŠ	F10.2	hraní ne, drogy ne	5 let	19	1. léčba
Jaroslava	Ž/52 let	SŠ	F10.2	hraní ne, drogy ne	8 let	8	1. léčba

Legenda: M - muž, Ž - žena, V - vyučen/a, Z - základní, SŠ - středoškolské, VŠ - vysokoškolské

*Tabulka 7 - Respondenti s diagnózou závislosti na nelegálních látkách*

Respondenti	Pohlaví/věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní dg v aktuální léčbě	Vztah k hraní/alkoholu	Jak dlouho má problém	Počet týdnů v aktuální léčbě	Léčba v pořadí (včetně nedokončených)
Zuzana	Ž/22 let	Z	F11.2	hrála občas, alkohol ne	8 let	5	1. léčba
Nikola	Ž/26 let	SŠ	F15.2, F12.1, F16.1	hraní ne, alkohol ne	10 let	7	1. léčba
Jindřich	Ž/27 let	Z	F15.2, F12.1, F10.1	hraní ne	13 let	4	5. léčba

Legenda: M - muž, Ž - žena, V - vyučen/a, Z - základní, SŠ - středoškolské, VŠ - vysokoškolské

Průměrný věk pacientů léčících se z látkové závislosti v kombinaci s hráčstvím je 29,2 roku. Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání, tři pacienti z této skupiny jsou vyučeni a dva mají pouze základní vzdělání. Nikdo nedosáhl středoškolského ani vysokoškolského vzdělání. Průměrná doba, po kterou mají problémy s návykovými látkami či hraním je 11,4 roku (*Tabulka 8*).

Tabulka 8 - Respondenti s diagnózou závislosti na návykových látkách v kombinaci s hráčstvím

Respondenti	Pohlaví/věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní dg v aktuální léčbě	Drogová kariéra/vztah k jiným návykovým látkám	Jak dlouho má problém	Počet týdnů v aktuální léčbě	Léčba v pořadí (včetně nedokončených)
Jaroslav 2	M/31 let	Z	F15.2, F63.0	od 16-ti let injekčně pervitin, od 28 let (3 roky) hraní, alkohol ne	15 let	9	6. léčba
Lukáš	M/28 let	Z	F15.2, F63.0	od 16 do 22 let alkohol, pak 4 roky abstinence, od 26 let do současné doby hraní + pervitin	2 roky	6	4. léčba
Radek	M/23 let	V	F15.2, F12.1, F10.1, F63.0	od 15 let THC, od 18 let pervitin, od 20 let hraní + alkohol	8 let	15	4. léčba
Martin	M/27 let	V	F15.2, F12.1, F63.0	od 15 let THC, injekčně pervitin + hraní, alkohol ne	12 let	12	2. léčba
Zdeněk	M/37 let	V	F63.0, F10.2	drogy ne	20 let	9	1. léčba

Legenda: M - muž, Ž - žena, V - vyučen/a, Z - základní, SŠ - středoškolské, VŠ - vysokoškolské

### 13.2 Výzkumná zjištění - odpověď na výzkumné otázky

Výzkumná zjištění jsou vždy pro ilustraci doplněna vybranými citacemi z rozhovorů s pacienty. V textu, kde je použit výraz hráči, jedná se pouze o patologické hráče z výzkumného souboru, nikoli tedy o všechny hráče obecně. Dále je v textu pro zjednodušení užíván výraz pacienti s kombinovanou závislostí, kdy se myslí látkově závislí pacienti, kteří mají rovněž problém s hraním.

#### 13.2.1 Klinický obraz a terapeutické potřeby pacientů

##### I) Jaký je klinický obraz a terapeutické potřeby u patologických hráčů a u pacientů s jinou závislostí? V čem se liší a co mají společného?

Pro zjištění klinického obrazu byli pacienti v rozhovorech dotazováni na to, jak a v čem závislost ovlivnila jejich život, jaké konkrétní problémy jim přinesla a který z těchto

problémů považují za nejzávažnější a potřebují ho nejvíce řešit v léčbě. Doplnující otázka se týkala toho, čeho si na sobě pacienti nejvíce váží nebo cení. Z odpovědí vyplývá, že závislost měla negativní dopady v mnoha oblastech:

### Pacienti s dg patologické hráčství

#### **a) Dopady hráčství**

Co se týče hlavních problémů, které jim hraní způsobilo, u všech hráčů jsou to zejména:

- **finanční dopady** především **finanční ztráty** a **dluhy** jak u bankovních, tak nebankovních společností, u rodiny, příbuzných a známých. Tyto dopady uváděli bez výjimky všichni hráči.

Daniel: „*Máma mi pořád vyčítala, že domů nic neplatím, že se o nic nestaram, že mi musí platit studia. Ženy mi taky vždycky vyčítaly, že nemáme na nic peníze, že je nikam nevezmu.*“

Tomáš 2: „*Hraní mě přivedlo do dluhové pasti, jsem zadlužen u bank i nebankovních společností.*“

Marek: „*Dostal jsem se do kolotoče, kdy člověk si půjčí třeba od banky peníze, který skončí samozřejmě v bednách no a pak už se to veze, to je pořád shánění peněz a pořád jedno a to samý.*“

- **narušené rodinné vztahy** a to jak **partnerské**, tak s **děti**, s **rodiči**, **sourozenci** i **prarodiči**, které zmiňovali také všichni hráči.

Tomáš 1: „*Kvůli hraní jsem přišel o přítelkyni, která se se mnou rozešla, ztratil jsem důvěru rodičů i sourozenců a u prarodičů je už úplně nulová.*“

Vladimír: „*Žena se se mnou rozvedla a děti se na mě taky asi zlobí. Poslední rok už jsem jim ani nezavolal.*“

Filip: „*Já jsem vlastně měl dvě rodiny. První rodina to jsem měl sedmnáctiletou dceru, z důvodu hraní jsme se se ženou rozešli, protože viděla problém v tom, abych neohrozil jí ani dítě jako dcerku. Pak jsem měl druhou partnerku a mám s ní jedenáctiletého syna a s ní jsme se taky rozešli kvůli hraní. Taky vztahy se sestrou a s mamkou se pokazily.*“

Karel: „*Žena se se mnou rozvedla, byla prozíravá, že věděla z doslechu, kam až to může gambler dotáhnout.*“

- **poškození duševního zdraví**, kdy se jedná nejčastěji o **uzavírání se do sebe**, **suicidální myšlenky** a **pokusy o sebevraždu**, **deprese**, **nervozitu**, **stres**.

Tomáš 1: „*Bejval jsem hodně společenskej, ale pak jsem se uzavřel do sebe.*“

Marek: „Co se týká zdraví, no, tak jsou to hlavně nervy, po duševní stránce je to ta závislost. Že bych to skončil, to už mě taky napadlo.“

Daniel: „Duševně bych řekl to uzavírání se do sebe.“

Vladimír: „Dvakrát jsem se pokusil o sebevraždu, jednou to bylo demonstračně, podruhé už vážně.“

Filip: „Duševně jsem se dopracoval k periodické depresivní poruše, dá se říct takové situační, z důvodu toho jsem dostal částečný invalidní důchod 2. stupně, to bylo z takového toho dlouhodobého napětí. V myšlenkách jsem se zabýval i možností spáchat sebevraždu, ale neudělal jsem to.“

➤ **poškození tělesného zdraví** uváděla malá část hráčů, kteří především hovořili o **zvýšeném krevním tlaku, úbytku tělesné hmotnosti a ztrátě svalové hmoty.**

Většina hráčů se cítí po fyzické stránce v pořádku.

Tomáš 2: „Mám vysoký tlak, jinak jsem zdravotně v pořádku, teda po fyzické stránce.“

Karel: „Já mám pocit, že mě to poškodilo na zdraví především výrazným váhovým úbytkem asi 15 kg. Nemám vůbec žádnou svalovou hmotu, všechno mě odešlo.“

Tomáš 1: „Fyzicky jsem v pohodě.“

Daniel: „Tělesně jsem v pořádku.“

Vladimír: „Tělesně nic nemám.“

➤ **problémy v zaměstnání** uváděli jen někteří patologičtí hráči. Ve všech případech šlo o **ztrátu zaměstnání** a to z důvodu majetkové kriminality na pracovišti.

Matěj: „Měl jsem dobrou práci, dělal jsem manažera, jezdil jsem po světě a měl jsem se dobře a celou tu dobu jsem hrál vlastně, ale pak jsem zpronevěřil v práci nějaký peníze, už jsem to nezvládal.“

Filip: „Poprvé v životě se mi stalo, že jsem přišel o práci, vzal jsem peníze a teď jsem na úřadu práce a to je pro mě dost špatný, protože mám ty dluhy a platím.“

Karel: „Měl jsem práci na dobu určitou a pak mě propustili.“

➤ **konflikty se zákonem** uváděné patologickými hráči byly majetkového charakteru, konkrétně šlo o **neplacení výživného na děti, podvody, krádeže.** Z odpovědí je zjevné, že mnoho hráčů není dosud v konfliktu se zákonem jen proto, že jim pomohla rodina.

Vladimír: „Se zákonem mám problém neplacení výživného na děti, už to dělá 52.000,-.“

Matěj: „Mám podmínku za úvěrový podvody a čekám další soud.“

Filip: „Potíže se zákonem naštěstí nemám, splatit ty dluhy mi tenkrát pomohla rodina.“

## **b) Potřeby hráčů**

Za nejvýznamnější problém, který potřebují hráči řešit v aktuální léčbě, považuje většina z nich svoji vnitřní změnu, a nalezení motivace k této změně. Dluhy, vztahy a ostatní záležitosti chtějí většinou řešit až následně po absolvování léčby. Nejdůležitější úkoly byly podle pacientů:

- **dosažení vnitřní změny**, která by vedla k **obnovení sebeúcty a sebedůvěry, zabránit uzavírání se do sebe, odstranit výčitky svědomí a stud**

Tomáš 1: „*Jak jsem se změnil, stal se ze mě samotář, naučil jsem se lhát a manipulovat.*“

Tomáš 2: „*Potřebuju hlavně změnit to svoje myšlení.*“

Daniel: „*Jak jsem se stáhnul do sebe.*“

Vladimír: „*To, že jsem si sebe ještě nezačal vážit, mám výčitky svědomí a stud.*“

Matěj: „*Chci si zase věřit.*“

- **nalezení motivace**

Marek: „*Musím najít dostatečný množství motivací, abych se tomudle vyhnul.*“

Filip: „*Musím najít motivaci do dalšího života, protože se to opakuje několikrát.*“

Přes všechny potíže způsobené hraním a ztráty, které jim přineslo, i přes skutečnost, že je hraní dovedlo až do léčebny, neměli hráči problém se svým sebehodnocením. V odpovědích na otázku čeho si na sobě nejvíc váží, se objevovala slova jako „umím, dokázal jsem, sebedůvěra, uměl jsem si poradit, nedělalo mi problém, věřím, že to zvládnu“ a při rozhovoru dokázali bez problémů najít své kladné stránky.

Tomáš 1: „*Že jsem pořád optimista, já věřím, že to zvládnu.*“

Marek: „*Umím být někdy zodpovědný a umím odvést dobrou práci.*“

Daniel: „*Dokázal jsem se postavit k problémům čelem.*“

Matěj: „*Svoji sebedůvěry, že jsem se vždycky znova postavil na nohy, dokázal si sehnat dobrou práci a vydělat peníze i na to hraní.*“

Karel: „*Vždycky jsem si uměl poradit slušnou cestou.*“

Co se týče terapeutických potřeb hráčů, byli pacienti tázáni, zda si myslí, že je jejich problémům věnována dostatečná pozornost a zda pociťují dostatek prostoru pro řešení svých záležitostí. Dále bylo zjišťováno, v čem jim, podle nich, léčba pomáhá, co považují v léčbě za účinné. Názory na to, zda mají pacienti v léčbě dostatek pozornosti a prostoru

pro řešení svých záležitostí se u hráčů liší, z rozhovorů však nevyplývá, že by toto souviselo se společnou léčbou patologického hráčství a jiných závislostí, ale spíše s individuálními potřebami každého jednotlivce. Ti, kteří se domnívají, že nemají dost prostoru, by chtěli:

➤ **více skupinové terapie a menší skupiny**

Marek: „*Ta pozornost si myslím, že by mohla být i větší, víc skupin.*“

Filip: „*Moc ne, mělo by tu být víc té skupinové terapie a delší a menší ty skupiny.*“

➤ **přístup k mobilnímu telefonu nebo možnost odjet řešit své pracovní záležitosti**

Tomáš 2: „*Tady ne. Já bydlím 110 km odsud, máme sice volno, ale je to jen dovolenka přes víkend a to je všude zavřeno, a když potřebuju řešit práci, jak to mám odsud udělat? Kdo to se mnou bude o víkendu řešit?*“

Vladimír: „*Ne, nemám k dispozici mobilní telefon a nemůžu řešit různé věci, které potřebuju. Telefon je jen na vyžádání a naposledy když jsem si o něj požádal, tak jsem tam měl 52 zmeškaných hovorů.*“

➤ **častější kontakt s psychologem**

Marek: „*Ta pozornost si myslím, že by mohla být i větší, víc pohovorů s téma psychologama.*“

Hráči, kteří si myslí, že mají dost prostoru, oceňují zejména:

➤ **možnost individuální terapie**

Tomáš 1: „*Ano, můžu zajít za psycholožkou, když to nechci řešit na skupině.*“

Daniel: „*Ano mám hodně, můžu se vypovídat u terapeuta.*“

Matěj: „*Já si myslím, že mám, můžu si domluvit individuál.*“

➤ **možnost skupinové terapie**

Daniel: „*Ano mám hodně, může se vypovídat na skupině.*“

Matěj: „*Já si myslím, že mám. Na těch skupinách je to otevřený, otevřená výměna názorů.*“

Karel: „*No já si myslím, že tady, co se týče tohoto, je to skvělé, že ty skupiny jsou na fantastické úrovni, takže o tom člověk může mluvit a dostat ze sebe všechno a to se ti ohromně uleví tím, že o tom můžeš mluvit.*“

**c) Faktory v léčbě hráčů**

Ukazuje se, že za nejvýznamnější faktory v léčbě považují hráči zejména:

➤ **možnost mluvit o svých problémech a sdílet je s ostatními**

Marek: „*To, že jsou okolo lidí s podobnýma starostma a můžu se o tom s nima bavit.*“

Daniel: „*Je to ta otevřená komunikace, že si mám s kým promluvit, aniž by na mě někdo ječel a řek, ať si s tím poradím sám, vyslechnout různý názory.*“

Matěj: „*Že jsou tu lidi s těma samejma problémama a od každýho si člověk něco vezme, mluvit o tom a vidět ty lidi.*“

Filip: „*Asi o tom problému jako samotném mluvit.*“

Karel: „*Za účinné považuju to, že ty skupiny jsou skvělé, to pomáhá, čím víc jich přibývá, tím víc se člověk otevře a dokáže se svěřit.*“

#### ➤ **izolaci od rizikového prostředí a stresu**

Tomáš 1: „*Že jsem tady našel klid, čas zastavit se a zrekapitulovat život, uvědomil jsem si, co všechno jsem ztratil.*“

Marek: „*A taky, že tu nejsou ty bedny (smích).*“

Karel: „*Za účinné považuju to, že jsme tady v tom bezpečném pásmu.*“

#### ➤ **radý a učení se strategiím ke zvládnutí abstinence**

Tomáš 2: „*Pro mě je důležitá ta pomoc, jak se má člověk chovat, ta změna myšlení.*“

Vladimír: „*Dobry adiktologové, poznání, že nemůžu vůbec hrát, jinak se to zase spustí, že je nutná absolutní abstinence a že se musím vyhybat rizikovému prostředí a taky mi pomáhají ty kartičky, hlavně ta – Vzpomeň si, jak ti bylo, když jsi prohrál.*“

### Pacienti s dg látkové závislosti

#### a) **Dopady látkové závislosti**

K potížím způsobeným alkoholismem nebo užíváním nelegálních látek radí sami pacienti z druhé skupiny nejčastěji:

#### ➤ **poničené vztahy v rodinách** a to zejména **partnerské vztahy** a **vztahy s dětmi**.

Petr: „*C se týče vztahů, já jsem byl 3krát ženatý, mam 5 dětí, ale vlastně žádný.*“

Jaroslav 1: „*Málo jsem navštěvoval svoje děti, kašlal jsem na okolí.*“

Miloš: „*Mám hodnou paní a ona mi to pití dlouho tolerovala, ale už jí došla trpělivost a chtěla se dát rozvést.*“

Jaroslava: „*Moje pití lezlo strašně na nervy mým dětem. Rodina se mnou nechtěla nikam chodit, aby se nemuseli stydět, kdybych se někde opila.*“

#### ➤ **poškození tělesného zdraví**, kdy se jedná především o **poškození jater, obezitu, hepatitidu, epilepsii, poruchy erekce** a další.

Petr: „*Mám problém s játrama.*“

Miloš: „Zdravotně mám obezitu a metabolický syndrom.“

Zuzana: „Mám žloutenku typu C.“

Jaroslava: „Několikrát jsem zkolabovala, prostě jsem sebou šlehla a doktoři mi říkali, že mám nějakou epilepsii jako z alkoholu.“

Jindřich: „Zdraví mám taky poničený, mám poruchy erekce.“

➤ **problémy se zaměstnáním** uváděli téměř všichni pacienti s diagnózou látkové závislosti bez problému s hraním. Jednalo se buď přímo o **ztrátu, nebo hrozbu ztráty zaměstnání**.

Jaroslav 1: „Ovlivnilo to podstatně v přístupu k práci, o kterou jsem tím přišel a k zodpovědnosti.“

Miloš: „V práci mi taky dali nůž na krk, jestli se nepůjdu léčit, tak mě budou muset propustit.“

Jiří: „Během pěti let jsem 3x přišel o řidičák a v důsledku toho jsem ztratil práci.“

Jaroslava: „Já jsem měla penzion, všechno jsem si řídila já, i peníze a šéfovala jsem to, pak jsem ale začala bejt vztahovačná a nejistá.“

Jindřich: „Kvůli absenci jsem nedokončil druhé ročník hotelovky.“

➤ **narušení duševního zdraví** - jedna pacientka uvedla opakovaný **pokus o sebevraždu**, ostatní pacienti z této skupiny suicidální pokusy i myšlenky negovali. Jiným zdravotním problémem v oblasti duševního zdraví bylo **uzavření se do sebe, ztráta paměti a paranoidní schizofrenie**.

Nikola: „Než jsem začla brát, byla jsem uzavřená, pak se to hodně změnilo a já jsem byla naopak hodně společenská, víc jsem si věřila, ale ono se to pak zase převrátilo a začla jsem mít tendence, se jako schovávat, na nikoho jsem neměla náladu, ten původní problém se prohloubil. Taky jsem se dvakrát pokusila o sebevraždu, vždycky tomu předcházela nějaká hádka.“

Jindřich: Zdraví mám taky poničený, mám ztrátu paměti a paranoidní schizofrenii, na to musím brát pořád léky.“

➤ **konflikty se zákonem** uváděné pacienty s látkovou závislostí byly majetkového charakteru, kdy šlo o **krádeže, vloupání** a dále také **narušování veřejného pořádku a občanského soužití**.

Zuzana: „Taky mám 2 podmínky, 250 prospěšnejch hodin a další soud před sebou, všechno za krádeže, vloupání a za porušování občanského soužití.“



Jindřich: „Mám podmínku za krádež a porušování veřejného pořádku nebo co, prostě jsem dělal bordel na ulici.“

#### **b) Potřeby látkově závislých**

Pacienti s diagnózou jiné závislosti než je hráčství vnímají jako svůj nejdůležitější problém, na kterém nejvíce chtějí pracovat v léčbě, zejména:

➤ **svoji vnitřní změnu**, která se týká **výčitek svědomí, stresu, přístupu k práci a k plnění povinností, zodpovědnosti, sebepojetí a zpracování traumat.**

Jaroslav 1: „Výčitky svědomí, že jsem kašlal na rodinu, abych byl zase zodpovědný a změnil přístup k práci.“

Jiří: „No abych se z toho dostal, zbavil se toho stresu.“

Zuzana: „Neumím ovládat svoje pocity, neumím být sama se sebou, připadam si méněcenná.“

Jaroslava: „No právě to jak jsem všechno perfektně zvládala, ale pak jsem začla ztrácet půdu pod nohama. Začala jsem být jako hadr na podlahu.“

Nikola: „Potřebuju si vyřešit takový ty problémy, který jsem ignorovala, odsouvala a neřešila jako třeba tátovo sebevraždu, vyrovnat se s tím.“

Jindřich: „Naučit se plnit povinnosti.“

➤ **nápravu rodinných vztahů**

Petr: „Ty vztahy s partnerkou hlavně.“

Miloš: „Vztahy v rodině.“

Z rozhovorů a odpovědí na otázku čeho si na sobě nejvíc vážíte, je patrné, že pacienti s jinou závislostí než je hráčství mají potíže se sebehodnocením a jak naznačují jejich odpovědi, mají také nižší sebevědomí a sebedůvěru. Převážná většina z nich s odpovědí váhala, někteří nedokázali svoje klady najít vůbec.

Petr: „Eště ničeho, já se nemám rád, to bude ten problém.“

Jaroslav 1: „.....(dlouhé ticho), to je těžká otázka,.....(opět ticho) snad pracovitosti.“

Miloš: „Těžká otázka. Já se spíš stydim. Určitě mám víc těch špatnejch vlastností.“

Jiří: „To fakt teda nevím, já mám teď sebevědomí úplně na nule.“

Zuzana: „Hm, to nevím, nejsem zlomyslná a neublížuju lidem. Teda svojí rodině jsem asi ublížila, ale záměrně neublížuju, neposmívám se nikomu.“

Všichni pacienti ze skupiny s diagnózou jiné závislosti bez problému s hraním se domnívají, že mají dostatek prostoru pro řešení svých věcí, jen v drobnostech by potřebovali nějaké úpravy. Opět však z rozhovorů vychází, že to nesouvisí se společnou léčbou patologického hráčství a jiných závislostí, ale s individuálními potřebami každého pacienta.

➤ **úplná spokojenost**

Petr: „*Určitě, je to tady dobře nastavený a taky je to dobře fázovaný.*“

Jaroslav 1: „*Prostoru mám dost, dovim se tady i spoustu věcí od jinejch lidí.*“

Miloš: „*Ano, mám rád ty skupiny a i terapeuti jsou dobrý, můžeme jít i za psycholožkou.*“

Zuzana: „*Ze začátku jsem si myslela, že ne, ale teď si myslím, že jo, začala jsem víc mluvit.*

*Záleží to na každým, máme možnost chodit i za psychologama.*“

Nikola: „*Jo, to určitě, každopádně, když nemají třeba terapeutky čas, tak vlastně je nás tu hodně, tak to probíráme s holkama.*“

➤ **potřeba drobných změn** se týkala např. **osoby psycholožky**, která se zdála pacientovi příliš mladá a tudíž s nedostatkem životních zkušeností, nebo šlo o potřebu **častějšího kontaktu s psychologem**.

Jiří: „*Třeba u toho psychologa je to otázka důvěry, když je to holka mladší než moje dcera, ono je něco jinýho, naučit se něco ve škole, ale chybí jí ty životní zkušenosti.*“

Jaroslava: „*No já si myslím, že jo, ale asi by s námi víc měli mluvit ty psychologové, ale ty terapeutky jsou dobrý.*“

**c) Faktory v léčbě látkové závislosti**

Nejvýznamnější faktory v léčbě jsou pro tuto skupiny pacientů hlavně:

➤ **možnost mluvit o svých problémech a sdílet je s ostatními**

Jaroslav 1: „*Dobrá je komunita, že si o tom s chlapama pokecáme.*“

Miloš: „*Co mi hodně pomáhá, je to probírání na těch skupinách.*“

Zuzana: „*Když můžu říct svoje pocity a problémy, prostě mluvit o tom.*“

Nikola: „*Že si o tom můžu povídat s holkama.*“

➤ **izolace od rizikového prostředí**

Jaroslav 1: „*Izolace určitě, nejvíc asi ta izolace.*“

Jaroslava: „*Odpojila jsem se od toho svého světa.*“

Jindřich: „*Důležitý je oddělit se od těch lidí.*“

➤ **informace a učení se strategiím ke zvládnutí abstinence**

Petr: „*Já to беру jako takový školení, co nás čeká venku.*“

Miloš: „*Já si myslím, že se tu dozvim velkou spoustu informací, který jsem třeba ani nevěděl.*“

➤ **relaxační techniky**

Miloš: „*Jo a taky jsem se úplně zamiloval do relaxačních technik, ty chci dělat i doma.*“

Pacienti s látkovou závislostí kombinovanou s hráčstvím

**a) Dopady kombinované závislosti**

Odpovědi pacientů s látkovou závislostí kombinovanou s hraním ukazují, že jim jejich závislost ovlivnila život ve všech směrech.

➤ **finanční dopady**, kdy přišli o peníze a mají **dluhy**, přičemž se jeví, že dluhy si způsobili zejména v důsledku hraní spíše než vydáváním peněz za drogy.

Jaroslav 2: „*Spíš to hraní, jsem přišel o všechny peníze. Ty drogy sice taky, ale ne tolik jako to hraní.*“

Lukáš: „*Ve společnosti jsem si nadělal dluhy.*“

Zdeněk: „*Tak určitě problémy dluhy, hlavně kvůli tomu hraní.*“

Jaroslav 2: „*Mám dluhy asi 200.000,- Kč.*“

➤ **narušení vztahů** - všichni pacienti s kombinovanou závislostí uváděli ve shodě s předchozími skupinami pacientů narušení **rodinných** vztahů a to jak **partnerských**, tak **s rodiči i s prarodiči**, někteří i vztahy **se sousedy**.

Jaroslav 2: „*Vzalo mi to i maminku, že s ní vlastně nedokážu mluvit, aniž bych po ní něco chtěl, takže takhle.*“

Lukáš: „*Přineslo mi to problémy v rodině, zhoršení zdravotního stavu matky a jejích rodičů, hlavně dědy.*“

Radek: „*Doma jsme se napřed pořád hádali, pak to vyústilo, že mě vyhodili z domu a skončil jsem na ulici. Taky jsem týral svoji přítelkyni.*“

Zdeněk: „*Samozřejmě partnerské vztahy, rozešel jsem se s přítelkyní po třinácti letech.*“

Martin: „*Sousedovi jsem rozsekal dveře sekerou.*“

➤ **poškození tělesného zdraví** je u těchto pacientů časté, jde především o výrazný **úbytek tělesné hmotnosti, ztrátu svalové hmoty, hepatitidu a zkažené zuby**.

Lukáš: „*Tělesně jsem strašně zhubnul, ztratil jsem svalovou hmotu.*“

Radek: „*Mám zkažené zuby od pervitinu.*“

Martin: „*Nechal jsem si taky udělat testy na žloutenku a byly pozitivní.*“

- **poškození duševního zdraví** – je u této kategorie pacientů velmi výrazné, často dochází k významným psychickým změnám. Dva z těchto pacientů přiznali **myšlenky na sebevraždu**, jeden učinil **sebevražedný pokus**. Další duševní potíže udávané pacienty s kombinovanou závislostí jsou **agresivita**, kterou spouští drogy, pocit prázdnoty, **vztahovačnost**, **paranoidní tendence**, **lehkomyšlnost** a **špatný vztah k sobě samému**.

Jaroslav 2: „*Jsem vztahovačnej, vzalo mi to mě, já nevím, kdo jsem, nenávidím se, nemám se rád, pomýšlel jsem i na sebevraždu, ale jen v myšlenkách.*“

Lukáš: „*Mám pocity prázdnoty, problémy se sebehodnocením.*“

Radek: „*Jsem agresivní a ty drogy to spouští. Jednou jsem se pokusil o sebevraždu, neunesl jsem rozchod. Taky jsem měl stíhy, 3 měsíce jsem byl třeba zavřenej doma, měl jsem představy, že na mě mluví televize, že mě sledujou satelity, nedokázal jsem stát ve frontě, měl jsem zrakový a sluchový halucinace.*“

Martin: „*Jsem lehkomyšlněj a všechno beru na lehkou váhu. I když jsem se nikdy nepokusil o sebevraždu, tak to chování bylo dost sebedestruktivní.*“

Zdeněk: „*Tak přemejšlel jsem třeba o tom, že bych to skončil, třeba jsem seděl a čekal na vlak, vlak nejel, tak jsem šel domů.*“

- **problémy v zaměstnání** spočívají u pacientů s kombinovanou závislostí v tom, že **přišli o práci** z důvodu snížení nebo ztráty svojí schopnosti či dovednosti vinou drog.

Lukáš: „*Byl jsem fitness trenér, přestal jsem cvičit, ztratil jsem svalovou hmotu.*“

Radek: „*Ztratil jsem práci. Já jsem maloval, nejdřív to šlo, ale pak už jsem nedokázal namalovat vůbec nic ani bez drog ani s drogama.*“

- **konflikty se zákonem** – do konfliktu se zákonem se dostávají jak pro **majetkové**, tak pro **násilné trestné činy**, **výtržnictví** apod.

Lukáš: „*Začal jsem krást.*“

Martin: „*Udělal jsem třeba loupežný přepadení nebo sousedovi rozsekal dveře.*“

Zdeněk: „*Rozbil jsem telefonní budku pod vlivem alkoholu.*“

Radek: „*Mám podmínku za ublížení na zdraví.*“

## **b) Potřeby pacientů s kombinovanou závislostí**

Za nejdůležitější, co potřebují vyřešit v léčbě, považují dle svých odpovědí následující:

- **upravit svoje vnitřní stavy**, čímž je podle odpovědí myšleno naučit se **zvládat svou agresivitu**, naučit se **prožívat emoce**, najít **smysl života** a jeho **naplnění, najít sám sebe**.

Jaroslav 2: „*To, že mi to vzalo mě, musím se dát dohromady, začít fungovat.*“

Lukáš: „*Nejvíc mě trápí, že vlastně nevím, co by mě v tom životě bavilo, na co se zaměřit, aby to člověka naplnilo tak, aby neměl tendence šahat po něčem, co mu škodí.*“

Radek: „*Zvládat svou agresivitu.*“

Martin: „*Hlavně to, že neprožívám emoce. Mám obrannou slupku. Vzalo mi to emoce, nic moc necítím k nikomu. Chtěl bych se naučit to prožívat.*“

- **obnovit nebo navázat důležité vztahy** zejména s rodiči.

Lukáš: „*Potřebuju řešit nějaký věci s rodičema, už je to v plánu, přijedou na rodinnou terapii.*“

Radek: „*Vztahy s rodinou, rodinnou terapii s otcem.*“

Martin: „*Nevím, jestli se dokážu třeba opravdu zamilovat.*“

Z vyhodnocení odpovědí na otázku čeho si na sobě nejvíc, je vidět, že pacienti s kombinovanou závislostí dokázali najít svoje kladné stránky méně obtížně než pacienti s látkovou závislostí bez problémů s hraním, ale zároveň podle mého názoru jejich odpovědi nenaznačují takové sebevědomí, jaké vykazovaly odpovědi hráčů.

Jaroslav 2: „*Nejsem lakomej.*“

Lukáš: „*Houževnatosti.*“

Radek: „*Asi, že umím malovat, že mám talent.*“

Martin: „*Řekl bych, že jsem upřímněj, společenskéj hodně, a učenílivej.*“

Zdeněk: „*Tak asi toho, že jsem se odhodlal a šel jsem semka se léčit.*“

Vnímání toho, zda je pacientům věnována dostatečná pozornost a zda mají dost prostoru pro řešení svých problémů je různé a individuální. I v tomto případě je zjevné, že to není dáváno do souvislosti se společnou léčbou látkových a nelátkových závislostí. Co vidí pacienti jako nedostatek je málo individuální terapie. Na druhou stranu jsou si vědomi oho, že záleží hlavně na nich, co si z léčby odnesou. Spokojeni jsou se skupinovou terapií.

- **málo individuální terapie**

Jaroslav 2: „*Ne, na řešení nákových problémů, který jsou uvnitř, to není, na to není dost prostoru to řešit třeba s psychologama.*“

Martin: „Mělo by to bejt asi delší, a aby se nám věnovali hodně individuálně, já nevím, co bych tady řešil.“

➤ **záleží na každém, co si z léčby vezme**

Lukáš: „Každý si z toho musí vzít pro sebe to, co ho léčí, tady tě nikdo nevléčí.“

Radek: „Jo, já si hlavně myslím, že jde o to, jak já se k tomu postavím a kolik jsem ochotnej věnovat tomu času a energie.“

➤ **vyhovuje skupinová terapie**

Zdeněk: „Jo, jako terapie jsou tady skvělý, ty skupiny, já se tady pomaloučku otvírám, já jsem nikdy nebyl schopnej s nikým řešit svoje problémy a to byla taky moje chyba.“

**c) Faktory v léčbě kombinované závislosti**

Ohledně toho, co je v léčbě pro ně účinné a v čem si myslí, že jim léčba pomáhá, hovořili tito respondenti ve velké míře o:

➤ **vytržení ze škodlivého prostředí**

Lukáš: „Pomáhá mi určitě hlavně v tom, že je člověk izolovanej od toho svýho prostředí a života a stresu.“

Radek: „Potřeboval jsem se dostat pryč z toho prostředí, abych neměl přístup k drogám a do těch heren, takže ta změna prostředí.“

Martin: „Určitě mě ta léčba vytrhla z toho prostředí, sám jsem nedokázal přestat.“

➤ **možnosti zastavit se a přemýšlet sám o sobě**

Lukáš: „Člověk má možnost se soustředit sám na sebe, srovnat si žebříček hodnot.“

Radek: „Potřeboval jsem, abych měl čas na sebe a napravit ty věci.“

Zdeněk: „Člověk o tom pak přemýšlí a všechny ty věci, co slyšel, si pak nějak vztahuje k sobě.“

Pacienti z dané skupiny dále také oceňovali:

➤ **relaxační techniky a autogenní trénink**

Jaroslav 2: „Ten trénink, naučit se zvládat svoji agresivitu, věci skousnout a ne třeba něco rozmlátit.“

Radek: „Taky relaxace kvůli tý agresi, autotréninky a hypnóza.“

➤ **individuální a skupinové terapie**

Radek: „Ty individuály s terapeutama.“

Zdeněk: „No ty skupiny, v těch skupinách mluvit jako.“

### ***13.2.2 Klinický obraz a terapeutické potřeby - shrnutí***

Co se týká dopadu závislosti, všem pacientům bez rozdílu diagnózy výrazně narušila rodinné a partnerské vztahy, případně vztahy s lidmi ve svém okolí. Na rozdíl od ostatních respondentů uvádějí hráči poškození tělesného zdraví v menší míře. V oblasti duševního zdraví se dopady vyskytují individuálně s různým stupněm závažnosti a nelze je objektivně zhodnotit, rovněž je velmi obtížné určit, zda některé z těchto problémů vznikly až v důsledku hraní či užívání návykových látek, nebo již byly přítomny a závislost je jejich důsledkem. Pokusy o sebevraždu či suicidální myšlenky se ve větší míře vyskytovaly tam, kde figurovalo i hráčství. Dluhy mají všichni patologičtí hráči a někteří pacienti s kombinovanou závislostí. Je možné vidět rozdíl, kdy pacienti s látkovou závislostí bez problému s hraním dluhy neuváděli. Do střetu se zákonem se hráči dostávali většinou kvůli majetkovým trestným činům, pacienti z druhých dvou skupin se dopouštěli jak majetkové, tak i násilné trestné činnosti, narušování občanského soužití či veřejného pořádku. Zdá se, že patologičtí hráči jsou i navzdory své závislosti schopni lépe fungovat v zaměstnání než látkově závislí, nicméně i oni uváděli v některých případech potíže se zaměstnáním.

Bez ohledu na diagnózu považují všichni respondenti za největší problémy, které potřebují v léčbě řešit, svoji vnitřní změnu, nalezení motivace, smyslu života a jeho naplnění a úpravu důležitých vztahů. Hráči ještě potřebují vyřešit dluhy, ale až následně po absolvování léčby.

Názory na to, zda mají v léčbě dost prostoru pro řešení svých záležitostí, a zda je jim věnována dostatečná pozornost se u hráčů lišily na rozdíl od pacientů léčících se z látkové závislosti, kde všichni měli pocit, že mají prostoru dost a úpravy by potřebovali jen v drobnostech. U žádné skupiny však z odpovědí nevyplývá, že by to souviselo se společnou léčbou patologického hráčství a jiných závislostí, ale spíše s individuálními potřebami každého jednotlivce.

Za nejvýznamnější účinné faktory v léčbě považují hráči shodně s látkově závislými bez problému s hraním možnost mluvit o svých problémech a pocitech a sdílet je s ostatními, izolaci od rizikového prostředí a učení se strategiím ke zvládnutí abstinence. Pro pacienty s látkovou závislostí v kombinaci s hraním je to hlavně vytržení ze škodlivého prostředí a možnost zastavit se a přemýšlet sám o sobě.

Patologičtí hráči vykazují vyšší sebevědomí a větší sebedůvěru než pacienti z druhých dvou skupin a najít své kladné stránky jim nedělá potíže. Naproti tomu pacienti

látkově závislí bez problému s hraním se jeví jako méně sebevědomí a méně sebejistí s většími obtížemi při sebehodnocení. U pacientů s kombinovanou závislostí by se dalo říci, že se v tomto směru nacházejí někde „uprostřed“ mezi zmiňovanými skupinami.

### *13.2.3 Terapeutické postupy, cíle léčby a přístup k pacientům*

#### **II) Jaké jsou terapeutické postupy, cíle léčby a přístup k pacientům patologickým hráčům a k pacientům s jinou závislostí? V čem se liší a co mají společného?**

Za účelem zjištění odpovědí na druhou výzkumnou otázku, tedy jaké jsou terapeutické postupy, cíle a přístup k pacientům, byly respondentům položeny otázky zabývající se režimem a programem v léčbě, praxí ohledně vycházek a případných následných kontrol abstinence, dále byly pacienti dotazováni, jaké mají povinnosti, zda je od nich vyžadována absolutní abstinence a jaký na to mají názor.

Z rozhovorů vyplynulo, že režim a program jsou pro všechny pacienty stejné bez ohledu na diagnózu, liší se pouze mezi jednotlivými léčebnami. V jedné léčebně mají např. jedenkrát v týdnu hráči pouze svojí skupinu. V některých léčebnách nemají pacienti u sebe mobilní telefon a dostanou ho jen na vyžádání za konkrétním účelem, jinde mají mobilní telefony k dispozici u sebe. V některých léčebnách mají toto odstupňované, jak pacienti postupují v léčbě, získávají více privilegií. V některých léčebnách nemají pacienti přístup k PC, v jiných léčebnách přístup mají, ale některé stránky (zejména herní) jsou v PC zablokovány. Cíle léčby jsou u všech pacientů shodné a to absolutní abstinence od nelegálních látek, alkoholu i od hraní.

Co se týká povinností, odpovídali respondenti shodně a uváděli zpracování životopisu, psaní deníku, bodový systém, režim – dodržování časového harmonogramu, kontroly po příchodu z vycházky nebo dovolenky, příprava přednášky, účast na pracovních činnostech apod. Povinnosti jsou pro všechny respondenty bez ohledu na to, s jakou závislostí se léčí, rovněž shodné.

Ve všech dotyčných léčebnách jsou vždy po návratu z vycházky nebo z dovolenky prováděny u všech pacientů, to znamená i u hráčů, kontroly na přítomnost alkoholu v dechu, namátkově kontroly moči, která se někde odebírá buď všem pacientům a namátkově se vybere vzorek k testování, nebo jinde se odběr moči provede jen namátkově



u některých pacientů. Pokud jde o hráče, při vycházce nemají u sebe doklady ani peníze, případně si o určitou část peněz požádají a pokud nějaké peníze utratí, musí dokladovat účetními doklady, za co to bylo. Zároveň si vše zapíší do deníku - stav peněz a co si za ně koupili.

Úplná abstinence je vyžadována od všech pacientů bez rozdílu. Všichni respondenti bez výjimky s tímto nastavením souhlasí a považují ho za správné nejen s ohledem na ostatní pacienty, ale také kvůli sobě.

Tomáš 1: *„Bylo by to nekolegiální a blbý vůči klukům, kdybych si třeba chtěl dát pivo, ale stejně nepiju. Já s tím problém nemám.“*

Tomáš 2: *„Měly by být přísná pravidla i pro gamblery, když jsou zákazy pro alkoholiky, měly by být i pro ty gamblery.“*

Matěj: *„Beru to, protože to by, když tu jsou i alkoholici byly pro ně spouštěče, protože kdybych si dal pivo, tak by se to dozvěděli.“*

Vladimír: *„Jo, to je v pořádku, protože se stává, že lidi jenom změni závislost.“*

Jaroslav 1: *„To je správný, ono by to bylo jiný, kdyby se gambleři mohli trochu napít, to už by byly problémy.“*

Jaroslav 2: *„Nevadí mi to, já jsem rád.“*

Lukáš: *„To musí každej pobrat, pokud s tím má někdo problém, tak může jet domů.“*

Zdeněk: *„Tak to musí být, ne? Je to o lidech. Já třeba vim, že kdybych si dal 2-3 piva, že bych ráno nenafoukal, ale k čemu to potom je, že? Já su tady dobrovolně.“*

Pacienti byli také dotazováni, zda je něco, co jim léčbě nevyhovuje, co by chtěli změnit. Sdělením pacientů bylo zjištěno následující:

#### Pacienti s dg patologické hráčství

S dodržováním režimu nemají patologičtí hráči problém, co by si v léčbě přáli změnit je:

- **zavést přítomnost žen na skupinách**, kterou zmiňovala většina hráčů. Jako důvody uváděli možnost cvičit se v komunikaci se ženami, dále jakousi slušnost, kterou muži před ženami dodržují a skupiny jsou pak příjemnější, v neposlední řadě to byl také fakt, že v reálném životě též nejsou oddělení muži a ženy, ale žijí spolu a

musí spolu komunikovat, s čímž mají pacienti mnohdy problém. Jiný úhel pohledu je pro pacienty - hráče také přínosem.

Karel: „*Namíchal bych to se ženama. Už jsem to zažil a ta komunita byla taková slušná, ti chlapi nemluvili sprostě před těma ženama přece jenom, to bylo úplně úžasné, jak se ti kluci dokázali ovládat.*“

Filip: „*Myslím si, že je dobré koedukované oddělení se ženama.*“

Vladimír: „*A taky by bylo dobré, kdyby tu s námi byly ženy.*“

Marek: „*Nepřide mi v pořádku, že jsou tady ty skupiny rozdělený na chlapy a ženský, kdyby ty skupiny byly namíchaný, tak by to bylo dobrý. Některý chlapi maj problém se bavit se ženskýma a maj komunikační bloky, tak by jim to bylo platný i pak v normálním životě, se v tom cvičit.*“

#### ➤ **víc skupinové terapie a menší skupiny**

Karel: „*Bylo by lepší, kdyby nás bylo na skupině míň a měli jsme tak víc možností se vypovídat z toho problému, tak maximálně 8.*“

Filip: „*Asi počet lidí bych snížil, protože je to někdy docela chaos. Mohlo by tu být víc té skupinové terapie a delší a menší ty skupiny.*“

#### ➤ **zamezit přístupu k PC a mobilním telefonům**

Tomáš 2: „*Gambleři by neměli mít přístup k IT technologiím a k mobilním telefonům, měly by být přísná pravidla i pro gamblery.*“

### Pacienti s diagnózou látkové závislosti

Pacienti s diagnózou jiné závislosti považovali poměrně často režim za příliš přísný, takže by chtěli

#### ➤ **mírnější režim**

Jaroslav 1: „*Nevim, mě připadá moc přísněj ten režim, myslím jako časovej.*“

Jiří: „*Ten režim je tu zbytečně přísněj.*“

Jaroslava: „*Zdá se mi moc přísný režim, v něčem to zavání až přílišným vstupem do intimity a plus někdy to vnímám až jako ponižující.*“

Jindřich: „*Je to hrozný honění za bodama.*“

#### ➤ **více skupinové terapie**

Miloš: „*Ani ne tak změnit, ale uvítal bych spíš víc ty skupiny.*“

#### ➤ **více individuální terapie**

Jiří: „*Měla by tu být víc ta psychoterapeutická práce, ale spíš ta individuální.*“

➤ **zakázat PC a facebook**

Jindřich: „*Měly by taky zakázat PC a facebook, je to pro hráče spouštěč.*“

Pacienti s látkovou závislostí kombinovanou s hraním

Ve skupině s kombinovanou závislostí mají pacienti na to, co jim v léčbě nevyhovuje a co by chtěli změnit různé úhly pohledu dle svých individuálních potřeb, a podle nich by v léčbě uvítali:

➤ **více psychologické péče**

Jaroslav 2: „*Asi by tu mohlo bejt víc tý psychologický péče, protože na to řešit, co je uvnitř, tu prostor není.*“

➤ **přísnější režim**

Lukáš: „*Uvítal bych přísnější režim.*“

Radek: „*V komunitě to bylo moc lážo plážo, tady je to lepší, je tu tvrdší režim a klidně by moh bejt ještě přísnější.*“

➤ **přítomnost žen na skupinách** postrádal i pacient z této skupiny

Lukáš: „*A taky mi tam chybí ty ženský, protože to je jak kdybysme se přestěhovali na jinou planetu.*“

➤ **zamezit přístupu k mobilním telefonům**

Lukáš: „*Třeba ty mobily tady bych zakázal, ta vážnost léčby pak upadá.*“

Důvody, proč si vybrali právě tuto léčebnu, byly různé, avšak nikterak nesouvisely se zaměřením léčebny ani s diagnózou pacientů. Všichni pacienti bez rozdílu diagnózy nejčastěji volili léčebnu podle:

Všichni pacienti dohromady

➤ **doporučení lékaře**

Vladimír: „*Byla mi přidělena, psychiatricka to obvolala.*“

Jaroslav 1: „*Doporučil mi ji doktor.*“

Jiří: „*Byla mi navržena lékařem.*“

Jaroslava: „*Vybraly mi ji děti asi po poradě s lékařkou.*“

Zdeněk: „Doporučili mi jí na psychiatrii.“

➤ **kde bylo aktuálně místo**

Tomáš 2: „Tahle byla jediná, kde bylo volno a kde mě vzali hned.“

Vladimír: „Psychiatrička to obvolala a tady bylo volno.“

Jaroslav 1: „A tady bylo místo.“

Nikola: „Měla jsem jít do terapeutické komunity, ale nastoupila jsem brzy na detox a pak bych musela dlouho čekat, tak mi zařídili tuhle léčebnu, tady bylo místo.“

Zdeněk: „Tady bylo místo.“

➤ **dobré reference**

Daniel: „Zeťák to tu zná, dvakrát se tu léčil na alkohol.“

Matěj: „Věděl jsem, že tady je obrovské park a tady byly nejlepší reference a je to tady pěkný.“

Karel: „Moje bývalá žena má kamarádku kurátorku a ona nám to doporučila.“

Zuzana: „Slyšela jsem o ní od hodně lidí, že je dobrá.“

Jindřich: „Na doporučení kamaráda, kterej se tady léčil.“

Martin: „Slyšel jsem, že tahle léčebna je dobrá.“

➤ **umístění léčebny**

Marek: „Bydlím v nedalekém městě a je to kousek.“

Daniel: „Jsem z okolí, aby za mnou mohla přítelkyně chodit.“

Zuzana: „Chtěla jsem daleko ze svého kraje.“

Lukáš: „Z toho důvodu, že se mi líbí tady ten kraj, kam jsem od mala jezdil.“

Zdeněk: „Je to blízko.“

#### **13.2.4 Postupy, cíle léčby a přístup k pacientům - shrnutí**

Terapeutické postupy, cíle léčby a přístup je v léčebně vždy ke všem pacientům bez ohledu na diagnózu stejný. Rozdíly byly zjištěny jen mezi jednotlivými léčebnami. Všichni pacienti mají stejný režim, program i povinnosti. Od všech je vyžadována plná abstinence od alkoholu, nelegálních látek i od hraní. S tímto všichni pacienti bez rozdílu souhlasí a vnímají to jako správné. Po návratu z vycházky nebo dovolené je u všech pacientů prováděna dechová zkouška na alkohol a namátkově testy na přítomnost drog v těle. Problematická je kontrola hráčů ohledně hraní, která probíhá v různých léčebnách různým mechanismem (většinou kontrolou finančních zdrojů) avšak zdá se, že někde jí není

věnována dostatečná pozornost. Diskutabilní je také přístup k mobilním telefonům a IT technologiím.

S dodržováním režimu nemají hráči problém a zdá se jim ve většině přiměřený. Naopak pacienti s látkovou závislostí bez problému s hraním považovali ve větší míře režim za příliš přísný. U pacientů s kombinovanou závislostí se názory různily s ohledem na individuální nastavení jednotlivce, pro někoho byl režim přísný, někdo by uvítal tvrdší.

Pokud by pacienti chtěli v léčbě něco změnit, hráči by si přáli přítomnost žen na skupinách, více skupinové terapie a v menších skupinách. Pacienti s látkovou závislostí by uvítali mírnější režim, také více skupinové terapie, ale i více individuální terapie. Pacienti s kombinovanou závislostí by ocenili více psychologické péče, přísnější režim a přítomnost žen na skupinách. Za pozornost stojí, že ve všech třech skupinách se vyskytl názor, že by v léčebnách neměl být volný přístup k mobilním telefonům a IT technologiím.

Výběr léčebny nebyl u žádného z respondentů ovlivněn tím, zda v ní probíhá společná léčba patologického hráčství a látkových závislostí nebo specializovaná léčba, resp. programy, přímo pro hráče, ale rozhodujícími faktory byly doporučení lékaře, aktuálně volná kapacita léčebny, její umístění nebo dobré reference o této léčebně.

### ***13.2.5 Postoje ke společné léčbě a zkušenosti pacientů***

#### **III) Jaké jsou postoje ke společné léčbě a zkušenosti pacientů z obou skupin? V čem se liší, a co mají společného?**

Pro získání odpovědi na třetí výzkumnou otázku týkající se postoje ke společné léčbě a zkušeností se společnou léčbou pacienti odpovídali na otázky, zda vnímají nějaké rozdíly mezi sebou a pacienty s diagnózou jiné závislosti, s kým si v léčbě rozumí a naopak s kým mají konflikty (pokud nějaké mají). Dále jestli si myslí, že jim pacienti s diagnózou jiné závislosti rozumí a naopak, zda oni rozumí jejich problémům. Také byly zjišťovány reakce na skupinách a názor na společnou léčbu pacientů s látkovou závislostí a patologických hráčů ve smyslu volby, zda léčbu společnou či specializovanou.

#### **Pacienti s dg patologické hráčství**

##### **a) Vnímané rozdíly**

Zajímavé je, že z osmi patologických hráčů vnímá nějaké rozdíly mezi hráči a pacienty s jinou závislostí sedm z nich, pouze jeden hráč žádné rozdíly nevnímá. Vnímané rozdíly se týkají především:

➤ **většího psychického narušení, nesoustředěnosti a neklidu látkově závislých**

Filip: „*Toxici jsou úplně jiný jo, oni jsou jako takový nesoustředěný, rozlitaný.*“

Vladimír: „*Toxici jsou takový neklidný.*“

Karel: „*Tu jsou i ty toxici a ty mě teda hodně jako vždycky rozhodí svým chováním, protože jednají úplně jinak, oni neustále vyrušují a hned se staví na zadní, a mně to vadí ta hysterie, já mám rád klid a alkoholici taky reagují úplně jinak.*“

Daniel: „*Oni ty terapeuti vědí, že většina jich neudrží pozornost, takže je to dělený na 1,5 hodiny.*“

Filip: „*Ta psychika je narušená hodně ohledně těch drog. Alkoholici jsou vlastně taky hodně poznamenány tím alkoholem, když už delší dobu pijou, že mají jako horší paměť a tak a i jak se tak chovají.*“

➤ **nezájmu o problém hráčství**

Daniel: „*Ty alkoholici a toxici to vnímají, jako že se jich to gamblerství netýká, jako to cejtíš v těch reakcích, když jsme měli přednášku o gamblerství, tak prostě to bylo takový to rušení, to mě nezajímá, to mě se stát nemůže.*“

➤ **neschopnosti komunikace a nalezení společných témat**

Daniel: „*Oni nejsou schopný komunikace, oni tu myšlenku neudržejí a pak jsou z toho nervózní a cítí se jako zahnaný do kouta.*“

Karel: „*V předchozí léčebně jsme byli sami hráči a měli jsme si vlastně co říct i mezi sebou.*“

➤ **vnímání látkově závislých jako více nemocných**

Vladimír: „*Po fyzické stránce to mají určitě daleko těžší.*“

Karel: „*Prostě já je beru jako víc nemocný, jak jsem já, i když ta závislost je stejná.*“

➤ **vnímání látkově závislých jako méněschopných**

Marek: „*To se tak štengrujeme: „Vy, to je sranda bejt alkoholik, to si seženeš 60 korun a koupíte si 3 litry nějakýho krabičáku, to se vám to chlastá, je to za pár korun, ale my musíme umět sehnat peníze. To je takový to kecání: „Já až vylezu, tak si pudu na pivo a ty nemůžeš, protože ty by si potom chlastal pořád.*“

Daniel: „*Pro ně je to strašně složitý. Ty lidi na drogách nebo na alkoholu se vymlouvají, že jim to nemyslí, že nemají ty reakce a myslí si o nás, že jsme kati na tý skupině, že jsme dost přísný. Je to s nima, jako když jsme v 1. třídě*“

Vladimír: „*Je mi jich líto, když je okolí odsuzuje, když se třeba někde válí na ulici.*“

Matěj: „Vnímám, přijdou mi prostě jiný, oni jsou tu třeba už poněkolkátý, mají děti a stejně ..., já nevím.“

Daniel: „Oni ty terapeuti vědí, že většina jich tady má základní vzdělání, takže je to dělený na 1,5 hodiny. Já bych to dal klidně delší.“

Filip: Hráči, se dá říct, jsou slušnější, více vzdělaný a pracovití hodně jsou ti hráči.“

Matěj: „Já jim to zkouším vysvětlit, říkám jim to hole, aby to pochopili, ale oni stejně nic nechápou.“

#### ➤ **menší soutěživosti látkově závislých**

Filip: „Nejsou třeba tak soutěživí jako hráči. Já jsem postřehl, že když byla nějaká hra, tak hráči šli do toho naplno a nerad někdo prohrával a oni to berou jinak.“

#### ➤ **pochyby o motivaci látkově závislých k léčbě**

Vladimír: „O některých narkomanech si myslím, že jsou tu jen, aby dostali menší trest, jelikož většina si ty drogy i vařila. Soudy berou ohled na to, že se léčí, že jsou závislý a oni toho zneužívají.“

Tomáš 2: „Nevím, rozdíl v tom vidím asi takovej, že většinou to nejsou typy, co by došly z vlastní vůle, no.“

### **b) Navazování vztahů**

Při navazování přátelství nehraje u hráčů roli diagnóza ani problém, se kterým se ten který pacient léčí, ale spíše to:

#### ➤ **zda si lidé rozumí po lidské stránce**

Daniel: „Lidi na pokoji, jsou to toxíci i alkoholici, já to neřeším, jestli je alkoholik nebo toxík, spíš jaký ty lidi jsou.“

#### ➤ **zda se jedná o spolubydlící**

Tomáš 1: „No asi nejvíc kamarádím se spolubydlícím, je to kluk závislej na alkoholu.“

Tomáš 2: „Nejvíc si rozumím s klukem alkoholikem, co je se mnou na pokoji.“

Daniel: „Lidi na pokoji, jsou to toxíci i alkoholici, já to neřeším, jestli je alkoholik nebo toxík.“

#### ➤ **zda si vyhovují věkově**

Tomáš 1: „No a asi nejvíc kamarádím s klukem, je mu 31, tak asi proto, že je tu ke mně věkově asi nejbliž.“

Matěj: „Naproti v pokoji je kluk, a tím, že je starší 37 let, tak tím je mi bližší.“

Karel: „Vycházím s těma staršíma pacientama, jsme kamarádštější.“

➤ **zda mají podobné názory, zájmy či osobnostní nastavení**

Tomáš 2: „Nejvíc si rozumím s klukem alkoholikem, protože máme stejný zájmy, on je taky rybář.“

Filip: „Je tu jeden kluk, a bavím se s ním, protože se mám s ním o čem bavit, vlastně on má vysokou školu a to vždycky najdeme společnou řeč.“

**c) Konflikty**

Většina hráčů uváděla, že nemají žádné konflikty se spolupacienty a vychází se všemi, otázka je, jaká je realita, což nebylo možné v rámci tohoto výzkumu ověřit. Pouze jeden hráč přiznal určité problémy s látkově závislým pacientem.

➤ **většinou nemívají konflikty**

Tomáš 1: „Já vycházím s každým.“

Tomáš 2: „Nemám s nikým konflikty.“

Daniel: „Ne, já jsem bezkonfliktní člověk, já si to hodně rozmejšlim, musím si s nima poradit.“

Vladimír: „Nemám konflikt s nikým ani žádnou antipatii.“

Filip: „Nemam, já jsem nekonfliktní, nerad se hádám, a když je nějaký problém, tak se snažím ho řešit diplomatickou cestou.“

**d) Vzájemné porozumění**

Významná většina patologických hráčů má pocit, že pacienti s diagnózou jiné závislosti než je hráčství zcela nerozumí jejich problému. K neporozumění dochází podle mínění hráčů zejména proto, že látkově závislí:

➤ **nechápu, co hraní hráčům přináší**

Daniel: „Oni nechápu, proč my gambleři, když si jdem zahrát, že u toho nepijem a co z toho jako máme, že prohrajem peníze, nebo když tam sedíme 3-4 hodiny a nic z toho, tak oni si myslí, že z toho nic nemáme.“

Matěj: „Mám pocit, že to nechápu, pro ně je to něco jak z jiného světa. Pořád se ptají, co jsem z toho měl, z jejich strany je to jako ty otazníky v očích“.

Karel: „Nerozumí, mě třeba pořád napadaj, že si neumí představit hráče, co nepije alkohol, co nám to tady vykládáš, tys u toho nikdy nepil?“

➤ **nechápu proč je obtížné hraní zanechat**



Vladimír: „Některý ty reakce jsou takový, že co to je, že si prostě řeknu jednoduše, že nejdu hrát a nejdu no. Tak já mu řekl, tak se ty rozhodni, že nejdeš pít a nechod'. Oni to nedokážou pochopit.“

➤ **nerozumí, že hráči dokážou tolik prohrát**

Filip: „Možná toxíci jo, protože oni mají taky zkušenost s automatama, jak si vezmou drogu, tak začnou hrát, a dokážou asi pochopit ohledně prohraných peněz, protože oni dokážou taky hodně prohrát. Alkoholici třeba to nepochopí, jak jsem se s některýma bavil, ty nechápou jako přesně, co je ta závislost na hraní. Oni nechápou, jak dokážu prohrát.“

➤ **neumí dát hráčství do analogie ke své závislosti**

Daniel: „Oni nechápou, proč hrajem, přitom je to stejný. Oni si myslí, že z toho nic nemáme, alkoholik se napije a je mu dobře, toxíci si daj do žíly a maj z toho nějaký pocit.“

Podle odpovědí si hráči ve většině případů myslí, že oni naopak problémům lidí s jinou závislostí než je hráčství rozumí, protože se domnívají, že:

➤ **závislost je stejná**

Tomáš 1: „Jo já myslim, že jo, ta závislost je stejná.“

Tomáš 2: „Nevidim v tom rozdíl, je jedno, kdo je na čem závislej.“

Marek: „Jo, jsme na tom stejně.“

Matěj: „Určitě, tady jsme na tom všichni stejně, jsou tu lidi s těma samejma problémama.“

➤ **hráči si uvědomují častý přesmyk závislostí**, tudíž vnímají i své ohrožení v tomto směru.

Marek: „Kolikrát se stane, že někdo odejde z léčby na alkohol, myslí si, že je v pohodě a za půl roku se vrátí s tím, že třeba hraje.“

Matěj: „Jsou tu lidi s těma samejma problémama a někdy se to jenom vymění.“

➤ **mají s těmito lidmi osobní zkušenosti**

Daniel: „Já jim rozumim, já jsem se s nima stýkal celej život.“

Karel: „Já si myslim, že tomu rozumim, setkal jsem se v životě s alkoholikama.“

Filip: „Chápu, mám i zkušenosti, protože můj bratr má velkej problém s drogama.“

➤ **sami inklinovali jinému objektu závislosti**

Karel 4/ST: „Z velký části tomu rozumim velice dobře, taky jsem kdysi popíjel.“

### e) Reakce na skupinách

Co se týká účasti na skupinách, vnímají hráči reakce pacientů „nehráčů“ jinak než pacientů ze své skupiny a odpovědi v podstatě korespondují s vyjádřeními k otázce týkající se vnímaných rozdílů mezi těmito dvěma skupinami pacientů. Hráči se podle reakcí na skupině domnívají, že

#### ➤ **látkově závislí se o problémy hráčů nezajímají**

Tomáš 1: „*Oni na to mají jinej pohled, ty jejich problémy se netýkají tolik toho hraní.*“

Filip: „*Oni si mě vyslechnou, to jo, ale už na to nějakým způsobem nereagujou. Když jsem se ptal, jestli se mě chtějí na něco zeptat, tak nikdo nic nechtěl vědět. Protože já jsem tam sám, a oni spíš chtějí probírat ty svoje problémy ohledně alkoholu.*“

Karel: „*Taky poslouchaj, ale mam takový pocit, že až to tak neberou, protože se jich to defacto netýká.*“

Vladimír: „*Toxici jsou neklidný, jako když se jich to netýká, přitom spousta z nich, když si dá drogu, tak taky hraje.*“

#### ➤ **jsou více psychicky narušení než hráči**

Karel: „*Ale já to tak beru, že když hodně pili nebo fetovali, že tam není něco v pořádku už po té psychické stránce.*“

Marek: „*Já jsem viděl lidi, co přijdou na léčbu, že jsou v zdevastovaném stavu, že těch prvních čtrnáct dní ani nekomunikujou, než to z nich vyprchá, než zaberou ty léky a než vysadí ty léky, tak to trvá nějakou dobu, tak potom teprve se dá s těma lidma mluvit.*“

Daniel: „*Hodně zajímavý jsou reakce třeba na těch skupinách, třeba i na mě, protože já tím, že jsem nepil ani nefetoval, tak můžu říct, že bych měl mít tu hlavu relativně v pořádku, takže dokážu reagovat na spoustu věcí, podnětů a těm spolupacientům pomoci je někam nasměřovat.*“

#### ➤ **jsou neklidní až agresivní**

Vladimír: „*Toxici jsou neklidný.*“

Marek: „*Ale jsou takový agresivnější.*“

#### ➤ **hůře chápou souvislosti**

Filip: „*Anebo se neptají proto, že tomu třeba nerozumí.*“

Daniel: „*A pomalu to říkám po jednom, aby to pobrali.*“

#### ➤ **myslí si, že jsou hráči zaujatí proti nim**

Daniel: „*Spoustu pacientů to vnímá dobře, ale najdou se takoví, hlavně ty na drogách nebo alkoholu, co to vnímají dost těžce, jako že si myslí, že je člověk zaujatý proti nim. Už to*

*bylo řešený i na skupině, protože já jsem ze začátku vždycky vyblil jako všechno, s čím ten člověk potřeboval pomoci, pak jsem si uvědomil, že to není dobře, a já si ty věci, který na ně mám, ty dotazy si držím v hlavě.“*

#### **f) Postoje ke společné léčbě**

Na otázky týkající se výběru společné nebo specializované léčby patologického hráčství odpovědělo 5 hráčů z osmi, že by zvolilo léčbu specializovanou z těchto důvodů:

##### **➤ pocit, že jsou hráči v menšině**

Filip: *„Určitě specializovanou, protože já se tu cítím jak sám voják v poli.“*

Karel: *„Tu specializovanou pouze s těma hráčema a od těch alkoholiků a toxiků být co nejdál. Já už jsem byl v jedné léčebně, kde to bylo společný a tam to nebylo dobrý a pak jsem byl v Kroměříži jen s gamblerama a tam jsem se cejtil mezi svýma.“*

##### **➤ není prováděna důsledná kontrola hráčů**

Tomáš 2: *„Určitě zvlášť, protože alkoholiky hlídaj, dávaj jim dejchat, ale hráči tu mají mobily a notebooky a ty dnešní mají internet a hrajou pokr. Kontrola alkoholiků je tady obrovská a nikdo si to nelajzne.“*

Ostatním třem hráčům vyhovuje léčba společná z těchto důvodů:

##### **➤ přínos jiného úhlu pohledu a „jiných“ příběhů**

Tomáš 1: *„Vyhovuje mi jinej pohled.“*

Vladimír: *„Člověk se dozví všelijaký příběhy. Kdybych byl jen s gamblerama, tak bych slyšel stejný příběhy, jako mám já, ale takhle se dozvim toho daleko víc.“*

Matěj: *„Když by tam byli jen gambleři, tak člověk neuvidí ty případy jinejch lidí.“*

##### **➤ uvědomění si všech rizik závislosti**

Matěj: *„Je důležitý, aby ty závislí lidi jakoby věděli o všech těch druhách závislosti a rizikách.“*

#### **Pacienti s dg látkové závislosti**

##### **a) Vnímané rozdíly**

I ve skupině pacientů s jinou diagnózou než je hráčství je zřejmé vnímání rozdílů a to u 6 respondentů z osmi, přičemž jedna pacientka to nedokázala u hráčů posoudit, ale naznačila rozdíly mezi pacienty závislími na heroinu a např. na alkoholu. Podle názoru pacientů z této skupiny:

➤ **hráči berou svůj problém i léčbu na lehkou váhu**

Jaroslav 1: „*Gambleri jsou převážně mladý lidi a ten přístup je tam, že si myslím, že to neberou až tak vážně. Tyhle kluci to berou na lehkou váhu.*“

Zuzana: „*Ta gamblerka si pořád myslela, že má menší problémy.*“

Jiří: „*Já teda nechápu vůbec, proč tu jsou, teda já to vim, protože jim to umožní lehčí oddlužení, a když jsou mladý a přijdou domů k rodičům: hele já jsem prodělal léčbu, tak rodiče sáhnou do peněženky, a co budou moct, uhradí, hele ty jsi nemocnej.*“

Petr: „*Spousta těch gamblerů si myslí, že si jako neuvědomují, že jakoby prohráli nějaký prachy, mačkali nějaký stroje, ale neuvědomují si, že je to v podstatě ta nejhorší závislost a třeba u těch gamblerů je největší počet sebevražd.*“

➤ **soustředí se jen na sebe**

Jaroslava: „*No oni jsou takový jakoby zahleděný sami do sebe, soustředí se jenom na ten svůj problém, jenom sami na sebe.*“

➤ **existuje jistá hierarchie vytvářená hráči**

Jindřich: „*Jo, je to poznat, kdo je gambler, oni jsou nadřazený, feťák je podřadnej. Alkoholik taky, ale feťák je úplně nejniž. Je to podle nich asi taková hierarchie, oni jsou nejvyš, pak alkoholici a poslední feťák.*“

Jindřich: „*Jo, je to poznat, kdo je gambler, oni jsou nadřazený.*“

Zuzana: „*Ta gamblerka koukala na nás, že jsme feťáčky.*“

Jindřich: „*Ve skupině je rivalita, gambleri každého poučujou, cítí se nadřazený, oni si myslí, že sežrali všechnu moudrost světa.*“

Jiří: „*Oni radí, oni mají tendence hodně radit, no nevyhovuje mi to.*“

Jindřich: „*Feťák je podřadnej. Alkoholik taky, ale feťák je úplně nejniž.*“

**b) Navazování vztahů**

To, s kým si látkově závislí pacienti rozumí nebo mají konflikty, neovlivňuje (stejně jako u hráčů) ani tak diagnóza nebo problém s jakým se léčí, ale jsou to spíše:

➤ **aspekty věku**

Miloš: „*Já si rozumím možná víc s těma staršíma, co jsou mi věkově blíž.*“

Jindřich: „*Se spolubydlícím o 10 let starším.*“

➤ **podobné životní zkušenosti**

Zuzana: „*Mám nejlepší kamarádku, která byla na pervitinu i hrála automaty, a prožívala podobný věci jako já, s tou si rozumíme.*“

Nikola: „Kamarádka na perniku, měla taky dítě a zjistily jsme, že se vlastně známe.“

Jindřich: „Se spolubydlícím, dřív se léčil ve stejné léčebně.“

Jaroslava: „Spolubydlící, byla taky alkoholička, měla skoro stejně starý děti.“

➤ **možnost strávit společně více času než s ostatními**

Petr: „Se spolubydlícím, protože si hodně povídáme a tak o sobě víme věci.“

Jaroslava: „Měla jsem tu největší kamarádku spolubydlící, ta byla fajn.“

Jindřich: „Se spolubydlícím.“

Jaroslav 1: „Blíž jsme si samozřejmě s lidma ze skupiny.“

### c) Konflikty

Většina látkově závislých tvrdí, že se nedostává do střetu s hráči, nicméně z odpovědí je zřejmé, že občas přece jen k neshodám nebo alespoň k napětí mezi gamblery a ostatními pacienty dochází.

➤ **většina údajně nemá konflikty**

Jaroslav 1: „Ne, nemám. Ono to tady ani moc nejde.“

Miloš: „Konflikty ne, já to nemám rád.“

Jaroslava: „Ne, já se spíš stáhnu, já jsem v jiný pozici, těm holkám je dvacet.“

Nikola: „Ani ne, spíš je to tak, že když někomu něco vadí, tak si to říkáme.“

➤ **občas dojde ke střetu nebo napětí**

Jiří: „Někdy konflikty vznikly, když si gambler dovolil hrát kostky o cigarety. To je, jako kdybych já si tady vytáhl placatici rumu.“

Zuzana: „Ano, s gamblerkou i s pervitinem a alkoholem, posmívala se a já jí řekla, že se mi to nelíbí.“

Jindřich: „Ne, ale štvou mě gambleři, ty nemam rád.“

Jiří: „Rozumim si s každým, ale s těma gamblerama teda ne.“

### d) Vzájemné porozumění

Ohledně vzájemného porozumění vidí látkově závislí situaci takto:

➤ **hráči si myslí, že mají menší problém**

Zuzana: „Ne, ta gamblerka si pořád myslela, že má menší problémy. Bavíme se o tom, ale ony neví, jakej já mam problém.“

Petr: „Neuvědomujou si, že je to v podstatě ta nejhorší závislost a třeba u těch gamblerů je největší počet sebevražd.“

➤ **spíše hráči rozumí jim než oni hráčům**

Petr: „Spíš rozuměj oni nám než my jim.“

Jiří: „Oni nechápu nás, i když teda spíš oni chápou nás, protože já nevěřím tomu, že ten gambler když hraje, že nepije. Nebo možná některej, ale je to hrozně výjimečný. Oni mají určitě úplně jiný problémy.“

➤ **hráči se soustředí jen sami na sebe**

Jaroslava: „Ne, oni se soustředí sami na sebe.“

Jaroslav 1: „No já myslím, že oni se našima problémama vůbec netrápí, že mají svý problémy a řeší si svoje.“

➤ **na látkově závislé hledí hráči nadřazeně**

Zuzana: „Ne, ta gamblerka si pořád myslela, že má menší problémy a koukala na nás, že my jsme ty nemocný fetáčky.“

Jindřich: „Ne, já bych třeba nikdy nešel za gamblerem s tím, že mám nějaký problém, s tím bych si nerozuměl.“

Větší část pacientů s látkovou závislostí přiznává, že patologickým hráčům také příliš nerozumí a nechápe jejich problémy a to zejména proto, že si nedokáží představit, že by sami byli závislí na hraní.

➤ **látkově závislí nerozumí hráčům**

Petr: „Já jim taky moc nerozumím, nechápu to s tím hraním.“

Jaroslav 1: „Já si třeba neumím představit, že bych byl na těch bednách závislej, tak se těch gamblerů ptám, co je k tomu vede.“

Jiří: „My třeba jako alkoholici nechápeme gamblery.“

Jaroslava: „Já si neumím představit, co to je to hraní.“

Zuzana: „Já nevím, jaký mají problémy hráčí.“

Jindřich: „Toxíci jim rozumí, ale taky ne úplně.“

**e) Reakce na skupině**

Z popisovaných reakcí na skupinách se zdá, že hráči mají z pohledu ostatních pacientů buď tendence druhé poučovat, což odpovídá i odpovědím samotných hráčů zabývajících se reakcemi na skupinách, nebo se stáhnou a dění ve skupině se neúčastní naplno. Za pozornost stojí, že tyto postřehy korespondují i se zkušenostmi s léčbou patologického

hráčství společně se závislostí na alkoholu ambulantní formou, které popisuje ve svém článku Zahradník, (2005).

➤ **hráči radí a poučují**

Jiří: „*Oni radí, oni mají tendence hodně radit, no nevyhovuje mi to.*“

Jindřich: „*Ve skupině je rivalita, gambleři každýho poučujou, cítí se nadřazený, oni si myslí, že sežrali všechnu moudrost světa.*“

➤ **hráči si řeší svoje nebo nereagují**

Jaroslav 1: „*Jak už jsem říkal, oni si řeší svoje, my alkoholicy jdeme víc dohromady.*“

Zuzana: „*Těm gamblerkám může přijít, že je nás tady víc a ony se možná bojí o tom mluvit ve skupině.*“

Nikola: „*Ty gamblerky tolik nemluví.*“

**f) Postoje ke společné léčbě**

Přestože významná většina pacientů s jinou závislostí než je hráčství vnímá rozdíly mezi sebou a pacienty léčícími se z patologického hráčství, má pocit, že si vzájemně plně nerozumí a nechápou zcela svoje problémy a dokonce, že na ně hráči pohlížejí nadřazeně, zvolili by všichni tito pacienti léčbu společnou, pouze jedna z pacientek by některé programy, skupiny nebo aktivity vyhradila pro každou skupinu zvlášť, přičemž léčbu jako takovou by nechala také společnou. Důvodem pro volbu společné léčby je dle odpovědí respondentů:

➤ **přínos jiného úhlu pohledu a zkušenosti lidí s „jinou“ závislostí**, které mohou působit jako varování, protože, jak již bylo zmíněno, neřídka dochází k výměně objektů závislosti nebo k jejich kombinování.

Petr: „*Smíšenou, protože kolikrát je to spojený alkohol i toxikománie i hraní, každej pohled je dobrej.*“

Jaroslav 1: „*Společnou, protože nikdo neví, kdy by to hraní mohlo taky lákat, takže je to taky závislost jako každá jiná. Když se s nima budu bavit venku, neřeknou ani 30% toho, co tady.*“

Miloš: „*Mě to smíšený nevadí a myslím si, že to je i lepší, protože oni mají jinej úhel pohledu a to si myslím, je dobrý.*“

Jiří: „*Já jsem pro tu společnou, už jenom z toho hlediska, protože tam je to pochopení, proč lidi pijou, proč se uchylujou k drogám, proč hrajou. Já potřebuju pochopit ten přesmyk závislosti.*“

Jaroslava: „*Je to absurdní nebo paradoxní, ale ta moje odpověď by byla, že by měly být pohromadě, že by každý neměl být zaměřen jenom na ten svůj problém.*“

Zuzana: „*Nevím, režim bych asi nechala stejnej, ale skupiny nebo některý programy zvlášť.*“

Nikola: „*Mně se líbí, že je to takhle společný, protože když nemám problém třeba s pitím nebo s tím gamblingem, tak mi to přijde jako takový varování, když vidím, co oni prožívaj, co to má za následky, tak když potom vylezu, tak bych se třeba toho pití ani nedotkla.*“

Jindřich: „*Zvolil bych společnou, protože je to zpestření a jako odstrašující případy pro ostatní, třeba ty jejich dluhy. A taky proto, že ty závislosti se někdy mění.*“

### Pacienti s látkovou závislostí kombinovanou s hraním

#### **a) Vnímané rozdíly**

Na tomto místě je potřeba uvést, že všichni pacienti ze skupiny pacientů s kombinovanou závislostí mají podle svého vyjádření hraní vázané na konzumaci drog, jinými slovy, že nehrají, pokud nejsou pod vlivem návykové látky a tudíž se i domnívají, že pokud by vyřešili svůj problém s látkovou závislostí, hraní by odeznělo samo. V tomto smyslu lze na ně tudíž pohlížet spíše jako na látkově závislé než jako na patologické hráče.

Všechny kladné odpovědi na otázku týkající se vnímaných rozdílů mezi pacienty (konkrétně 3 odpovědi z pěti) ukazovaly na skutečnost, že hlavním vnímaným rozdílem je to, že se tzv. „čistí“ hráči chovají nadřazeně a povyšují se nad pacienty léčící se z látkové závislosti, nebo alespoň jsou takto vnímáni ze strany některých těchto pacientů.

#### **➤ „čistí“ hráči se chovají povýšeně**

Jaroslav 2: „*Jen mezi námi, ty gambleři se chovají úplně jinak, protože oni spíš na nás koukají jako na nějaký feťáky, že si kolikrát neuvědomujou, že jsou na tom stejně.*“

Martin: „*Nad tím jsem přemejšlel, tady byl jeden, kterej se na nás koukal, jako že my jsme takový zasraný feťáci a on je pan Gambler. Všiml jsem si, že si spolu ty gambleři daleko víc rozumí.*“

#### **b) Navazování vztahů**

Ve shodě s ostatními se pacienti s kombinovanou závislostí sblížují a navazují přátelství bez ohledu na problematiku závislosti, roli hrají opět:



➤ **věk**

Lukáš: „*Nejvíc si asi rozumim s klukem z pokoje, je to muj ročník.*“

➤ **společně strávený čas**

Lukáš: „*Nejvíc si asi rozumim s klukem z pokoje.*“

Martin: „*Nejvíc jsem se spřátelil a klukem, co je se mnou na pokoji.*“

➤ **podobné nastavení a názory**

Jaroslav 2: „*Mám tady kamaráda, kterej mě odvádí od smutku a je fajn a vždycky mě rozveselí, je to gambler a na pervitinu, ale to nehraje roli, rozumim si s nim proto, že je veselej.*“

Lukáš: „*Nejvíc si asi rozumim s klukem má za sebou 7 let abstinence a má ty názory v pořádku.*“

Martin: „*Nejvíc jsem se spřátelil a klukem, my jsme oba, celkem bych řek, podobně založený.*“

➤ **nezáleží na diagnóze**

Radek: „*Kamarádím s jednim gamblerem, ale ten je v pohodě, je jinej než ostatní gambleři.*“

Zdeněk: „*Já vycházim se všema, našel bych tady třeba dva, který mi nesedí, jeden je alkoholik, ten druhý nevim, nezáleží, jestli je to toxik nebo alkoholik.*“

### c) **Konflikty**

Ani případné neshody a konflikty nemají pravděpodobně souvislost s diagnózou, ale s chováním lidí obecně. Konflikty vznikají podle pacientů s kombinovanou závislostí převážně z důvodů:

➤ **rušení klidu**

Radek: „*Akorát ze začátku, když večer nebo brzo ráno dělali bordel ve vedlejším pokoji, šoukali s posteľema a to dělá kravál.*“

Martin: „*Nemám, protože nemůžu, ale jinak bych je měl. Beru je všechny stejně, je jedno s čím se léčí, ale když se chová jako debil, bydlí vedle na pokoji a dělá tam bordel, tak to mi vadí.*“

➤ **vzájemné nesympatie**

Jaroslav 2: „*Ne. Jsou tu lidi, co mi nejsou sympatický, ale to je o lidech, jaký jsou.*“

Lukáš: „*Nesedí mi nepokorný lidi, myslim, že je úplně jedno, jestli je to gambler nebo alkoholik nebo na drogách, ale když se někdo chová jako blbec, tak....*“

Martin: „*Některý lidi fakt nemusim.*“

Zdeněk: „*Konflikt ne, teďko jenom třeba rejpu akorát do toxika.*“

#### **d) Vzájemné porozumění**

Zdá se, že problému látkové závislosti spíše porozumí hráč, který má rovněž zkušenosti i s užíváním návykových látek. Zároveň se jeví, že pro pacienty ze skupiny s obojí problematikou je nesnadné posoudit, do jaké míry jim ostatní pacienti rozumí.

Jaroslav 2: „*Ne, oni si myslí, ty čistý gambleři, že maj trošku menší problémy.*“

Lukáš: „*Já nevím, to je těžký.*“

Radek: „*Zdá se, že ten kořen závislosti je stejnej, záleží na tom, jak je člověk přístupnej a ochotnej.*“

Martin: „*No tak asi jak který, ty co se třeba taky napijou nebo si něco dají, ty asi jo, ale ty čistý gambleři, to nevím.*“

Zdeněk: „*Nevím, co se týče toho, já mám obojí, i hraní i alkohol. Já jsem třeba tady, co se týče hraní, ještě vůbec nic neřešil, protože tady se točí všechno kolem toho alkoholu.*“

Pro některé pacienty s kombinovanou závislostí je obtížné pochopit, že někteří pacienti pouze hrají, ale neužívají při tom návykové látky, resp. že vůbec hrají, když nejsou pod vlivem návykových látek, neboť oni sami mají hraní vázané na užití drogy. V tomto smyslu pohlíží na hráčství jako na těžší závislost.

Jaroslav 2: „*Ne, já jsem vůbec nechápal, nemoh jsem pochopit, jak si může, ještě k tomu, když je čistej gambler, když se k tomu ani nenapije, já to nechápu, já mam automaty spojený s tím, jenom když jsem vyfetovanej, ale když jsem čistej, tak mě to ani nenapadne. Mam pocit, že to je jedna z nejtěžších závislostí a to ne proto, že by mi to někde řekli, ale začínám to cítit i na sobě, že do toho dají poslední peníze a ještě je někomu vezmou.*“

Lukáš: „*Já moc nerozumím tomu, že by někdo měl bejt jenom gambler, to mi přide úplně nereálná věc, to je snad nějaká závislost na adrenalinu, nebo co? A to oni u toho co dělaj, to jako lížou zmrzlinu, nebo co? Já kdybych byl jakoby při smyslech, tak si nepudu zahrát.*“

Martin: „*Je pravda, že já třeba kdybych nebyl pod drogama, bych hrát nešel. Hraju vždycky jenom, když si něco dám.*“

### e) Reakce na skupinách

Pacienti s kombinovanou problematikou látkové závislosti s hraním vnímají tzv. „čisté“ patologické hráče jako tvrdé, chladně kalkulující, sebevědomé. Mají pocit, že hráči se nad ně povyšují a pohlíží na ně jako na méněcenné, přičemž si sami plně neuvědomují závažnost svého hráčského problému. Toto vyplynulo z odpovědí zabývajících se reakcemi na skupinách.

#### ➤ **hráči si neuvědomují závažnost svého problému**

Jaroslav 2: „*No někdy reagujou tak, jak bych to řek, že si prostě neuvědomujou, že jsou v totální prdeli toudle závislosti. Oni si myslí, že maj trošku menší problémy.*“

Lukáš: „*Z nich ten problém jakoby rychle opadne, že si jakoby říkaj, jsem tu nějakou dobu, nehraju, že jo, že si přijdou v pohodě.*“

#### ➤ **jsou sebevědomí**

Lukáš: „*Gambleři jsou podle mě jakoby takoví, nechci říkat nejchytřejší, přijdou mi takoví víc sebevědomí.*“

Petr: „*Ty gambleři mají až takový jako agresivní tvrdý názory na jakoby, když je tady někdo závislej.*“

#### ➤ **chladně kalkulují**

Radek: „*Gambler vždycky každého rozebírá. Na komunitě to rozebere předem a pak útočí na ty nejslabší místa, normálně si to tipuje prostě, kde kdo má slabost, vypočítává si dopředu i to, jak se zachová, jak na to může odpovědět. A to není spontánní a někdy to je nepříjemný.*“

Jaroslav 2: „*Já co jsem se setkal s gamblerama, tak jdou přes mrtvolu, ví, kde má rodina peníze, seberou mámě peníze, ženě, dětem, protože maj tu vizi, že to vrátěj, je to obrovský svinstvo.*“

Radek: „*Vidim ty rozdíly v tom chování, protože ten gambler prostě pořád kalkuluje v mozku, prostě přepočítává všechno na peníze, prostě jako kdyby hrál. Je tím úplně ovlivněnej.*“

#### ➤ **povyšují se**

Martin: „*Myslím, že ty gambleři na sebe reagujou líp, na nás koukaj někdy z patra.*“

### f) Postoje ke společné léčbě

Vzhledem k tomu, že pacienti z této skupiny mají obě problematiky, volili by ve třech případech léčbu společnou z důvodu právě kombinace látkové závislosti a hraní, dva

respondenti by ponechali léčbu jako takovou společnou, avšak s úpravami, kdy jeden pacient navrhoval samostatné programy a skupiny pro alkoholiky, pro hráče, pro lidi se závislostí na nelegálních látkách a tyto rozdělit ještě podle druhu látky. Druhý pacient navrhoval variantu první tři měsíce všichni společně a další tři měsíce odděleně podle problematik (alkohol, hráčství, nelegální látky).

➤ **společná léčba**

Lukáš: „*Já myslím, že je to dobrý, že to je dohromady, že třeba já jsem přesedlal z alkoholu na drogy a na hraní, takže určitě dohromady.*“

Martin: „*Společnou, protože hodně lidí to má kombinovaný.*“

Zdeněk: „*Já bych to nechal společný, ty lidi jsou všichni spojený, ať už tím alkoholem a je tam furt ta společná cesta.*“

➤ **léčba společná jen částečně**

Jaroslav 2: „*Asi bych to rozškatulkoval. Možná ne úplně od sebe, léčba společná, ale programy nebo skupiny zvlášť pro lidi na perníku, zvlášť pro lidi na heroinu, zvlášť pro alkoholiky i pro gamblery.*“

Radek: „*Já si myslím, že by nebylo na škodu to oddělit, protože to máš stejný, jako máš čistýho alkoholika a čistýho feťáka. Jako kořeny ty závislosti jsou stejný, ale každé je ovlivněnej jinýma věcma. Já bych to udělal půl na půl, napřed třeba 3 měsíce všechny spolu jako společnou léčbu a další 3 měsíce odděleně každé podle ty svý problematiky jako alkohol, hraní a drogy.*“

### **13.2.6 Postoje a zkušenosti pacientů - shrnutí**

Převážná část patologických hráčů vnímá rozdíly mezi sebou a pacienty s látkovou závislostí. Z reakcí hráčů je možné vyčíst, že na látkově závislé pacienty pohlíží s jistým despektem, jako na více nemocné a více narušené osoby, které jsou zároveň méně schopné. Výše uvedené podporuje fakt, že látkově závislí vnímají rozdíly mezi nimi a hráči v tom smyslu, že hráči na ně pohlíží nadřazeně, povyšují se nad ně, neuvědomují si závažnost svého problému a berou i léčbu na lehkou váhu, soustředí se jen na sebe. Vyšla najevo i určitá hierarchie vytvořená hráči, kterou pocítují látkově závislí, kdy nejvýš je hráč, pak alkoholik a nejniž jsou „podřadní feťáci“.

Při sblížování a navazování přátelství nehraje u žádné skupiny pacientů roli diagnóza nebo problém s jakým se léčí, ale zda jsou lidé podobného osobnostního

nastavení, mají podobné názory, dále jsou to aspekty věku, podobných životních zkušeností nebo možnosti strávit spolu více času např. jako spolubydlící.

Hráči uváděli, že nemívají žádné konflikty s ostatními pacienty. Jaká je však skutečnost, nebylo možno v rámci tohoto výzkumu ověřit. Pacienti s kombinovanou závislostí občasné konflikty přiznávali, ale nedávali je do souvislosti s tím, zda jde o hráče nebo látkově závislé, ale s tím, jak se kdo chová obecně, šlo např. o rušení nočního klidu a dělání hluku na pokoji. Pouze ve skupině pacientů se závislostí na nelegálních látkách hovořili o konfliktech s hráči či napětí souvisejících se společnou léčbou.

Na otázku zda si hráči a látkově závislí navzájem rozumí a chápou svoje problémy je možno velmi zjednodušeně odpovědět, že hráči si myslí, že je látkově závislí nechápou, ale že oni látkově závislým rozumí. Látkově závislí bez problému s hraním se domnívají, že jim hráči nerozumí a zároveň připouští, že ani oni nerozumí hráčům. Pro pacienty s kombinací látkové závislosti s hraním bylo obtížné toto posoudit, ale co podle svých slov nedokáží pochopit je, že hráči jdou hrát ve střízlivém stavu, vzhledem k tomu, že oni sami mají hraní vázané na užití návykové látky.

Z popisovaného dění na skupinách vyplývají skutečnosti, které ukazují na existující rivalitu a nesoulad mezi patologickými hráči a látkově závislými a podporují tak již zmiňovaná zjištění týkající se vzájemného postoje těchto skupin. Hráči nezdědka vnímají látkově závislé jako psychicky labilní, agresivní, neklidné, rušící, hůře chápající souvislosti a nezajímající se o problematiku hráčství. Na druhou stranu látkově závislí a to i ti s problémem s hraním často vnímají tzv. „čisté“ hráče jako tvrdé, odsuzující, chladně kalkulující, sebevědomé, vypočítavé, kteří neustále poučují a radí, cítí se nadřazení, přičemž si plně neuvědomují závažnost svého problému a na látkově závislé pohlížejí jako na méněcenné. Někdy se o témata látkově závislých ve skupině nezajímají.

Navzdory zmiňovaným skutečnostem by většina, konkrétně 16 dotazovaných z celkového počtu 21 respondentů, vybrala léčbu společnou nebo alespoň částečně společnou (částečně společnou léčbu by preferovali 3 pacienti). Společnou léčbu by volili kvůli přínosu jiného úhlu pohledu a zkušeností lidí s „jinou“ závislostí, které berou jako varování, protože si uvědomují i svoje ohrožení hráčstvím. Pět pacientů míní, že by léčba měla být oddělená, resp. specializovaná pro patologické hráče. Za zmínku jistě stojí, že se jednalo výhradně o patologické hráče.

Na závěr rozhovoru byla položena doplňující otázka, na kterou reagovali pouze pacienti ze skupiny patologických hráčů, konkrétně se jednalo o tři hráče.

**Napadá Vás ještě něco v souvislosti s tématem našeho rozhovoru, o čem byste chtěl/a mluvit?**

Filip: *„Kdyby tu bylo víc hráčů, bylo by to úplně jiné. Byla by tu daleko větší rivalita, protože v Opavě bylo, že hráči jako nesnášeli toxíky, jsme se s nima vůbec nebavili ani s alkoholikama. My jsme byli taková samostatná jednotka, bavili jsme se jenom sami mezi sebou. My jsme měli aj soutěže proti toxíkům, každý týden jsme proti nim bojovali v různých disciplínách. Každé oddělení si vymýšlelo svoje hry, a když jsme měli my, tak jsme vymýšleli různé inteligenční a takové ty různé otázky, že jsme věděli, že je vždycky dostanem, protože toxíci nic neví.“*

Karel: *„Já mám na to názor, že by bylo lepší, kdyby nás tu bylo víc těch hráčů, protože by to určitě bylo něco jiného i ta komunita jako taková, kdyby to bylo půl na půl, by byla vyváženější. Já už jsem byl v Kroměříži jen s gamblerama a tam jsem se cejtil mezi svýma. Ty toxíci ty jsou hrozný.“*

Marek: *„Když jsme tady v určitou chvíli byli čtyři až pět čistých gamblerů, tak to bylo bezvadný, to povídání a ty zkušenosti, a vůbec i to lhaní, jak jsme se o něm začali bavit, tak se člověk musel smát, to je jasný, vždyť to já dělám taky, tak to bylo jiné. Dokonce i sami toxíci někdy řeknou, že by bylo dobrý, kdyby to bylo oddělený.“*

Odpovědi hráčů na výše uvedenou otázku jsou vzájemně podobného obsahu a vypovídají o tom, že skutečně existují určité rozdíly, komplikace a rivalita v souvislosti se společnou léčbou patologických hráčů a pacientů se syndromem jiné závislosti a zároveň poukazují na to, že hráčům nevyhovuje, že jsou ve společné léčbě ve výrazné menšině. Tyto reakce v podstatě velmi výstižně dokreslují celou situaci.

## 14 DISKUZE

Použité výzkumné nástroje a metody se ukázaly vhodně zvolené. Forma polostrukturovaného rozhovoru se projevila jako výhodná z toho důvodu, že nechala dotazovaným prostor pro volné vyprávění svých zkušeností, zároveň však zajistila, že se vážaly k tématu a nedocházelo tudíž k rozvláčnému zabíhavému vyprávění, které by nebylo přínosné. Jako velmi užitečné hodnotím i využití záznamového archu a audiozáznamového zařízení, kdy záznamový arch posloužil k zaznamenání obecných informací, zajímavostí a některých důležitých sdělení. Audiozáznamové zařízení pak bylo využito při transkripci a k odhalení nuancí ve vyprávění respondentů. Výběr institucí mohl ovlivnit výsledky výzkumu v oblasti pojetí a způsobu léčby, neboť ty se v jednotlivých léčebnách liší, nicméně v ostatních otázkách podle mého názoru výběr zařízení na výsledky výzkumu vliv neměl. Je třeba upozornit, že výsledky se týkají pouze výzkumného souboru 21 respondentů, nejsou proto reprezentativní pro patologické hráče jako takové.

### **K výzkumným zjištěním:**

Klinický obraz a terapeutické potřeby patologických hráčů a pacientů s látkovou závislostí jsou velmi podobné. Liší se v tom, že všichni hráči jsou, na rozdíl od látkově závislých, zadlužení. Dluhy udávali i někteří pacienti s kombinovanou závislostí. Hráčská vášeň je enormně ekonomicky nákladná (více než drogy) a nikdo z hráčů ji dříve či později nezvládne pokrývat ze svých zdrojů. Výše sázek, potažmo utracených peněz, přitom bude různá a bude se pravděpodobně odvíjet od ekonomického statusu hráče, ale zřejmě vždy bude překračovat jeho reálné možnosti. Další rozdíly byly zjištěny v oblasti tělesného zdraví, kdy hráči uváděli menší poškození, což souvisí z části s tím, že při hraní primárně nevniká do těla žádná toxická látka. V oblasti duševního zdraví se dopady vyskytují individuálně s různým stupněm závažnosti a nelze je objektivně zhodnotit, rovněž je velmi obtížné určit, zda některé z těchto problémů vznikly hraním či užíváním návykových látek, nebo již byly přítomny a závislost je jejich důsledkem. Pokusy o sebevraždu či suicidální myšlenky se ve větší míře vyskytovaly tam, kde figurovalo i hráčství. Tato skutečnost je v souladu se zjištěními, která vyplývají z mnoha výzkumů (Barmaki, 2010; Suissa, 2011). Lze se domnívat, že větší výskyt sebevražedných tendencí u hráčů může být způsoben např. častými depresemi hráčů, extrémní zadlužeností, kdy hráč nevidí východisko, neúnosným tlakem ze strany věřitelů zpravidla lichvářů, ale také např. snahou vzbudit

lítost a obavy a tím ovlivnit okolí za účelem odpuštění dluhu nebo k získání dalších finančních prostředků. Přes všechny problémy hráči vykazovali významně větší sebevědomí a sebedůvěru než látkově závislí. Hráči se zřejmě cítí na vyšší úrovni např. proto, že dokázali vydělat (také však prohrát) víc peněz, k čemuž je zapotřebí určitých schopností. Také mohou vycházet z toho, že obecně dosahují vyššího vzdělání, protože většina látkově závislých má jen základní vzdělání nebo je vyučena, a tudíž se mohou hráči obecně považovat za chytřejší. Toto může souviset také s tím, že hráči byli schopni lépe fungovat v zaměstnání, v tomto smyslu hovoří i Nešpor a Scheansová (2010), a pokud o něj přišli, bylo to z důvodu majetkové kriminality. Látkově závislí pokud vůbec práci měli, o ni přišli z důvodu ztráty svých schopností a dovedností v důsledku užívání drog. Jak již bylo řečeno, do střetu se zákonem se hráči zpravidla dostávali kvůli majetkovým trestným činům, což potvrzuje zjištění z výzkumu dokládajícího souvislost mezi hazardní hrou a majetkovou kriminalitou (Wheeler et al., 2008). Látkově závislí pacienti uváděli jak majetkové, tak násilné trestné činy a dále narušování veřejného pořádku, občanského soužití a výtržnictví. To patrně souvisí s ovlivněním jejich psychiky návykovými látkami při intoxikaci.

Cílem léčby je dodržování úplné abstinence od hraní, alkoholu i nelegálních látek, která je také po dobu léčby vyžadována a je podmínkou pro možnost setrvání v léčbě, protože často dochází ke kombinaci závislostí nebo místo vyléčení jen k výměně objektu závislosti, jak je uvedeno v odborné literatuře, naznačují výsledky výzkumů (Mravčík et al., 2014; Nešpor, 2011; Toneatto, Skinner & Dragonetti, 2002; Šerý, 2001) a dokazuje i charakteristika výzkumného souboru. Je zjevné, že toho jsou si pacienti vědomi a proto s takovým nastavením v léčebnách všichni bez rozdílu souhlasí a považují ho za správné. Z tohoto důvodu se zdá, že v ústavní léčbě nedochází k problémům s abstinencí od alkoholu u hráčů, jako ve společné ambulantní léčbě patologických hráčů a závislých na alkoholu, jak je popisuje Zahradník (2005), kdy podle něj není vždy jednoduché zajistit, aby gambleři akceptovali potřebu sdílení plné abstinence od alkoholu. Na druhou stranu z výzkumu vyplývá, že u patologických hráčů s ohledem na jejich přístup k mobilním telefonům a informačním technologiím v některých léčebnách, může být abstinence od hráčských aktivit problematická a její dodržování lze jen obtížně ověřit. Na přístup k mobilním telefonům a IT technologiím upozornil i sám patologický hráč, z čehož se lze domnívat, že se cítí ohrožen. Léčebnu si nikdo z respondentů nevybral podle jejího zaměření, ale nejčastěji souhlasili s tou, která jim byla navržena lékařem, a kde bylo



aktuálně volné místo. Dalším rozhodujícím faktorem pro volbu léčebny byly dobré reference o této léčebně nebo její umístění. Je možné, že pacienti nemají povědomí o všech možnostech adiktologické péče, a je otázkou, zda jim tyto informace v dostatečné míře poskytují jejich lékaři. Také je podstatné, zda by postačovala kapacita léčeben a specializovaných programů, pokud by je lékaři řádně doporučovali a byl o ně ze strany hráčů zájem. Jak uvádí ve svém výzkumu Roznerová (2013), někteří hráči hovořili o nedostatečné síti specializovaných služeb pro patologické hráče a také zmiňovali svou neochotu absolvovat léčbu společně s alkoholiky nebo drogovými uživateli. Výběr léčebny mohl být ovlivněn i tím, že mnozí z pacientů šli do svojí první léčby a tudíž neměli potřebné zkušenosti a nevěděli, co mohou v léčbě očekávat. Dva hráči, kteří již absolvovali specializovanou léčbu zaměřenou na patologické hráčství, zvolili léčbu se společnou léčbou podle svých slov proto, že chtěli zkusit něco nového, nebo se styděli před personálem z minulé léčebny, že zrecidivovali. Oba však po zkušenostech se společnou léčbou preferují léčbu specializovanou.

Z výzkumu vyplývá, že hráči pohlíží na látkově závislé s jistým despektem, jako na více narušené, více nemocné, méněcenné a méněschopné jedince. Tuto nadřazenost hráčů vnímají i látkově závislí. Konflikty a napětí mezi nimi a hráči uváděli právě látkově závislí, což nepochybně souvisí s tím, jak se cítí být patologickými hráči vnímání. Důvodem může být, že hráči mnohdy sanují svůj narcismus na úkor látkově závislých pacientů, kdy v podtextu lze vycítit pocit převahy hráčů nad „nemocnými feťáky“ nebo „obyčejnými alkoholiky“. Pozice hráčů ve skupině mívají dvě podoby, hráč se buď staví do role experta ve snaze potvrdit si svojí výjimečnou pozici ve skupině, nebo se chová jako nezúčastněný pozorovatel, jehož se dění ve skupině v podstatě netýká, případně obě polohy střídá. Tímto však skupinu v zájmu zachování vlastní sebeúcty devaluje. Uvedená zjištění korespondují s pozorováním Zahradníka (2005) v ambulantní léčbě. Jiným faktorem by mohla být skutečnost, že při hraní nedochází k intoxikaci, v jejímž důsledku by bylo výrazně viditelně ovlivněno chování, na rozdíl od užívání návykových látek, které skutečně významně narušuje lidskou psychiku a chování a tudíž popisované projevy a omezení látkově závislých mohou být reálné. Postoje patologických hráčů mohou mít nepříznivé dopady na průběh léčby látkově závislých, kteří už sami o sobě mají potíže se sebehodnocením, sebevědomím a sebeúctou a popisovaný přístup hráčů je může v jejich špatném sebehodnocení utvrzovat. Naopak hráče mohou tyto postoje odrazovat od vstupu do léčby.

Zajímavé je, že navzdory zmiňovaným skutečnostem by téměř všichni látkově závislí zvolili léčbu společnou (nebo alespoň částečně společnou) a to kvůli přínosu jiného úhlu pohledu a zkušeností lidí s „jinou“ závislostí, které berou jako varování, protože si uvědomují i svoje ohrožení hráčstvím. I tři hráči byli se společnou léčbou spokojeni a vyzdvihovali možnost slyšet naopak zkušenosti a příběhy látkově závislých ze stejného důvodu, jaký uváděli pacienti s látkovou závislostí. Bylo by tudíž přínosné zajistit, aby měli pacienti z obou skupin možnost se setkávat a sdílet svoje zkušenosti, ale zároveň některé aktivity realizovali odděleně. Z tohoto pohledu se jako optimální jeví model navrhovaný některými pacienty a to léčba jako taková společná, ale specializované některé programy a také skupiny koedukované se ženami. Výhodná je ale také možnost využít specializované léčby jen pro patologické hráče, neboť léčebny, které nabízí pouze společnou léčbu patologických hráčů a látkově závislých mohou některé hráče od léčby odrazovat.

Z výsledků výzkumu je zjevné, že existují určité odlišnosti a komplikace ve společné léčbě patologického hráčství a látkových závislostí, které se týkají zejména toho, jak se vnímají tyto dvě skupiny pacientů navzájem. Výsledky potvrzují zjištění, ke kterým dospěla ve svém výzkumu i Roznerová (2013), která za jedno ze zásadních specifík v souboru hráčů vnímá odmítavý postoj některých hráčů k drogově závislým, kdy hráči popisují zásadně odlišný náhled na látkové a nelátkové závislosti a z toho důvodu i nutnost rozdílného přístupu k léčbě.

## ZÁVĚR

Domnívám se, že cíle práce bylo dosaženo, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Je nutné upozornit, že veškeré informace získané tímto výzkumem a závěry z nich vyplývající se týkají pouze výzkumného vzorku 21 respondentů, nejsou proto reprezentativní pro patologické hráče jako takové.

Výsledky výzkumu ukázaly komplikace ve společné léčbě patologického hráčství a látkových závislostí, které souvisí především s tím, jaké postoje k sobě navzájem zaujímají patologičtí hráči a pacienti s látkovou závislostí. Podstatné je, zda tyto zjištěné „třecí plochy“ mají vliv na úspěšnost v dokončení léčebného programu. Bylo by velmi zajímavé provést na toto téma výzkum. Podle mého názoru není dobré, když je v léčbě např. jen jeden patologický hráč, protože jak ukazuje výzkum, může se cítit „proti přesile“, nemá možnost probrat svoje záležitosti ohledně hráčství se zasvěceným člověkem se stejnou zkušeností. Také není možné v takové léčbě realizovat některé aktivity zaměřené přímo na hráče, které jsou účinné, což dokazují provedené výzkumy (viz teoretická část práce). Jako diskutabilní vidím i přístup pacientů zejména hráčů k mobilním telefonům a k informačním technologiím, kdy v současné době jsou technická zařízení na vysoké úrovni a umožňují mnoho věcí včetně hraní. Výzkum naznačil, že v léčebnách, které nemají programy zaměřené přímo na léčbu patologického hráčství, není většinou kladen důraz na kontrolu abstinence hráčů od hraní. I když je pravdou, že ne všechna tato zdravotnická zařízení mají stejná nastavení.

Dalším negativem je to, že hráči pohlíží na látkově závislé s despektem, což se může nepříznivě odrazit na průběhu léčby látkově závislých. A na druhou stranu v některých případech může v tomto smyslu společná léčba odradit hráče od vstupu do léčby. Zároveň je potřeba si uvědomit, že často dochází k přesmyku závislostí nebo ke komorbiditě a proto je důležité a přínosné, což sami pacienti mnohokrát uváděli, vidět a slyšet rizika, jiný úhel pohledu a příběhy lidí s jiným druhem resp. objektem závislosti, které mohou působit jako varování. Z těchto důvodů by bylo výhodné, kdyby mohli pacienti hráči i „nehráči“ nějaký čas strávit společně, ale zároveň měli i svoje specifické aktivity. Proto se jako ideální jeví model, kdy léčba jako taková by byla společná, přičemž některé aktivity, skupiny a specifické činnosti by byly realizovány odděleně. Hráči by byli léčeni pouze v těch zařízeních, která by takové rozdělení umožňovala a měla specializované programy, tudíž by bylo zajištěno, že nebude hráč v léčbě ojedinelý. Výhodné také je, že některé léčebny nabízí specializované programy přímo pro patologické

hráče, takže si každý pacient může vybrat léčbu podle svého postoje. Uvědomuji si však, že zde vstupuje do hry i kapacita léčebných zařízení, a že napětí mezi hráči a látkově závislými by se tím pravděpodobně neodstranilo, nicméně mohlo by se alespoň zmírnit. Léčba by pak mohla být přínosnější jak pro hráče, tak pro látkově závislé. Stejnou možnost výběru by měli mít i látkově závislí, zda se chtějí léčit samostatně nebo společně s hráči. Je to ovšem téma k další diskuzi.

Za nezbytné považují, aby pacienti byli řádně informováni a věděli o všech možnostech adiktologické péče. Tuto informovanost by měli zajišťovat ošetřující lékaři. I na toto téma by mohl být proveden výzkum - jakým způsobem a na základě čeho jsou vybírána a doporučována léčebná zařízení, jaký mají přehled sami lékaři o možnostech, jak informují svoje pacienty. Co se týče výzkumů, bylo by přínosné zrealizovat též výzkum ohledně patologického hráčství žen, které je obecně velmi málo prozkoumáno. V době tohoto výzkumu se nepodařilo zastihnout v léčbě žádnou patologickou hráčku ochotnou účastnit se výzkumu.

Moje výzkumná práce mi pomohla ke komplexnímu vnímání problematiky patologického hráčství a jeho léčby z pohledu jak hráčů, tak z pohledu pacientů s diagnózou jiné závislosti a k osvětlení fungování rezidenční léčby patologického hráčství včetně problémů a komplikací, jež může tato léčba přinášet. Velmi bych si cenila, pokud by některý z mých výstupů či návrhů našly své uplatnění v praxi.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Aasved, M. J. (2003). *The Sociology of Gambling. The Gambling Theory and Research Series*. London: Amazon Books.

Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volberg, R., Williams, R. (2013). *Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration*. Guelph, Ontario, Canada: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC).

Barmaki, R. (2010). *Gambling as a social problem: on the social conditions of gambling in Canada*. Journal of Youth Studies, vol. 13 Issue 1, s. 47-64.

Bergh, C., Eklund, T., Sodersten, E. P. (1997). *Altered dopamine function in pathological gambling*. Psychol Med 27, s. 473-475.

Bém, P. (2003). *Složky systému péče v ČR*. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*. Kapitola 8/1. Praha: NMS/Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Blum, K., Braverman, E. R., Holder, M. M., et al. (2000). *Reward deficit deficiency syndrome: a bio-genetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors*. J Psychoactive Drugs 32, s. 112.

Blume, S., Lesieur, H. (1993). *Pathological gambling*. In Journal of Addictive Diseases, 12.

Brakhoff, J. (1989). *Gluck-Spiel-Sucht: Beratung und Behandlung von Glücksspielern*. Freiburg im Breisgau : Lamertus

De Leon, G. (2004). *Therapeutic Communities: Research-Practice Reciprocity*. In Salas, L. E. (Ed.), *Desafios y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre, p. 112-127.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer.

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) - americká národní klasifikace mentálních poruch – 4. revize, [2014-07-01] dostupné na:  
<http://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>.

DSM -5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) - americká národní klasifikace mentálních poruch – 5. revize, [2014-07-01] dostupné na:

<http://www.problemgambling.ca/EN/ResourcesForProfessionals/Pages/DSM5CriteriaGamblingDisorder.aspx>.

Frouzová, M. (2008). *Závislost na procesech*. In K. Kalina, *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

Frouzová, M. (2003). *Gambleři a gambling*. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*. Kapitola 9/8. Praha: NMS/Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Hansen, M. (2006). *Treatment of problem & pathological gambling in the Nordic countries*. The electronic journal of gambling issues/EGambling, 18. ISSN 1494-5185.

Heller, J., Pecinová, O., a kol. (1996). *Závislost - známá neznámá*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-277-8.

Hroncová, J., a kol. (2004). *Sociálna patológia*. Banská Bystrica, s. 97.

Charvát, M. (2004). *Problematika výběru účastníků kvalitativního výzkumu z řad uživatelů nelegálních drog*. In Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing. ISBN 80-247-1362-4.

Ingram, J. (1998). *Positron Emission Tomography*. In Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.

Leung, K. S., Cottler, L. B., (2009). *Treatment of pathological gambling*. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, s. 69-74. doi:10.1097/YCO.0b013e32831575d9.

Libra, J., Mravčík, V., Miovský, M. (2012). *Koncepce sítě zdravotních služeb oboru Adiktologie*. Pracovní verze č. 2. 4. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze, Česká asociace adiktologů.

Livingstone, C., Woolley, R., Zazryn, T., Bakacs, L., Shami, R. (2008). *The relevance and role of gaming machine games and game features on the play of problem gamblers*. Report prepared for Independent Gambling Authority South Australia.

Lund, I. (2011). *Irrational beliefs revisited*. *Addiction Research a Theory*, 19 (1), s. 40-46. doi: 10.3109/16066359.2010.493979.

Lund, I. (2009). *Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers when EGMs are banned. A Natural Experiment*. *Human Sciences Press*, 25 (1). doi: 10.1007/s10899-009-9127-y.

Lund, I. (2006). *Gambling and problem gambling in Norway: What part does the gambling machine play?* *Addiction research a Theory*, 14 (5), s. 475-491. doi: 10.1080/16066350600836825.

Marhounová, J., Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie. ISBN 80-901618-9-8.

McConaghy N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A. et al. (1983). *Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling*. *British Journal of Psychiatry*, 142, s. 366-372.

Meyer, G. (2009). *International vergleichende Analyse des Glücksspielwesens. Teil vier, Gesundheitswissenschaftliche Studie*. Bremen: Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen. [1.4.2013] dostupné na: <http://mpk.rlp.de/mpkrlpde/sachthemen/studie-zum-gluecksspielwesens/>.

Minařík, J. (2014). *Závislost*. [2014-07-01] dostupné na: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/zavislost/>.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MKN 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, dostupné [20.7.2014] na: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>.

Moreyra, P., Ibáñez, A., Saiz-Ruiz, J., Nissenson, K., Blanco, C. (2000). *Review of the Phenomenology, Etiology and Treatment of Pathological Gambling*. *German J Psychiatry*, 3, s. 37–52.

Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., Ziegler, A., Kocarevová, V. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Verze po vypořádání připomínek pracovní skupiny*. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Nechanská, B., Šťastná, L. (2011). *Ambulantní péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1963*. Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie, 60 (2), s. 64-73.

Nábělek, L., Vongrej, J., Lóšková, R. (1997). *Indikace použití psychofarmak při léčení patologického hráčství*. In Československá psychiatrie, 93.

Nábělek, L., Vongrej, J., Lóšková, R. (1996). *Diagnostika, klasifikácia a posudzovanie patologického hráčstva*. In Alkoholizmus a drogové závislosti, 31.

Neal, P., Delfabbro, P., O'neil, M. (2005). *Problem gambling and Harm: Towards a National Definition*. Victorian Government Department of Justice. Office of Gaming and Racing, Australia. The Ministerial Council on Gambling, University of Adelaide. Department of Psychology, Gambling Research Australiae. ABN:097511941.

Nešpor, K. (2013). *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0482-4.

Nešpor, K., a kol. (2011). *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0009-3.

Nešpor, K., Scheansová, A. (2010). Hazardní hry a pracovní prostředí. Praktický lékař, 90 (6), s. 362 – 364. [2014-07-01] dostupné na: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/hazardni-hry-a-pracovni-prostredi-32171>.

Nešpor, K., Csémy, L. (2005). *Kolik je v České republice patologických hráčů? Česká a slovenská psychiatrie*, 101, 433-435. [1.4.2013] dostupné na: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_8\\_433\\_435.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_8_433_435.pdf)

Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O., Mráčková, E. (2003). *Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události*. Česká a slovenská psychiatrie, roč. 2003, 99, s. 16-22.

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha.

Parke, J., Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In: Smith, G., Hodgins, D., Williams, R. (Eds.). *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*. New York: Elsevier.

Peele, S. (2001). *Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction?* Journal of Gambling Issues (eGambling). [2007-07-09] Dostupné na: <http://www.camh.net>.



Petráčková, V., Kraus, J. a kol. (2000). *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0607-9.

Prunner, P. (2008). *Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-074-1.

Rawlings, B. (2001). *Evaluative research in therapeutic communities*. In Rawlings, B., YATES, R. (Eds.). *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Chapter 12. London: Jessica Kingsley.

Ricketts, T., MacAskill, A. (2004). *Differentiating normal and problem gambling: a grounded theory approach*. *Addiction Research and Theory*, 12 (1), p. 77-87. doi: 10.1080/1606635031000112546.

Roznerová, T. (2013). *Hazardní hráčství a jeho dopady - kvalitativní výzkum patologických hráčů*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze.

Ruden, R. A., Byalick, M. (2000). *The craving brain: a bold new approach to breaking free from drug addiction, overeating, alcoholism, and gambling*. London: Amazon Books. ISBN 0-06-092899-9.

Schaefer, A. W. (1989). *Escape from intimacy*. San Francisco/New York: Harper & Row. ISBN 0-06-254873-5.

Shaffer, H. J., Kidman, R. (2003). Shifting perspectives on gambling and addiction. *J Gambl Stud* 19, s. 1-6.

Standardy odborné způsobilosti. (2003). [2014-07-01] dostupné na: [http://www.laxus.cz/files/ke-stazeni/standardy\\_specialni.pdf](http://www.laxus.cz/files/ke-stazeni/standardy_specialni.pdf).

Stearman, K. (2001). *Why do people gamble? Exploring Tough Issues*. London: Amazon Books.

Suissa, A. J. (2011) *Vulnerability and Gambling Addiction: Psychosocial Benchmarks and Avenues for Intervention*. *International Journal of Mental Health & Addiction*, Vol. 9 Issue 1, s. 12-23.

Sylvain, C., Ladouceur, R., Boisvert, J. M. (1997). *Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study*. *J Consult Clin Psychol*, 65, s. 727-732.

Šerý, O. (2001). *Patologické hráčství*. Psychiatrie pro praxi, 4, 161-164. [1.4.2013] dostupné na:  
[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2167&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2167&magazine_id=2).

Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., McNeill, H. A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Wesport/London: Greenwood Press.

Toneatto, T., Skinner, W., Dragonetti, R. (2002). *Patterns of substance use in treatment-seeking problem gamblers: impact on treatment outcomes*. Journal of Clinical Psychology 58 (7), s. 853-859.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních v ČR: Aktuální informace 50*. Praha: ÚZIS. [2014-07-01] dostupné na: <http://uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2006-2012>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013). *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) hospitalizované v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2012: Aktuální informace 46*. Praha: ÚZIS. [2014-07-01] dostupné na: <http://uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-uzivajici-psychoaktivni-latky-alkohol-jine-drogy-hospitalizovane-psychiatrickych-luzko>.

Vacek, J. (2011). *Nelátkové závislosti: Patologické hráčství*. [2013-11-28] dostupné na: [www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3480/patologicke-hracstvi-pdf](http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3480/patologicke-hracstvi-pdf). Centrum adiktologie, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Vacek, J. (2010). *Nelátkové závislosti - patologické hráčství*. Výukový text. Praha: Centrum adiktologie.

Wheeler, S. A., Round, D. K., Sarre, R., O'Neil, M. (2008). *The influence of gaming expenditure on crime rates in South Australia: a local area empirical investigation*. J Gambl Stud., 24 (1), s. 1-12.

Williams, R. J., West, B. L., Simpson, R. I. (2012). *Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. October 1, 2012.

Zahradník, P. (2005). *Patologické hráčství – psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii*. Psychiatria pre prax 6 (2), s. 87-90.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

[www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz)

<http://www.gambling.wbs.cz/Odkazy-na-pomoc.html>

<http://www.uzis.cz>

<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

## SEZNAM ZKRATEK

BT	behaviorální terapie
ČR	Česká republika
Dg	diagnóza
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) - americká národní klasifikace mentálních poruch – 4. revize
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) - americká národní klasifikace mentálních poruch – 5. revize
EHZ	elektronické hrací zařízení (tj. technické zařízení VHP, VLT, EMR apod.)
EMR	elektromechanická ruleta
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách)
EU	Evropská unie
IT	informační technologie
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MF	Ministerstvo financí
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize
MS	Microsoft
PC	personal computer – osobní počítač
PL	psychiatrická léčebna
PN	psychiatrická nemocnice
NL	návyková látka
NMS	Národní monitorovací středisko
THC	tetrahydrocannabinol (psychoaktivní látka obsažená v konopných drogách)
USA	Spojené státy Americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VHP	výherní hrací přístroj
VLT	videoloterijní terminál
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Výskyt sázkového hraní v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin – Výzkum občanů 2013, v procentech (*Příloha 2*)
- Graf 2 Frekvence hraní sázkových her v obecné populaci v posledních 12 měsících, v procentech (*Příloha 2*)
- Graf 3 Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních a počtu ambulantních pacientů s diagnózou F 63.0 podle pohlaví (*Příloha 3*)
- Graf 4 Počet elektronických technických zařízení na 1000 obyvatel v evropských zemích a v Austrálii v roce 2013 (*Příloha 4*)
- Graf 5 Počet elektronických technických zařízení na 1000 obyvatel ve velkých městech nad 90 000 obyvatel v letech 2009-2013 (*Příloha 4*)

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 Užívání návykových látek při hraní hazardních her (*kap. 6.1*)
- Tabulka 2 Pravidelné užívání nelegálních drog mezi hráči (užívání s frekvencí nejméně 1x týdně v posledních 12 měsících v % (*kap. 6.1*))
- Tabulka 3 Některé chyby myšlení patologických hráčů a korekce těchto chyb (*kap. 7*)
- Tabulka 4 Rozdělení respondentů dle závislostní problematiky (*kap. 13.1*)
- Tabulka 5 Respondenti s diagnózou patologického hráčství (*kap. 13.1*)
- Tabulka 6 Respondenti s diagnózou závislosti na alkoholu (*kap. 13.1*)
- Tabulka 7 Respondenti s diagnózou závislosti na nelegálních látkách (*kap. 13.1*)
- Tabulka 8 Respondenti s diagnózou závislosti na návykových látkách v kombinaci s hráčstvím (*kap. 13.1*)
- Tabulka 9 Výskyt sázkového hraní v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013, v procentech (*Příloha 2*)
- Tabulka 10 Rozsah hraní hazardních her v obecné populaci (bez loterií a drobných sázek) – Výzkum občanů 2012, v procentech (*Příloha 2*)
- Tabulka 11 Podíl osob mladších 18 let hrající na výherních automatech (*Příloha 2*)
- Tabulka 12 Vývoj počtu pacientů s dg. F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a věkových skupin v letech 2006 – 2012 (*Příloha 3*)
- Tabulka 13 Vývoj počtu hospitalizací pro dg. F63.0 v psychiatrických lůžkových zdravotnických zařízeních podle pohlaví a věkových skupin v letech 2006 – 2012 (*Příloha 3*)

Tabulka 14 Počet hospitalizací pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin v roce 2012 (*Příloha 3*)

### **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1 Schéma postupu léčby patologického hráčství (*Příloha 6*)

### **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Diagnostické nástroje pro zjišťování problémů s hraním

Příloha 2 Prevalence hraní v České republice

Příloha 3 Počet pacientů léčených s diagnózou F63.0 a pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním návykových látek

Příloha 4 Dostupnost EHZ (počty EHZ na 1000 obyvatel – srovnání, vývoj)

Příloha 5 Diagnostická kritéria patologického hráčství podle DSM-5

Příloha 6 Léčba patologického hráčství – schéma

Příloha 7 Záznamový arch

Příloha 8 Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

## PŘÍLOHY

### Příloha 1 Diagnostické nástroje pro zjišťování problémů s hraním

#### Dotazník na patologické hráčství „South Oaks Gambling Screen“

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 144(9), 1184-1188.

1. Označte prosím, který z následujících druhů hry jste ve svém životě provozoval.  
U každého typu si vyberte možnost „vůbec“, „méně než 1x týdně“ nebo „1x týdně a více“.

- |  |                                |  |  |
|--|--------------------------------|--|--|
| a) hraní karet pro peníze:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| b) sázky na koně, psí dostihy nebo jiná zvířata:                             | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| c) sázky na sportovní výsledky:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| d) hra s kostkami o peníze:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| e) hra v kasinu:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| f) loterie, sázení čísel:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| g) bingo pro peníze:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| h) hra na burze, trhu s komoditami apod.:                                    | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| i) tzv. výherní automaty, pokrové automaty a jiné přístroje na hazardní hru: | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| j) kuželky, střelba, golf nebo jiná hra, vyžadující dovednost pro peníze:    | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| k) jiné hry pracující s papírem než jsou uvedeny výše:                       | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| l) jiná forma hry než ty, které jsou uvedeny výše: (upřesněte prosím jaká)   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |

2. S jakým největším počtem peněz jste hrál v jediném dni?

- do 10 Kč   
více než 10 a méně než 100 Kč   
více než 100 a méně než 1000 Kč   
více než 1000 a méně než 10 000 Kč   
více než 10 000 a méně než 100 000 Kč   
více než 100 000 Kč

3. Zaškrtněte ty lidi ve svém životě, kteří mají nebo měli problém s hrou?

- Otec nebo matka   
Manželka nebo partner   
Bratr nebo sestra   
Dítě   
Prarodič   
Jiný příbuzný   
Přítel, nebo někdo jiný, významný v mém životě

4. Když hrajete, jak často se vracíte zpátky druhý den, abyste nazpět vyhrál peníze, které jste prohrál?

- Nikdy   
Někdy (méně než v polovině případů, kdy prohráji)   
Většinou, když prohráji   
Pokaždé, když prohráji

5. Stalo se někdy, že jste tvrdil, že jste vyhrál, ale nebylo to tak, vlastně jste prohrál?

- Nikdy (nebo jsme nikdy hazardně nehráli)   
Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál   
Ano, většinou

6. Měl jste někdy pocit, že Vám hra působí problémy?

- Ne   
Ano   
V minulosti, ale ne nyní

7. Hrál jste někdy víc, než jste chtěl?

- Ano   
Ne

8. Kritizovali lidé někdy Vaši hru nebo Vám říkali, že máte s hrou problém, ať už jste jim dal za pravdu nebo ne?  
 Ano   
 Ne
9. Cítil jste se někdy provinile kvůli hře nebo kvůli tomu, co se během hry stalo?  
 Ano   
 Ne
10. Cítil jste někdy, že chcete s hrou přestat, ale měl jste dojem, že to nedokážete?  
 Ano   
 Ne
11. Stalo se někdy, že jste ukrýval tikety, sázky, vyhrané peníze nebo jiné známky hry před manželkou, dětmi nebo jinými lidmi, kteří jsou pro Vás důležití?  
 Ano   
 Ne
12. Pohádal jste se někdy s lidmi, s nimiž žijete, kvůli způsobu, jakým nakládáte s penězi?  
 Ano   
 Ne
13. Jestliže jste odpověděl na otázku 12 kladně: Týkaly se hádky kvůli penězům, někdy hry?  
 Ano   
 Ne
14. Půjčil jste si někdy od někoho a peníze jste mu nevrátil kvůli hře?  
 Ano   
 Ne
15. Zameškal jste někdy práci nebo školu kvůli hře?  
 Ano   
 Ne
16. Jestliže jste si na hru nebo na placení dluhů kvůli hře půjčil, od koho, nebo kde jste si vypůjčil?  
 (Zaškrtněte „ANO“ nebo „NE“ u každého bodu)
- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a) z peněz na domácnost  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| b) od manžela nebo manželky  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| c) od jiných příbuzných ze strany manželky                         | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| d) od bank, spořitelny nebo kreditních společností                 | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| e) z kreditní karty  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| f) od lichvářů   | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| g) prodal jste akcie, obligace nebo jiné listiny                   | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| h) prodal jste osobní nebo rodinný majetek                         | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| i) půjčil jste si z vlastního konta (zaplatil jste nekrytým šekem) | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| j) máte možnost půjčit si u sázkaře                                | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| k) máte možnost půjčit si v kasinu                                 | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |

3

**Hodnocení:** Výsledné skóre dotazníku vznikne součtem kladných odpovědí na „rizikové“ otázky:

**Otázka 4:** „Většinou když prohrají“, nebo „Pokaždé, když prohrají“

**Otázka 5:** „Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál“ nebo „Ano, většinou“

**Otázka 6:** „Ano“ nebo „V minulosti, ale ne nyní“

**Otázky 7 až 11:** „Ano“

**Otázky 13 až 15:** „Ano“

**Otázky 16 a/ až 16 i/** „Ano“

**0 = žádný problém**

**1 až 4 body = určitý problém**

**5 a více bodů = pravděpodobně patologické hráčství**

**Zdroj:** Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188.



## Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous

*Odovědi ANO/NE (Patologický hráč většinou odpoví kladně na sedm nebo více otázek.)*

<b>Položka</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
1. Ztrácel jste často kvůli hře čas?		
2. Učinila hra váš život doma nešťastný?		
3. Poškodila hra vaši pověst?		
4. Cítil jste po hře výčitky svědomí?		
5. Hrál jste někdy proto, abyste získal peníze, jimiž byste zaplatil dluhy nebo vyřešil finanční těžkosti?		
6. Zmenšilo hraní vaši ctižádost a výkonnost?		
7. Když jste prohrál, měl jste pocit, že se musíte co nejdříve vrátit a vyhrát, co jste prohrál?		
8. Když jste vyhrál, měl jste silnou touhu se ke hře vrátit a vyhrát ještě víc?		
9. Hrál jste často tak dlouho, dokud jste neprohrál poslední peníze?		
10. Půjčil jste si někdy proto, abyste financoval hru?		
11. Prodal jste někdy něco, abyste financoval hru?		
12. Nechtělo se vám používat peníze ze hry pro normální účely?		
13. Způsobila hra to, že jste se nestaral 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 nezákonný čin, nebo jste někdy o jeho spáchání uvažoval, abyste financoval hru?		
17. Působila vám hra potíže se spaním?		
18. Vedly hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že se objevovala touha hrát?		
19. Když se na vás usmálo štěstí, cítil jste touhu to oslavit pár hodinami hry?		
20. Uvažoval jste někdy o sebezničení v důsledku hry?		

Zdroj: [www.ProblemGambling.cz](http://www.ProblemGambling.cz)

## INDEX ZÁVAŽNOSTI PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Dotazník „Index závažnosti patologického hráčství“ (PGSI) umožňuje odborníkům diagnostiku míry vzniku rizik a souvisejících problémů s hraním sázkových her a loterií.

**Odpovězte sami sobě co nejpravdivěji na těchto 9 otázek. Přemýšleli jste v posledních 12 měsících, že...**

Otázka	Možnosti odpovědi	Body za odpověď
1. Vsadili jste víc, než jste si mohli dovolit prohrát?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
2. Přemýšleli jste, že už potřebujete hrát s větším množstvím peněz, abyste dosáhli stejného vzrušení?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
3. Když prohrajete, vrací se další den zpět, abyste se pokusili získat peníze zpět, které jste ztratili?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
4. Půjčovali jste si peníze nebo něco prodali, abyste získali peníze na hru?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
5. Už jste cítili, že máte problém s hraním?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
6. Je hraní sázkových her příčinou Vašich zdravotních problémů, včetně stresu či úzkosti?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
7. Kritizovali Vás lidé kvůli Vašemu hraní nebo Vám řekli, že máte problém s hraním, bez ohledu na to, zda jste si mysleli, že je to pravda?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
8. Způsobuje Vaše hraní nějaké finanční problémy	Nikdy	0 b.

Vám nebo Vaší domácnosti?	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
9. Už jste se cítili provinile kvůli tomu, že hrajete nebo že jste gambler?	Nikdy	0 b.
	Občas	1 b.
	Většinou	2 b.
	Téměř vždy	3 b.
<b>SOUČET BODŮ:</b>		

Zdroj: [www.ProblemGambling.cz](http://www.ProblemGambling.cz)

**Sečtěte body za všechny Vaše odpovědi:**

- 0 bodů znamená, že nemáte žádný problém s hraním
- 1 – 2 body znamenají, že existuje riziko vzniku souvisejících problémů s hraním
- 3 – 7 bodů znamená, že již zřejmě máte závažné problémy související s hraním
- 8 nebo více bodů znamená, že jste nejspíše patologický hráč (vyžaduje odbornou pomoc)

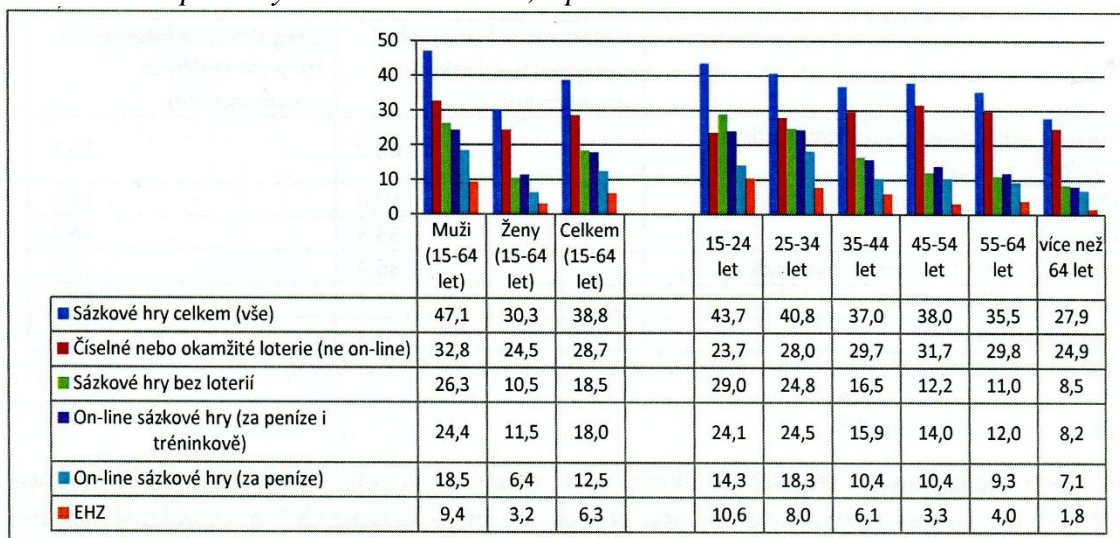
Příloha 2 Prevalence hraní v České republice

Tabulka 9 – Výskyt sázkového hraní v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013, v procentech

Typ hry	Pohlaví		Mladí dospělí	Celkem
	Muži	Ženy	15–34 let	15–64 let
	(n=439)	(n=429)	(n=308)	(N=868)
<b>Celoživotní prevalence</b>				
Sázkové hry celkem (bez loterií a drobných sázek)	44,3	12,6	37,0	28,4
Sázkové hry – EHZ, kasino	28,0	8,1	26,2	18,1
Kurzové sázky v sázkových kancelářích	35,3	5,7	24,3	20,6
On-line sázkové hry	11,2	1,0	8,2	6,1
<b>Prevalence v posledních 12 měsících</b>				
Sázkové hry celkem (bez loterií a drobných sázek)	24,2	4,1	19,8	14,1
Sázkové hry – EHZ, kasino	9,4	1,9	10,5	5,7
Kurzové sázky v sázkových kancelářích	21,8	2,8	16,3	12,4
On-line sázkové hry	5,7	0,2	4,9	3,0
<b>Prevalence v posledních 30 dnech</b>				
Sázkové hry celkem (bez loterií a drobných sázek)	11,2	0,2	6,3	5,7
Sázkové hry – EHZ, kasino	2,4	0,0	1,5	1,2
Kurzové sázky v sázkových kancelářích	10,0	0,2	6,2	5,2
On-line sázkové hry	1,4	0,0	1,1	0,7

Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Graf 1 – Výskyt sázkového hraní v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin – Výzkum občanů 2013, v procentech



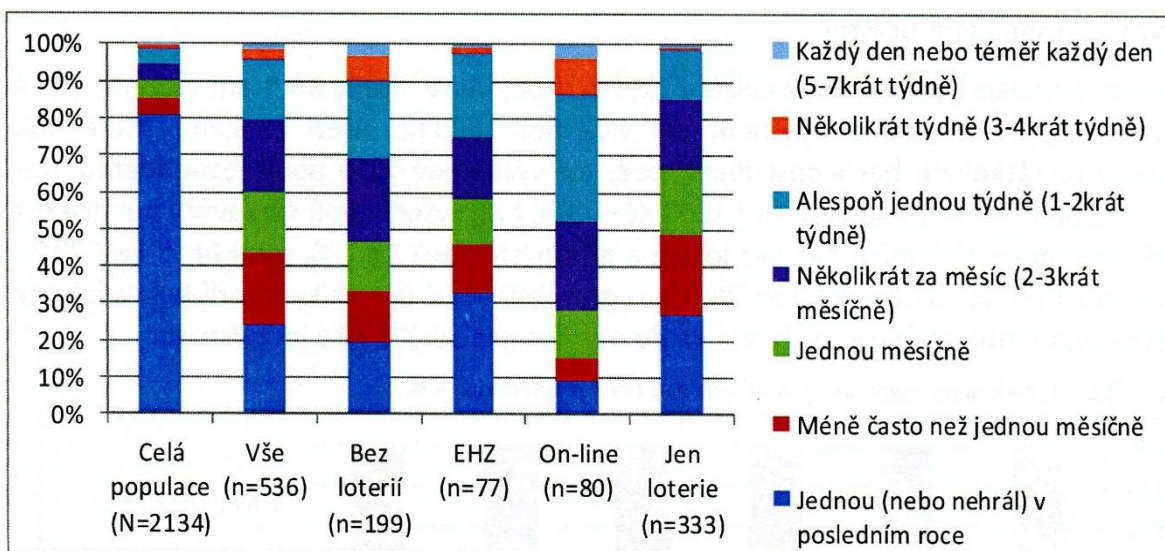
Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Tabulka 10 – Rozsah hraní hazardních her v obecné populaci (bez loterií a drobných sázek) – Výzkum občanů 2012, v procentech

Prevalence	Pohlaví		Mladí dospělí	Celkem
	Muži	Ženy	15–34 let	15–64 let
	(n=742)	(n=724)	(n=565)	(N=1466)
Sázkové hry v životě	29,8	12,2	27,3	21,1
Sázkové hry v posledních 12 měsících	18,9	7,5	19,1	13,2
Sázkové hry v posledních 30 dnech	8,2	3,0	7,6	5,7

Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Graf 2 – Frekvence hraní sázkových her v obecné populaci v posledních 12 měsících, v procentech



Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Statistika školní – patologické hráčství u osob mladších 18 let

Podle Výzkumné zprávy č. 5 Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2007 (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007, která je součástí Zprávy ESPAD za rok 2007 – Užívání návykových látek mezi studenty

v 35 evropských zemích vydávané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), hraje na výherních automatech následující podíl osob mladších 18 let:

*Tabulka 11 – Podíl osob mladších 18 let hrající na výherních automatech*

Výherní automaty	Pohlaví	Párkrát za rok	1-2krát za měsíc	1krát týdně	Téměř denně
	chlapci	10,5%	3,5%	1,3%	1,1%
	dívky	5,3%	1,0%	0,2%	0,2%

*Zdroj: ESPAD 2007 (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009)*

Výzkum byl proveden u celkem 10 187 žáků v celkem 351 základních školách, gymnáziích, středních školách s maturitou a středních odborných školách ze všech krajů ČR, u ročníků 1990 až 1992 (15 – 17 let věku), konkrétně u 4 793 chlapců (47,3 %) a 5 394 dívek (52,7 %).



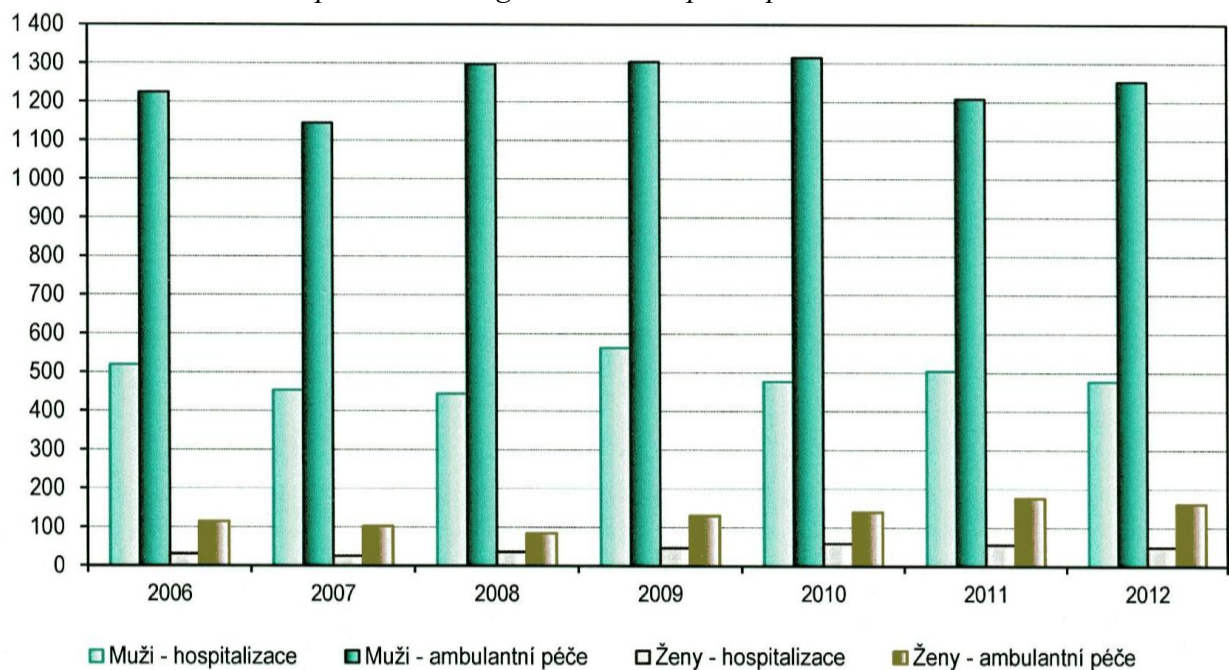
Příloha 3 – Počet pacientů léčených s diagnózou F63.0 a pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním návykových látek

Tabulka 12 - Vývoj počtu pacientů s dg. F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a věkových skupin v letech 2006 - 2012

Rok	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina		
				0-14	15-19	20 a více
2006	1 341	1 225	116	2	84	1 225
2007	1 248	1 145	103	1	73	1 174
2008	1 383	1 298	85	5	154	1 224
2009	1 435	1 304	131	3	79	1 353
2010	1 456	1 315	141	0	45	1 411
2011	1 385	1 208	177	2	50	1 333
2012	1 415	1 253	162	0	37	1 378

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013

Graf 3 – Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních a počtu ambulantních pacientů s diagnózou F 63.0 podle pohlaví



Zdroj: ÚZIS ČR, 2013

Tabulka 13 - Vývoj počtu hospitalizací pro dg. F63.0 v psychiatrických lůžkových zdravotnických zařízeních podle pohlaví a věkových skupin v letech 2006 – 2012

Rok a pohlaví		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 +	Celkem
2006	Muži	26	73	118	104	56	51	49	26	12	7	5	0	527
	Ženy	0	1	2	5	3	6	4	3	6	2	0	1	33
	<b>Celkem</b>	<b>26</b>	<b>74</b>	<b>120</b>	<b>109</b>	<b>59</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>560</b>
2007	Muži	22	65	82	85	68	42	46	25	19	6	4	0	464
	Ženy	0	2	3	2	3	5	1	6	0	4	0	0	26
	<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>71</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>490</b>
2008	Muži	16	77	92	87	50	44	41	33	26	3	1	0	470
	Ženy	1	2	1	7	4	8	7	4	3	2	0	0	39
	<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>79</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>509</b>
2009	Muži	16	91	119	141	55	48	33	23	25	16	2	0	569
	Ženy	0	3	5	8	7	5	5	6	7	1	1	0	48
	<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>94</b>	<b>124</b>	<b>149</b>	<b>62</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>617</b>
2010	Muži	14	60	91	102	52	48	27	30	36	15	2	0	477
	Ženy	0	4	9	6	4	5	6	10	11	1	1	2	59
	<b>Celkem</b>	<b>14</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>33</b>	<b>40</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>536</b>
2011	Muži	27	69	96	85	69	37	36	42	27	6	7	3	504
	Ženy	0	4	4	5	3	5	13	9	8	3	1	1	56
	<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>72</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>560</b>
2012	Muži	10	71	86	100	60	46	46	26	15	13	2	2	477
	Ženy	0	0	5	7	6	7	11	6	5	3	0	0	50
	<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>71</b>	<b>91</b>	<b>107</b>	<b>66</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>527</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013



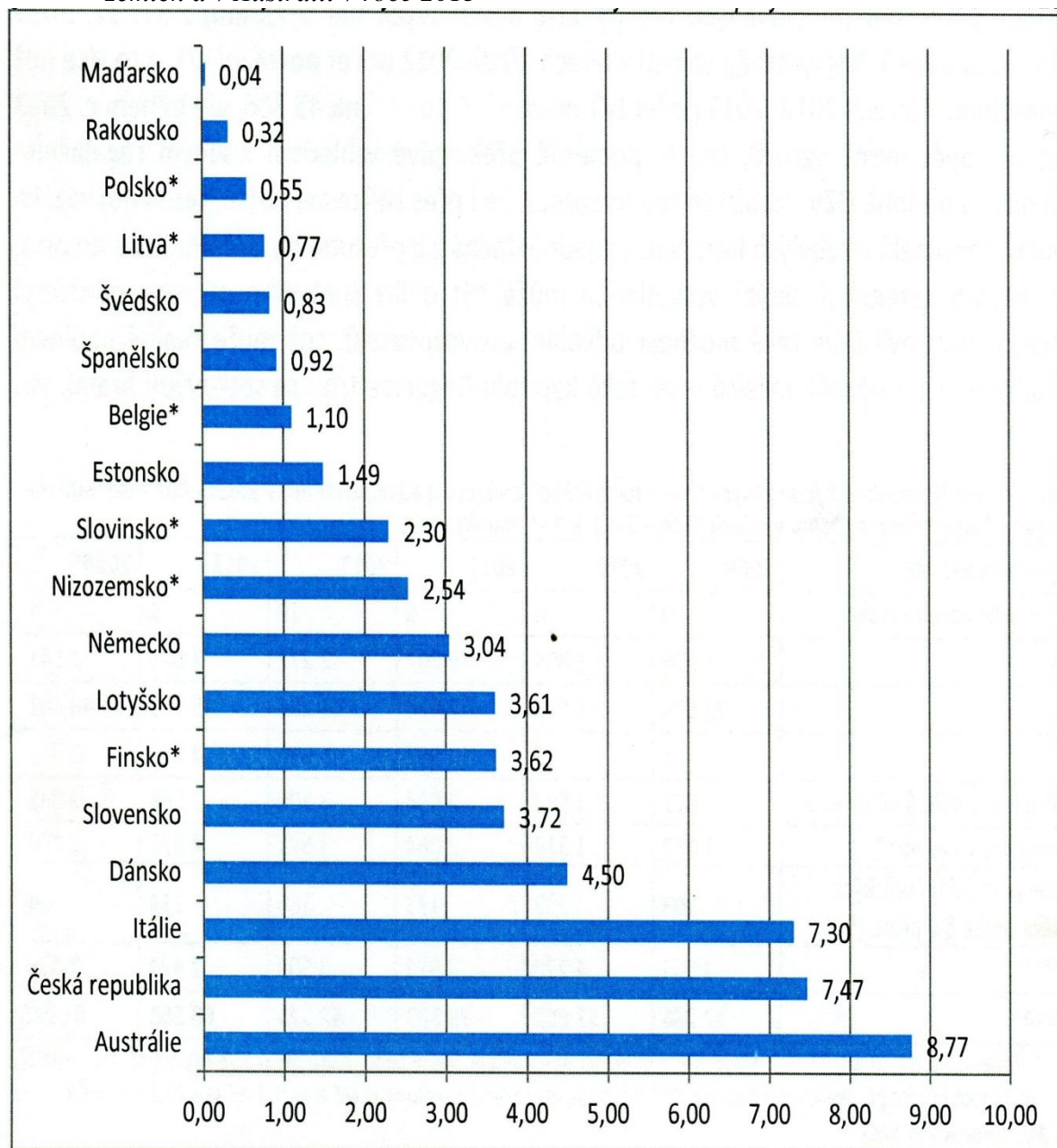
Tabulka 14 - Počet hospitalizací pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin v roce 2012

Věková skupina	Alkohol (F10)			Ilegální drogy celkem (F11-F19)			Návykové látky celkem (F10-F19)		
	Muži	ženy	Celkem	Muži	ženy	Celkem	Muži	ženy	Celkem
0-14	3	0	3	14	18	32	17	18	35
15-17	13	14	27	157	174	331	170	188	358
18-19	35	21	56	230	155	385	265	176	441
20-24	160	61	221	862	434	1 296	1022	495	1517
25-29	401	143	544	997	353	1 350	1398	496	1894
30-34	672	239	911	842	236	1 078	1514	475	1989
35-39	956	439	1 395	403	142	545	1359	581	1940
40-44	964	507	1 471	204	96	300	1168	603	1771
45-49	940	454	1 394	110	70	180	1050	524	1574
50-54	841	433	1 274	55	58	113	896	491	1387
55-59	692	379	1 071	36	56	92	728	435	1163
60-64	463	258	721	21	65	86	484	323	807
65-69	218	106	324	18	30	48	236	136	372
70-74	63	29	92	6	10	16	69	39	108
75-79	22	7	29	3	9	12	25	16	41
80 +	7	4	11	2	6	8	9	10	19
<b>Celkem</b>	<b>6 450</b>	<b>3 094</b>	<b>9 544</b>	<b>3 960</b>	<b>1 912</b>	<b>5 872</b>	<b>10 410</b>	<b>5 006</b>	<b>15 416</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013

Příloha 4 – Dostupnost EHZ (počty EHZ na 1000 obyvatel – srovnání, vývoj)

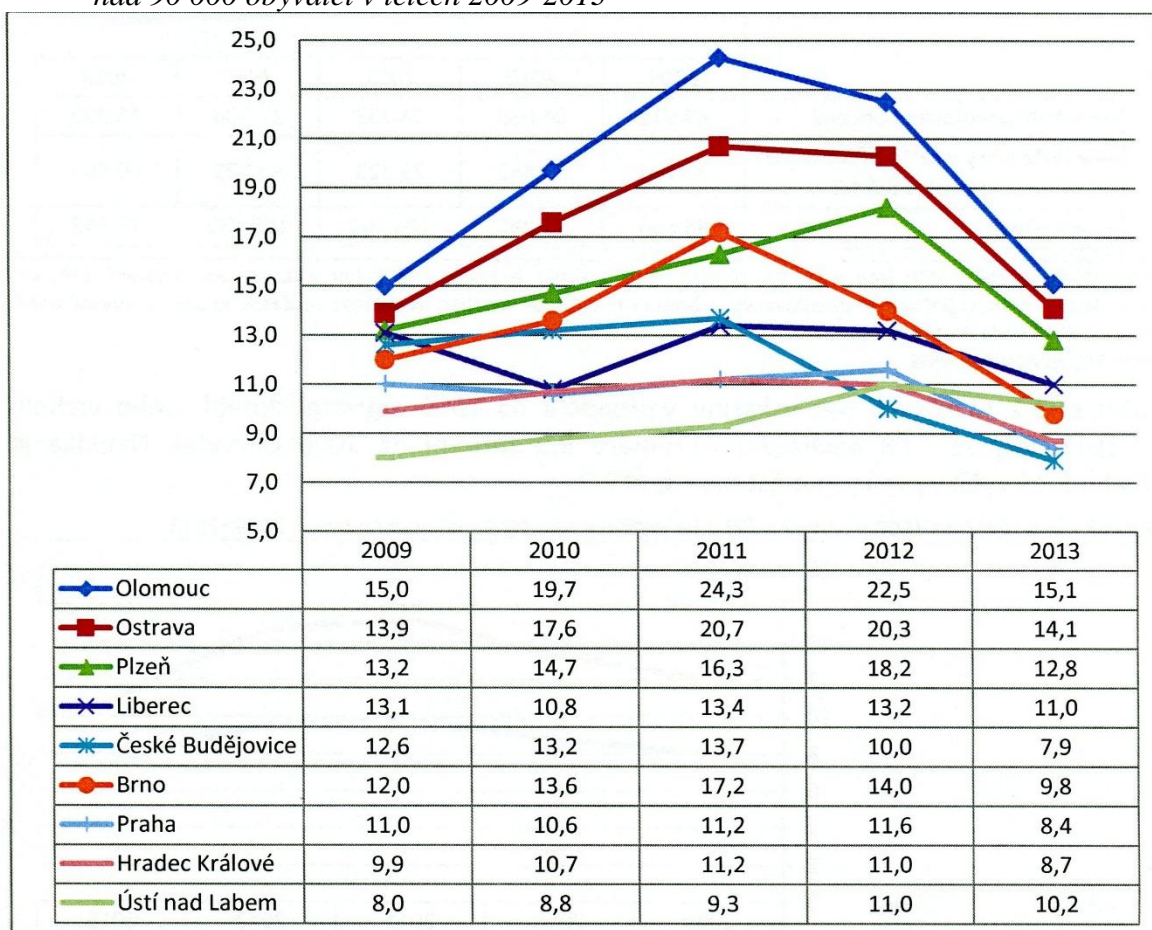
Graf 4 – Počet elektronických technických zařízení na 1000 obyvatel v evropských zemích a v Austrálii v roce 2013



Pozn.: \* Dostupná jsou pouze data za r. 2011. Podrobněji k situaci v některých výše uvedených zemích viz kapitulu Přehled regulace sázkových her v jiných zemích, str. 190.

Zdroj: MF

Graf 5 – Počet elektronických technických zařízení na 1000 obyvatel ve velkých městech nad 90 000 obyvatel v letech 2009-2013



Zdroj: Mravčík et al., 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

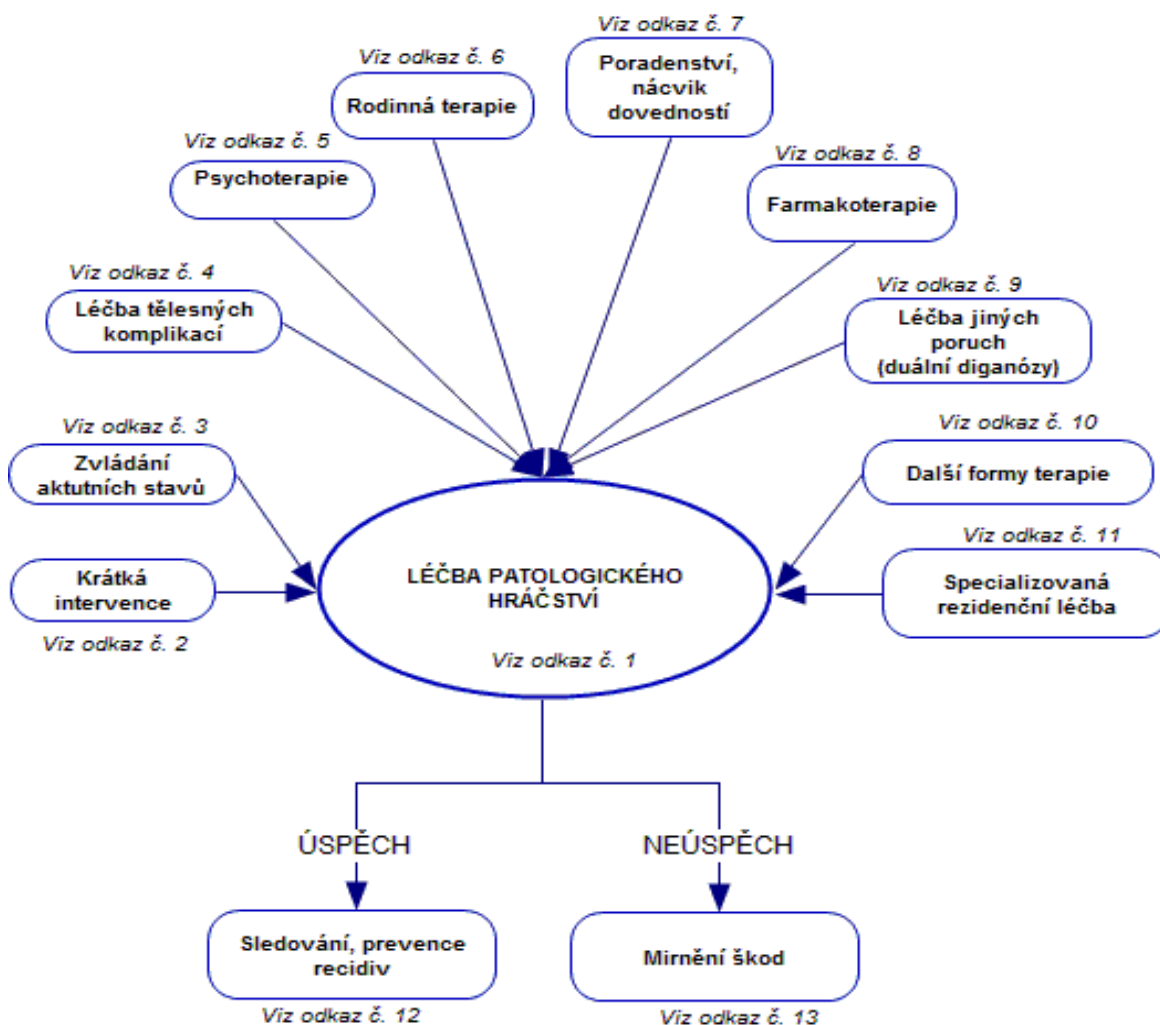
Příloha 5 – Diagnostická kritéria patologického hráčství podle DSM-5

***Za trvalé a opakující se problematické hazardní chování, které vede ke klinicky významnému riziku, je považováno chování jedince vykazující čtyři nebo více z následujících indikátorů v období 12 měsíců.***

- 1. Potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení a příjemného pocitu napětí.*
- 2. Neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní.*
- 3. Opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo vzdát se hraní.*
- 4. Zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovu prožití předcházejících zážitků získaných při hře, plánování nového hazardu, přemýšlení o průběhu dalších her a o způsobech získání dalších finančních prostředků na hraní).*
- 5. Hraní je využíváno jako způsob útěku od problému, odreagování se, nebo snaha zbavit se dysforické nálady a jiných nepříjemných duševních stavů jako jsou např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese.*
- 6. Po prohře a finanční ztrátě často následuje další den návrat, jehož cílem je další hrou získat peníze nazpět a vyrovnat tak vzniklou finanční ztrátu.*
- 7. Lhaní členům rodiny, terapeutům nebo jiným osobám, za účelem zastření rozsahu svého hráčství.*
- 8. Narušení či ztráta důležitých vztahů v rodině, ztráta významných přátel, práce nebo příležitostí ke vzdělání a kariéře v důsledku hraní.*
- 9. Spoléhání se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hraním, přenášení odpovědnosti za splácení dluhů.*

Zdroj: <http://www.problemgambling.ca/EN/ResoutcesForProfessionals/Pages/DSM5CriteriaGamblingDisorder.aspx>

## Příloha 6 – Léčba patologického hráčství – schéma



Zdroj: Nešpor, 1995

### Odkaz 1. Léčba patologického hráčství

Ke zvláště ohroženým patří např. lidé s duševními poruchami (s jinou návykovou nemocí, hyperaktivní s poruchami pozornosti, lidé s poruchami osobnosti). Rizikovost může být dána i profesí (stres, nepravidelnost, nekontrolovaný pohyb peněz) nebo životní situací (sociální izolace, zátěžová životní událost). Používá se matching, tj. volba intervence podle individuálních potřeb.

### Odkaz 2. Krátká intervence

Existují doklady o příznivém působení krátké intervence (Petry a spol., 2008). Postupy jsou částečně podobné jako u jiných návykových nemocí. Patří sem mimo jiné poskytnutí relevantních informací, doporučit abstinenci, předání svépomocného materiálu, vyhnout se volným financím a rizikovému prostředí, práce motivací atd. Kombinace těchto postupů je výhodná, např. práce s motivací formou telefonátů zvýšila efektivitu předání svépomocné příručky (např. Hodgins et al., 2004).

### Odkaz 3. Zvládání akutních stavů

Sem patří především krizová intervence při sebevražedných tendencích nebo po sebevražedném pokusu. S ohledem na uvedené riziko sebevražednosti je třeba patologickému hráči vždy

poskytnout kontakt na linku telefonické pomoci. Nebezpečnost sobě při vážných sebevražedných tendencí je důvodem k dobrovolné hospitalizaci, případně i nedobrovolné.

#### **Odkaz 4. Léčba somatických komplikací**

Jedná se především o nemoci působené nebo zhoršované stresem nebo následky úrazů.

#### **Odkaz 5. Psychoterapie, rodinná terapie.**

Lze použít řadu postupů, jako práci s motivací, kognitivně-behaviorální terapii a desenzitizaci ve fantazii. Například zkoumání chyb myšlení a jejich náprava patří k časným tématům při individuální i skupinové práci. Uvedené postupy jsou efektivní při individuální i skupinové aplikaci.

#### **Odkaz 6. Rodinná a párová terapie**

Jako doplněk jiných forem terapie lze využít i rodinnou nebo párovou terapii. Kalina (2003) hovoří o „malých rodinných intervencích“: Lze např. uzavřít terapeutický kontrakt zahrnující rodinné příslušníky, využít vlivu rodiny k posilování motivace, napomáhat ozdravení životního stylu rodiny atd. Navíc se tak mírní stres a pocity stigmatizace u rodinných příslušníků.

#### **Odkaz č. 7. Poradenství, nácvik relevantních dovedností**

Sem patří např. dovednosti týkající se nakládání s penězi a splácení dluhů, právní poradenství a poradenství ohledně životního stylu.

#### **Odkaz č. 8. Farmakoterapie**

Osvědčila se antidepresiva ze skupiny SSRI v obvyklých dávkách či naltrexon (ten je ale pro většinu pacientů u nás finančně nedostupný).

#### **Odkaz č. 9. Duální diagnózy**

U velké části patologických hráčů se neprokáže jiná výraznější psychopatologie. Nejčastější komorbiditou je kombinace se zneužíváním alkoholu nebo závislostí na něm, setkáváme se i s kombinací patologického hráčství a závislosti na pervitinu. Uvedené návykové nemoci je třeba léčit integrovaně nebo alespoň souběžně. Výhodou je zde to, že lze při léčbě různých návykových nemocí používat podobné postupy.

#### **Odkaz č. 10. Další formy terapie**

Užitečná může být i přiměřená tělesná aktivita, relaxační techniky, jóga, čchi-kung i další postupy, podobně jako u jiných návykových nemocí. Některé meditační techniky zlepšují sebeuvědomění a sebeovládání a mohou být také vhodné. Podle zkušeností odborníků používají patologičtí hráči právě nějakou formu tělesné aktivity jako prostředek ke zvládnání bažení.

#### **Odkaz č. 11. Specializovaná rezidenční léčba**

Používají se stejné postupy, ale v kombinaci a ve větší intenzitě. Specializovaná rezidenční léčba je indikována např. při sebevražedných tendencích a pokusech, v debaklových situacích, jestliže ambulantní léčba nepostačovala, při těžších depresivních stavech, u nedostatečné sítě vztahů, jestliže způsob života znesnadňuje léčbu, při nebezpečnosti sobě nebo okolí. Rezidenční léčbu je vhodné učinit zajímavější něčím překvapivým. Efektivita je při nejmenším srovnatelná s jinými návykovými nemocemi.

#### **Odkaz č. 12. Prevence recidiv**

Používají se různé formy psychoterapie, hojně je využíváno KBT, dlouhodobé udržování kontaktu s doléčovací skupinou či organizací Anonymních hráčů či Anonymních alkoholiků a účasti v socioterapeutickém klubu. Jako slibný postup se jeví prevence relapsu, případně v kombinaci se zlepšeným uvědomováním. Tyto techniky lze efektivně využívat individuálně i skupinově.

### **Odkaz č. 13. Mírnění škod**

Jestliže se patologické hráčství pojí s organickým postižením nebo jinou duševní poruchou, lze uvažovat o omezení způsobilosti k právním úkonům při nakládání s finančními prostředky. Je vhodné se přizpůsobit motivačnímu stadiu pacienta. Např. ve stadiu prekontemplace („nestojí o změnu“) empaticky upozorňovat formou otázek na rizika. Mírnění škod zde zahrnuje i psychoterapeutickou a právní pomoc manželkám a dětem patologických hráčů.

## Příloha 7 – Záznamový arch

Věk:                      Pohlaví:                      Dg:                      Kód klienta:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Jaký je typ hraní (v případě patologických hráčů):

Vztah k alkoholu/nelegálním drogám/k hraní:

Jak dlouho hrajete/máte problémy s pitím/s nelegálními drogami:

Jak dlouho jste v této léčbě:

Kolikátá je to (společná) léčba (včetně nedokončených):

### **I. Jaký je klinický obraz a terapeutické potřeby u patologických hráčů a u pacientů s jinou závislostí? V čem se liší a co mají společného?**

- 1) Jak Vaše závislost ovlivnila Váš život?
- 2) Jaké konkrétní problémy Vám vznikly v souvislosti s hraním /závislostí?  
*(Tělesné zdraví, duševní zdraví, problémy v sociální oblasti, konflikty se zákonem, pokusy o sebevraždu)*
- 3) Co považujete za největší problém, který Vám hraní/závislost způsobilo? Co potřebujete nejvíc řešit tady v léčbě?
- 4) Myslíte si, že je Vaším problémům věnována dostatečná pozornost a že máte podle Vašeho názoru dost prostoru pro jejich řešení? *(Proč si to myslíte?)*
- 5) V čem si myslíte, že Vám léčba pomáhá? Co považujete pro Vás v léčbě za účinné, za důležité?
- 6) Čeho si na sobě nejvíc vážíte nebo ceníte?

### **II. Jaké jsou terapeutické postupy, cíle léčby a přístup k pacientům patologickým hráčům a k pacientům s jinou závislostí? V čem se liší a co mají společného?**

- 7) Jaký máte režim a program, je stejný, nebo jsou nějaké rozdíly v programu? Pokud ano, jaké?
- 8) Jaké jsou všechny Vaše povinnosti?
- 9) Je od Vás vyžadována abstinence, co se týče alkoholu nebo jiných NL/hraní? Jaký na to máte názor?
- 10) Jaká je praxe ohledně vycházek, máte stejné podmínky? Kontrolují vás po návratu z vycházky?
- 11) Je něco, co Vám v této léčbě nevyhovuje, co byste chtěl/a změnit?
- 12) Proč jste si vybral/a tuto léčebnu?



**III. Jaké jsou postoje ke společné léčbě a zkušenosti pacientů z obou skupin? V čem se liší, a co mají společného?**

- 13) Vnímáte nějaké rozdíly mezi Vámi a gambler/alkoholiky/závislými na nelegálních látkách? Pokud ano, jaké?
- 14) S kým si zde v léčbě z pacientů nejvíc rozumíte, nebo kdo je pro Vás významný a proč?
- 15) Měl/a jste, nebo máte s někým z pacientů konflikt? Pokud ano, jaký a proč vznikl?
- 16) Máte pocit, že Vám alkoholic/gambleři/závislí na nelegálních látkách rozumí, že chápou Vaše problémy? Proč si to myslíte?
- 17) Máte pocit, že Vy rozumíte a chápete problémy alkoholiků/gamblerů/závislých na nelegálních látkách? Proč si to myslíte?
- 18) Jak reagují ostatní na skupině, když probíráte svůj problém?
- 19) Jaký je Váš názor na společnou léčbu? Pokud by záleželo jen na Vás, zvolil/a byste společnou nebo specializovanou léčbu?

**Napadá Vás něco v souvislosti s tématem našeho rozhovoru, o čem byste chtěl/a ještě mluvit?**

## Příloha 8 – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Číselný kód účastníka: \_\_\_\_\_

### Informovaný souhlas účastníka projektu

pro výzkumný projekt: Diplomová práce s názvem *Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti a postoje pacientů*

doba realizace: .....

řešitel projektu: Bc. Radka Solfronková, DiS., studentka navazujícího magisterského studia oboru adiktologie (kombinovaná forma studia) na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek (kontakt: [vacek@adiktologie.cz](mailto:vacek@adiktologie.cz))

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumné studii, jejíž výsledky budou podkladem pro mou diplomovou práci na téma společná léčba pacientů s diagnózou patologické hráčství a pacientů s diagnózou jiné závislosti. Konkrétně se jedná o polostrukturovaný rozhovor v délce trvání do 30 minut vedený s každým účastníkem zvlášť, jehož cílem bude zjistit společné a rozdílné znaky pacientů z obou skupin, zjistit jejich názory a postoje ke společné léčbě, popsat zkušenosti těchto pacientů se společnou léčbou. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a je podmíněna souhlasem účastníka, nebude za ní poskytována finanční odměna. Při výzkumu bude dodržována ochrana Vašich osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. Získané informace nebudou sdělovány pacientům navzájem, ani zdravotnickému personálu či lékařům a budou využity pouze pro účely této diplomové práce. Bude dodržena anonymita jak jednotlivých účastníků, tak zdravotnického zařízení. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte prosím, podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

#### **Prohlášení**

*Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechna získaná data budou použita jen pro účely diplomové práce a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.*

*Souhlasím – nesouhlasím\* s tím, aby byla za účelem přesnějšího záznamu odpovědi pořizena z výzkumného rozhovoru zvuková nahrávka, která bude bezprostředně po provedení analýzy odpovědi zničena.*

*Beru na vědomí, že tento informovaný souhlas bude založen do mé karty pacienta.*

V .....dne: .....Podpis řešitele projektu:.....

V .....dne: .....Podpis účastníka v projektu: .....

\*Nehodící se škrtněte.

#### **Klinika adiktologie**

Apolinářská 4 / 128 00 Praha 2 / Česká republika  
tel.: + 420 224 965 035 / fax: + 420 224 965 035  
[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) / [info@adiktologie.cz](mailto:info@adiktologie.cz)

