

A Sociodemographic Profile of Pathological Gamblers Receiving Residential Treatment in Czech Psychiatric Hospitals



MAIEROVÁ, E.¹, CHARVÁT, M.¹, MIOVSKÝ, M.²

¹Department of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University, Olomouc, Czech Republic

²Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Maierová, E., Charvát, M., Miovský, M. (2014). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, (14)1, 30–41.

BACKGROUND: A comprehensive research study of the consequences of gambling careers which describes the target population of gamblers with regard to their risky personality traits and comorbidities such as disturbed relationships is lacking in the Czech Republic. While the majority of both outpatient and residential treatment facilities are currently facing this issue, the information that practitioners can use in treating pathological gambling is limited. **AIMS:** To present the partial results of a descriptive and qualitative substudy which seeks to describe the target group of gamblers in residential treatment with regard to their sociodemographic profile, preferred types of gambling, family environment characteristics, and experience with other addictive substances. **METHODS:** Semistructured

interviews. **SAMPLE:** 147 clients admitted to the Bohnice, Kroměříž, and Opava psychiatric hospitals with the diagnosis F 63.0, pathological gambling; interviews were finally administered to 139 of them. **RESULTS:** in comparison to the general population, the sample appears more problematic in a number of aspects, as it shows a higher level of various risk factors and psychiatric comorbidities, including a high prevalence of substance use, dual diagnoses, family predispositions, and employment status. A tendency towards the early termination of the educational process and an increased level of disability has also been recorded. Among all gambling behaviours, VLT gaming seems to predominate in the sample.

KEY WORDS: PATHOLOGICAL GAMBLING – RESIDENTIAL TREATMENT – GAMBLERS' CHARACTERISTICS – GAMBLING

Submitted: 21 / SEPTEMBER / 2013

Accepted: 7 / MARCH / 2014

Grant support: This paper was written as part of PRVOUK-P03/LF1/9, an institutional research support programme.

Address for correspondence: Eva Maierová / Maierovaeva@seznam.cz / Department of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc, Czech Republic

Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách



MAIEROVÁ, E.¹, CHARVÁT, M.¹, MIOVSKÝ, M.²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

²Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace: Maierová, E., Charvát, M., Miovský, M. (2014). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, (14)1, 30–41.

VÝCHODISKA: V České republice doposud chybí ucelená výzkumná studie o konsekvencích hráčských kariér, která by popisovala cílovou populaci hráčů se zaměřením na jejich rizikové osobnostní rysy či jinou komorbiditu, jako je například narušená vztahová vazba. V současné době se ovšem většina ambulantních i pobytových léčebných zařízení s touto problematikou setkává, přičemž odborníci mohou čerpat jen z omezeného množství informací, které mohou uplatnit při léčbě patologického hráčství. **CÍLE:** Cílem článku je představit dílčí výstupy ze substudie, tj. deskriptivní a kvalitativní část se zaměřením na popis cílové skupiny hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované styly hazardního hraní charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s ji-

nými návykovými látkami. **METODY:** Polo-strukturované interview. **SOUBOR:** Soubor tvoří 147 klientů léčených pro diagnózu F 63.0 patologické hráčství, hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách Bohnice, Kroměříž a Opava. Rozhovoru se účastnilo celkem 139 z nich. **VÝSLEDKY:** Soubor vychází ve srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematičtější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou. Jedná se např. o vysokou prevalenci užívání návykových látek, duálních diagnóz, rodinné zátěže či rizikové pracovní pozice. Objevuje se trend předčasného vypadávaní ze vzdělávacího procesu, zvýšená míra invalidizace. V souboru dominuje hraní na VLT automatech oproti jiným hazardním hrám.

KLÍČOVÁ SLOVA: PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – POBYTOVÁ LÉČBA – CHARAKTERISTIKY HRÁČŮ – GAMBLING

Došlo do redakce: 21 / ZÁŘÍ / 2013

Přijato k tisku: 7 / BŘEZEN / 2014

Grantová podpora: Tento text vznikl v rámci programu institucionální podpory vědy číslo PRVOUK-P03/LF1/9.

Korespondenční adresa: Mgr. Eva Maierová / Maierovaeva@seznam.cz / Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

● 1 ÚVOD

V posledních letech se téma patologického hráčství dostává do popředí zájmu médií. Problematika patologického hráčství je závažný společenský problém, který nabývá na významu nejen v oblasti adiktologie a psychologie, ale souvisí i s jinými společenskými oblastmi, jako je zdravotnictví, sociální oblast, komunální politika, ekonomická kriminalita atd. Hraním je zasazen jak jedinec, tak jeho okolí (např. rodina, zaměstnavatel). V České republice upozorňuje na problematiku hráčství např. Frouzová, (2008); Nešpor & Csémy, (2005); Nešpor et al., (2003); Vacek, (1992). Výše zmínění autoři se v článcích věnují vývoji kariéry hráče a situaci hraní u nás a důsledky s tím spojenými, jako jsou např. deprese, úzkosti, pití alkoholu, vyšší sklon k suicidálním myšlenkám, nespavost, vyčerpanost, finanční problémy, tíseň na hrudi. Zároveň upozorňují na alarmující situaci v České republice, kdy máme velký počet hazardních her a vysoký počet osob trpících problémy způsobenými hazardní hrou ve srovnání se zahraničím. Na problematiku patologického hráčství v České republice upozorňuje i Maierová (2012). Závažnost patologického hráčství pak dokazují mnohé zahraniční studie popisující různorodé psychologické, zdravotní, sociální a trestněprávní dopady. Jedná se zejména o vznik psychických problémů, psychosomatické důsledky, vyčerpanost, srdeční onemocnění, sociální propad, bezdomovectví, ztráta práce, rozpad manželství, zpronevěry, krádeže. V těchto studiích jsou mimo jiné popsány též vyšší sklony hráčů k suicidálním myšlenkám a pokusům (González-Ibáñez et al., 2003; Sacco et al., 2008, Nábělek, Vongrej & Lóšková, 1997). V současné době Národní monitorovací středisko zpracovává analýzu sociálně-patologických dopadů hazardních her na společnost v ČR, zpráva by měla zmapovat současnou situaci v oblasti hazardního hraní v ČR a doporučit vládě další kroky (Mravčík, 2013).

Jednou z dominantních koncepcí pro vznik závislosti je i narušená vztahová vazba (De Rick & Vanheule, 2007; Flores, 2004). Taktéž poruchy osobnosti bývají dle studií častou psychiatrickou komorbiditou a komplikací při léčbě patologického hráčství (Pietrzak et al., 2003; Bagbyová et al., 2008; Blaszczyński & Steel, 1998; Pietrzak & Petry, 2005). Vzhledem k tomu, že v České republice chybí podobné výzkumné práce popisující souvislosti se vztahovou vazbou a poruchami osobnosti, zrealizovali jsme výzkum, který se zaměřuje právě na tuto oblast. V tomto článku se však zaměříme na jiné konsekvence hráčských kariér, popis výzkumného souboru z různých pohledů.

Informace o prevalenci zkušenosti s hraním hazardních her v obecné populaci jsou v ČR stále bohužel pouze kusé. Například Lepík, Dolejš, Miovský & Vacek (2010) provedli školní dotazníkovou studii v Karlovarském kraji na reprezentativním souboru 2256 žáků ve věkovém rozmezí od 6. tříd ZŠ až po 2. ročník SŠ, podle které na automatech

nikdy nehrálo 90,43 % chlapců a 96,25 % dívek, alespoň párkrát za rok si zahrálo 9,57 % chlapců a 3,75 % dívek a alespoň jednou za měsíc 3,7 % chlapců a 0,75 % dívek. Byly publikovány i některé kvalifikované odhady Nešpor, Csémy (2005) odhaduje výskyt patologického hráčství v obecné populaci od 0,5 až 1 % výše. Dle celopopulační studie se v riziku patologického hráčství nachází zhruba 5 % obyvatel ČR ve věku 15–64 let (Úřad vlády ČR, 2013). Celoživotní prevalence patologického hráčství se v zahraničních výzkumech realizovaných na obecné populaci pohybuje od 0,4 % do 2,0 % (Cunningham-Williams et al., 1998; Welte et al., 2001).

Prozatím jediné ucelené epidemiologické informace o péči pro pacienty s diagnózou F63.0 lze nalézt ve zprávách z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Pro diagnózu patologického hráčství bylo hospitalizováno více mužů jak žen, a to jak v ambulantních, tak i pobytových léčbách. Ženy se podílely na celkovém počtu pacientů v průměru necelými 9 %, nejméně se jich léčilo v roce 2005, kdy byl jejich podíl pouze 5,6 %, v posledních dvou letech jejich podíl roste (necelých 10 % v roce 2010 a téměř 13 % v roce 2011). Od roku 2005 byl nejvyšší podíl hospitalizací v pobytových léčbách ve věkových skupinách 25–29 let a 30–34 let (22 %, resp. 18 %), mladiství do 20 let tvořili 2 %. V roce 2011 bylo hospitalizováno necelých 18 % pacientů ve věku 25–29 let a více než 16 % ve věku 30–34 let. K nárůstu počtu hospitalizací v roce 2011 proti roku 2005 došlo u věkové skupiny 15–19 let, a to téměř na dvojnásobek (ze 14 na 27 hospitalizací). Ve věkové skupině 20–24 let došlo k poklesu o 13 % (z 84 na 73 hospitalizací). U ostatních věkových skupin je meziroční srovnání vzhledem k malému počtu případů dost obtížné. Celkový počet hospitalizací pro dg. F63.0 se ve sledovaném období pohyboval v průměru kolem 550 ročně. Počet ambulantně léčených pacientů s problémem patologického hráčství se ročně pohybuje v průměru kolem 1370 pacientů (Nechanská, 2012).

Pokud se podíváme na jiné závislosti a porovnáme je s daty týkajícími se patologického hráčství, tak žadatelům o léčbu u nealkoholových drog dlouhodobě dominují uživatelé stimulancií (64,9 %) – u většiny z nich je základní drogou pervitin. Stejně jako v předchozích letech tvořili druhou nejčastější skupinu mezi všemi žadateli uživatelé opiátů/opioidů (19,3 %), mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (18,6 %). U počtu hospitalizací v psychiatrických léčebnách v roce 2011 bylo nejčastější příčinou u 2 745 osob (50 %) užívání kombinace látek (dg. F19). Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulancií u 1 723 osob (31 %) a opiátů/opioidů u 448 osob (8 %). Užívání alkoholu bylo u 9 765 osob. V ambulantní léčbě bylo v r. 2011 léčeno 2 874 osob s užíváním kombinace látek (19 %), dále 3 282 osob s užíváním stimulancií (21 %), 4 359 uživatelů opiátů (28 %) a 23 643 uživatelů alkoholu (61 %). Je patrné stárnutí populace žadatelů o léčbu, v r. 2011 byl

průměrný věk žadatelů o léčbu 27,4 let. Průměrný věk léčených osob byl ve sledovaném roce 32,0 let. Ženy tvoří stabilně necelou třetinu žadatelů o léčbu (Mravčík et al., 2012). Porovnáme-li tato data s počtem osob léčených pro patologické hráčství, zjistíme, že počet uživatelů jiných návykových látek je výrazně větší. Řádově se tak v pobytové léčbě patologické hráčství dá srovnat spíše s opioidy než se stimulací či alkoholem. Nicméně počty léčených osob pro patologické hráčství nelze bagatelizovat ani podceňovat. Jednak vzhledem k tomu, že se jedná také o závislost s výrazným potenciálem pro relaps, zároveň z důvodu ohrožení populace všech věkových kategorií u obou pohlaví, byť genderově nevyvážené. Zároveň se jedná o problematiku, která má dalekosáhlé důsledky jednak pro jedince samotného, tak i pro jeho okolí. Hraní je též v rámci společnosti stále velmi málo regulováno a kontrolováno. V podstatě jde o velmi dostupnou formu rizikového chování. Nelze v tomto ohledu podceňovat ani závislostní chování na internetu, ve smyslu online her a online hazardních her (Vondráčková & Šmahel, 2012; Lečbych, 2013).

● 2 CÍLE, MATERIÁL A METODIKA

● 2 / 1 Cíle

Článek představuje výstupy deskriptivní kvalitativně zaměřené substudie, jako součást explorativního retrospektivního výzkumu zaměřeného na populaci patologických hráčů v pobytové léčbě. Cílem je popsat cílové skupiny hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované hazardní činnosti, charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s jinými návykovými látkami.

Celý výzkum, v jehož kontextu zde představovaná substudie vznikla, se dále věnuje i kvantitativní analýze léčených patologických hráčů v kontextu poruch osobnosti a vztahové vazby pomocí následujících metod, jejichž výstupům se ovšem z kapacitních důvodů budeme věnovat v jiném článku. Považujeme však za důležité zde tuto baterii zmínit, neboť mohla mít vliv na dotazované hráče a tvořila nedílnou a zásadní část procesu získávání dat. Temperamentové a charakterové rysy hráčů byly sledovány pomocí TCI-r (revidovaná verze Temperament and Character Inventory) (Preiss & Klose, 2001). Dále byla do baterie zařazena v klinické praxi běžně využívaná metoda PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (Kuhl & Kazén, 2002). Citová vztahová vazba v interpersonálních vztazích byla zjišťována dotazníkem ECR (Experiences in Close Relationships) (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Výzkum je realizován prostřednictvím doktorského projektu s názvem Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů. Probíhal od září 2012 do srpna 2013 a měl kvalitativně-quantitativní charakter, tj. šlo o tzv. smíšený design (Tashakkori & Teddlie, 1998).

● 2 / 2 Soubor

V tomto článku detailně představujeme všechny důležité charakteristiky výzkumného souboru, se kterým jsme pracovali, proto se v této sekci omezíme pouze na celkový počet participantů, kritéria a metody jejich nominace a informovaný souhlas. V rámci celého výzkumu (včetně na psychopatologii osobnosti zaměřené kvantitativní části) čítá soubor 147 pacientů hospitalizovaných pro léčbu patologického hráčství v psychiatrické léčebně (dále i PL) Bohnice, Kroměříž a Opava. Jednalo se o záměrný účelový výběr institucí, ve kterých se realizuje specifický program pro léčbu patologického hráčství a které mají v tomto ohledu dlouhodobou zkušenost. Při oslovení participantů jsme se dále řídili principem totálního výběru všech klientů splňujících následující předem stanovená kritéria. Vzhledem k velmi nízkému zastoupení žen v léčbě jsme vybírali pouze muže. Muselo se jednat o klienty v první fázi pobytové léčby a hlavním či primárním důvodem jejich hospitalizace bylo patologické hráčství.

Kvalitativní rozhovor jsme uskutečnili se 139 klienty. Osm klientů se rozhovoru neúčastnilo a to jednak z důvodu přerušení léčby nebo z důvodů nepřítomnosti v danou dobu na oddělení (přítomnost na policii nebo u soudu).

Studie má anonymní charakter, respondenti výzkumu jsou evidováni pod číselným anonymním kódem. Respondenti byli obeznámeni s jejich právy a pravidly studie. Samozřejmě mohli od výzkumu kdykoliv odstoupit. To se stalo pouze ve dvou případech, kdy jeden hráč při oslovení zapojit se do výzkumu ihned odmítl. V druhém případě klient odmítl vyplnit dotazníky, ale s interview souhlasil. Velkou zásluhu na ochotě klientů se do studie zapojit mají psychologové a lékaři z léčebných zařízení, se kterými jsme spolupracovali. Jejich přístup k nám jako k výzkumníkům pomohl namotivovat klienty ke spolupráci a tímto jim děkujeme. Zavázali jsme se k dodržování práv respondentů a k tomu, že nikdo nezneužije získaná data. Klient i výzkumník realizující sběr dat podepsali informovaný souhlas.

● 2 / 3 Metody, získávání a analýza dat

Získávání dat probíhalo v první fázi léčby klientů, tj. přímo v průběhu hospitalizace. Pracovali jsme s výše popsanou baterií psychodiagnostických dotazníků a metod, jejíž administrace probíhala na individuální bázi, a to buď za přímé účasti výzkumníka (např. rozhovor), nebo v klientově soukromí po podrobném individuálním vysvětlení a zadání metody. Na vyplnění celé baterie měli respondenti týden.

První metodou zařazenou do baterie a jedinou, ze které čerpáme pro tento článek, byl South oaks gambling screen (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987). Dotazník odpovídá kritériím DSM V a je používám většinou zahraničních výzkumných studií jako kritérium určující zkoumanou diagnózu. Jeho administrace není náročná a trvá pouze cca 10 minut. V České republice navíc pro diagnózu F63.0 v MKN 10 není

standardizován žádný dotazníkový nástroj. Diagnóza F63.0 se dle sdělení pracovníků v PL uděluje na základě rozhovoru s pacientem a rozboru negativních dopadů jeho hraní. Získaná data z dotazníku SOGS jsme zpracovali pomocí tabulkového editoru MS Excel.

Výzkumník absolvoval další týden návštěvu do daného léčebného zařízení. Po vyplnění došlo ke kontrole vyplnění všech položek baterie a následnému rozhovoru. Klíčová kvalitativní data užitá v této analýze byla tedy získávána pomocí metody polostrukturovaného interview (Kvale, 1996), které se zaměřovalo zejména na údaje z anamnézy rodinné, osobní, sociální (např. věk, pohlaví, nejvyšší dokončené vzdělání, forma bydlení, s kým bydlí, práce, jak dlouho hraje, co hraje, dluhy, pokusy o léčbu, duální diagnóza, dluhy, vztah, počet dětí, užívání jiných návykových látek včetně alkoholu a cigaret apod.). Realizace trvala cca 30 minut. Rozhovory nebyly nahrávány, data byla doslovně zaznamenávána písemnou formou se souhlasem respondenta. Po interview byl každý klient odměněn ve formě malého občerstvení. Tento postup (zadání metod a týden na vypracování) se osvědčil zejména k zachování chodu programu v jednotlivých léčbách, tak časové náročnosti vyplňování metod.

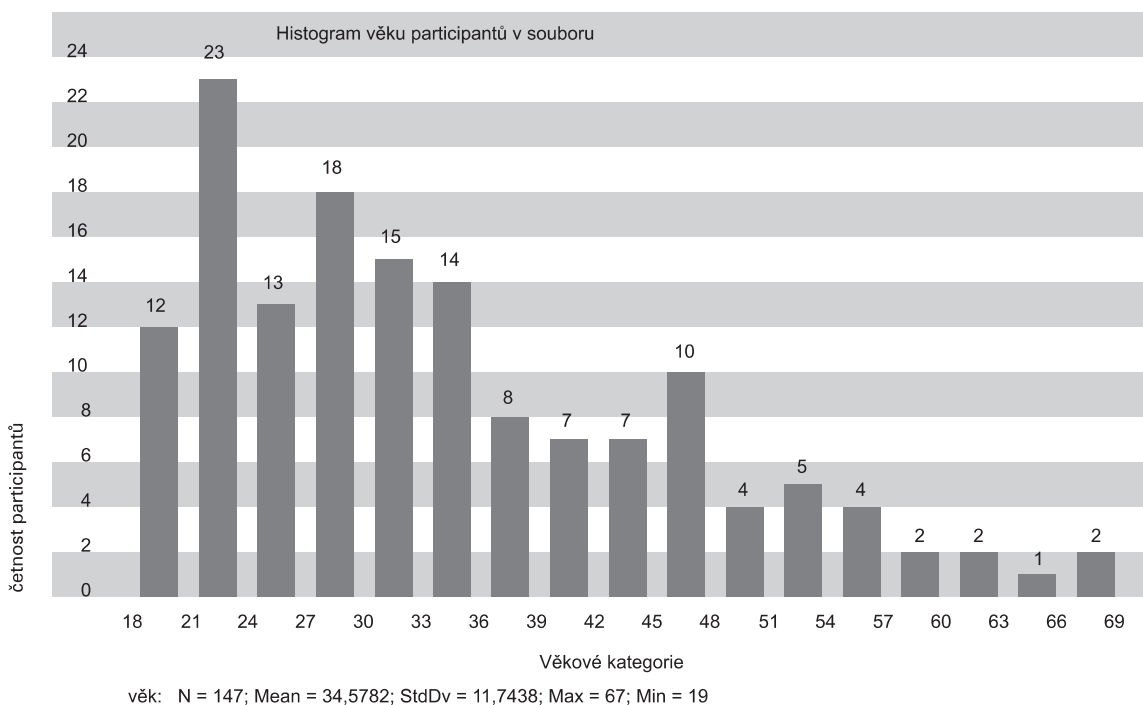
Data z rozhovoru jsme zpracovali způsobem ruční analýzy, tj. pomocí tužky a papíru, zvýrazňováním textu a čárkovací metodou (Hendl, 2008). Vzhledem k množství dat se tento způsob jevil jako dostatečný a účinný. Nakonec byly výsledky tohoto rozboru přepsány také do tabulkového procesoru MS Excel, kde s nimi bylo dále pracováno pro potřebu

by třídění a kde byly propojovány s daty ze SOGS. Aplikovali jsme kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Využili jsme tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to deskriptivní přístup, který představuje pouhý popis získaných dat. Dále metodu prostého výčtu, jejímž prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, např. frekvenci či intenzitu výskytu daného jevu, či poměr výskytu tohoto jevu k jinému jevu. Jednoduchý nástroj deskripce jsme obohatili o metodu vytváření trsů, která slouží ke srovnávání a agregaci (seskupování) dat do skupin (trsů) dle vzájemných podobností. Vznikají tak prostřednictvím kategorizace obecnější jednotky. Metoda kontrastů a srovnávání je velmi vhodnou technikou pro odlišení identifikovaných kategorií, přestože mohou mít tyto kategorie mnoho společného (Miovský, 2006).

● 3 VÝSLEDKY

Frekvence zastoupení dle věkových kategorií. Průměrný věk celého souboru je 34,6 let. Minimum je 19 let, maximum je 67 let. Celý přehled rozložení dle věku najdete v *grafu 1*. Největší zastoupení mají klienti ve věku 22, 28, 30–35 let. Problematika hráčství v populaci se tedy pravděpodobně týká všech věkových kategorií, jak již z přehledu vyplývá, nicméně do pobytové léčby se dostávají spíše mladí dospělí. (*Graf 1.*)

Největší procentuální zastoupení mají klienti z Moravskoslezského a Zlínského kraje (*tabulka 1*). Nejmenší zastoupení má kraj Plzeňský. Psychiatrické léčebny, se kterými jsme spolupracovali, byly léčebny v Kroměříži, Opavě



Graf 1 / Graph 1

Histogram věku participantů v souboru

Histogram of the age of participants in the sample

Tabulka 1 / Table 1

Rozložení patologických hráčů dle trvalého bydliště

Distribution of pathological gamblers according to their domiciles

Místo trvalého bydliště respondentů dle krajů České republiky	Absolutní četnost respondentů	Relativní četnost respondentů	Počet hospitalizací mužů v PL v r. 2011 (Nechanská, 2012)
Moravskoslezský	29	20,9%	82
Zlínský	29	20,9%	34
Olomoucký	18	12,9%	40
Jihomoravský	17	12,2%	56
Praha	13	9,4%	42
Středočeský	10	7,2%	67
Pardubický	5	3,6%	25
Ústecký	5	3,6%	37
Královéhradecký	4	2,9%	31
Jihočeský	2	1,4%	19
Karlovarský	2	1,4%	12
Liberecký	2	1,4%	20
Vysočina	2	1,4%	11
Plzeňský	1	0,7%	24

(Morava) a v Bohnicích (Čechy). Může se zdát, že je větší zastoupení klientů z Moravy, protože sběr probíhal ve dvou léčebnách na Moravě. Avšak klienti byli schopni absolvovat i léčbu na druhém konci republiky. (Např. klient 2043 ze Středočeského kraje uvedl „...vím, že je to pro mě a mají ženu daleko, ale dostal jsem doporučení, že v Opavě je léčba gamblersství nejlepší, proto jsem ochoten tu dálku překousnout. Věřím, že mi to tu pomůže můj problém zvládnout.“) Klienti hodně dbali na doporučení, zkušenosti od praktického lékaře, psychiatrů, psychologů či svých známých. Jsou ochotni překonat vzdálenost, aby právě tuto doporučenou léčbu absolvovali. Klienti tedy migrují napříč republikou. Klienti z Pardubického kraje jsou ochotni a schopni absolvovat léčbu v PL Opava nebo Bohnice, přičemž by to měli do jiných léčeben blíž.

V tabulce 2 uvádíme přehled nejvyššího dokončeného vzdělání výzkumného souboru, kde 44,6 % participantů má dokončenou střední školu s maturitou, 13 % přerušilo střední školu nebo střední odborné učiliště nejčastěji z těchto důvodů: špatná rodinná situace, náročná střední škola, daný obor klienta ne bavil, vztah s přítelkyní (např. klient 2002 „...bylo mi 18 a byl sem ve třetáku, jenže doma byla strašně špatná rodinná situace, hádali jsme se s bratrem a tátou. Našel jsem si starší holku a ona mi nabídla, že u ní můžu bydlet, tak sem si našel práci a odešel ze školy...“). Šest klientů, tj. 4,3 % přerušilo studium vysoké školy kvůli finančním důvodům, nebo náročnému studijnímu oboru, který byl nad rámec jejich schopností (např. klient 1055 „...studoval sem vejšku, která mě fakt bavila, ale s tím jak mi rostly dlouhy, tak sem se prostě nedokázal soustředit, když přišlo

Tabulka 2 / Table 2

Nejvyšší dokončené vzdělání

The level of education achieved

Nejvyšší dokončené vzdělání	Absolutní četnost respondentů	Relativní četnost respondentů	Vzdělání v ČR 15–64 let dle sčítání lidu 2011 (ČSÚ, 2013)
Základní škola	18	13 %	14,8 %
Střední odborná škola bez maturity	52	37,4 %	32,8 %
Střední škola s maturitou	62	44,6 %	28,9 %
Vyšší odborná škola	1	0,7 %	4,1 %
Vysoká škola	6	4,3 %	13,3 %

zkouškové a já neměl už žádný peníze na splátky, tak sem to vzdal a našel si práci, abych to mohl splácet...“).

● 3 / 1 Typy hazardních her

Nejvíce klientů (konkrétně 138 osob) hrálo na herních automatech, nejvíce na videoloterijních terminálech (VLT). Nejčastěji navštěvovali pravidelně herny. S hrou v kasinu má zkušenost 86 klientů. Ve velké míře se objevují i sázky na sportovní výsledky, nejčastěji fotbal, hokej, tenis, basketbal apod. V našem souboru bylo 8 sázkařů, kteří nikdy nehráli na automatu. Často se sázkařství objevovalo dohromady s hraním automatů, které však vždycky dominovalo a způsobovalo nejvíce problémů. Za upozornění také stojí hra na burze cenných papírů, kdy 12 klientů má s tímto druhem hazardu zkušenost a zmiňují pákový efekt, díky kterému se dostali do velkých finančních problémů. Co je velmi zajímavé, že sázení na čísla nebo loterii respondenti nepovažovali za zdroj problémů, investovali do tohoto sázení menší částky než do jiných forem hazardu, jako je např. herní automat nebo sázení na sport. Zkušenost se sázením do loterie nebo na čísla má 104 klientů (tabulka 3).

● 3 / 2 Zaměstnaní klientů

Co se týká zastoupení vykonávaného povolání, roztrídili jsme zaměstnání do několika kategorií. Nejvíce participantů zastupovalo povolání v **oblasti řemesel a technických oborů**, tj. např. montážní dělníci, dělníci na směnném provozu, obsluha strojů, zámečníci, mistr ve výrobě, malíř, svářeč, pekař, tesař apod. Jednalo se o 46 participantů. Další kategorií bylo **zaměstnání v prostředí zábavy a gastronomie**. Konkrétně se jednalo o povolání kuchař/číšník (14 participantů), 6 participantů pracovalo jako krupiéři v kasinech nebo obsluha v herně, 3 jako taxikáři, 2 byli majitelé restaurací. Další kategorií bylo **povolání se stresovým faktorem** – jako řidiči pracovalo 12 respondentů, profesionálně sportem (fotbal, hokej) se živilo 10 respondentů, 5 klientů pracovalo ve zdravotnictví, 4 respondenti pracovali jako ředitelé firem, 2 jako učitelé, 2 klienti pracovali jako strojvedoucí, 1 klient jako policista a 1 klient jako revizor dopravního podniku. Poslední kategorií bylo **povolání s nepravidelným příjmem**, které zastupuje povolání, jako jsou obchodní zástupci (12 participantů), 2 klienti pracovali jako pojišťovací agenti. Shledáváme zde několik kategorií zaměstnání, které mohou přinášet zvýšené riziko pro vznik a udržení patologického hráčství. Celkem 70 partici-

Tabulka 3 / Table 3

Rozdělení her, které hráči aktivně provozovali za svoji hráčskou kariéru dle dotazníku SOGS (součty řádků N=146)

Breakdown of gambling behaviour types in which the respondents were actively engaged during their gambling careers as identified by the SOGS questionnaire (line totals N=146)

	1 × týdně a více		méně než 1 × týdně		nikdy	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
Hraní na výherních automatech, pokerových automatech a jiných přístrojích na hazardní hru	109	74,1%	29	19,7%	8	5,4%
Sázky na sportovní výsledky	44	29,9%	55	37,4%	47	32,0%
Hra v kasinu (legální i nelegální)	36	24,5%	50	34,0%	60	40,8%
Hraní karet pro peníze	25	17,0%	59	40,1%	62	42,2%
Loterie nebo sázení na čísla	20	13,6%	84	57,1%	42	28,6%
Bowling, kulečník, střelba, šípky, golf nebo další hry vyžadující dovednosti (hraní o peníze)	16	10,9%	49	33,3%	81	55,1%
Hraní na burze cenných papírů nebo na trhu s komoditami	5	3,4%	7	4,8%	134	91,2%
Hra s kostkami o peníze (skořápky apod.)	3	2,0%	39	26,5%	104	70,7%
Sázení na koně, psí dostihy nebo jiná zvířata	2	1,4%	18	12,2%	126	85,7%
Bingo pro peníze	2	1,4%	15	10,2%	129	87,8%

pantů uvedlo, že nebylo nikdy nezaměstnáno, 69 participantů uvedlo, že byli někdy bez zaměstnání. I přes ztrátu povolání klienti pokračovali v hraní a dokázali si peníze vydělat načerno. Zároveň omezení finančních prostředků působilo jako spouštěč pro další hraní.

Velká většina respondentů se věnovala jedné profesi. Celkem ve 49 případech klienti vystřídali dvě až tři druhy povolání. Fluktuace povolání byla hlavně z důvodu přestěhování, malých finančních výdělků nebo zánikem zaměstnavatele. Poměrně extrémní fluktuace se vyskytla u dvou participantů, kteří vystřídali přes 20 zaměstnání (např. klient 2021, věk 26 let „...vystřídal jsem 25 povolání, dělám jsem číšníka, dělníka, nejdéle jsem dělal investičního poradce. V práci sem nikdy moc dlouho nevydržel, mám problém s autoritami už od základní školy, nedokážu s nimi vyjít.“)

Zpronevěru peněz v zaměstnání přiznalo 22 participantů (např. klient 2040 uvedl „...zpronevěřil sem v práci několik desítek tisíc. Trvalo, než se na to přišlo, řešila to pak policie a byl sem odsouzen na 2 roky.“). Dalších 40 klientů uvedlo krádeže, padělky atd. Všechny získané peníze byly vždy použity na hru.

● 3 / 3 Zdravotní komplikace

Uvědomujeme si, že invalidní důchod se řadí mezi zaměstnání, zmiňujeme ho do kategorie zdravotních komplikací, protože díky komplikacím přišli klienti o status pracujícího jedince. Celkem 17 participantů (N=139) mělo přiznaný invalidní důchod, z toho 12 ze zdravotních důvodů po úraze pohybového aparátu nebo z jiné nemoci. Invalidní důchod pro psychické obtíže, jako je schizofrenie, organické duševní poruchy, afektivní poruchy, mělo 5 osob. Všechny tyto osoby hráli před invalidním důchodem, tak i během něho, v důchodu se však hraní zintenzivnilo, kdy se klienti domnívali, že hraní bude zdroj financí.

Při dotazování na jiné zdravotní komplikace 71 klientů neuvědomovalo žádné zdravotní obtíže, na komplikace pohybového aparátu si stěžovalo 28 participantů, cévní onemocnění a komplikace s oběhovou soustavou uvedlo 17 participantů. Čtyři participanté uvedli zdravotní komplikace v důsledku životního stylu a užívání návykových látek, čtyři uvedli diabetes. Ostatní participanté uvedli běžné civilizační nemoci a komplikace, jako je obezita, křečové žíly, ledviny apod. Je nutné zmínit, že zdravotnímu stavu často přispíval i stres, kterým participanté procházeli během své hráčské kariéry.

● 3 / 4 Rodinná anamnéza

Klientů jsme se ptali na rodinné prostředí, ve kterém vyrůstali a zdali měli jejich rodiče zkušenost s hraním. Přičemž 44 klientů neuvědomovalo žádnou rodinnou zátěž z hlediska užívání návykových látek, hraní nebo jiného psychiatrického problému, 20 klientů uvedlo, že jejich otec měl problémy s hraním, 3 klienti, že jejich matka hrála a pouze 1 klient uvedl, že hráli oba rodiče. Dále 36 klientů uvedlo, že jejich

otec měl problémy s alkoholem, 14 klientů uvedlo, že jejich matka měla problémy s alkoholem, 5 klientů uvedlo, že jejich otčím byl závislý alkoholik a u jednoho klienta otčím hrál. Závislost na alkoholu dědečka uvedlo 14 klientů. Psychické problémy v rodině uvedlo 11 klientů, jako je např. deprese, schizofrenie, úzkosti, sebevraždy. (Např. klient 1022 popisuje „...celé moje dětství, co si pamatuju táta pil a bil mě, nikdy se nikde neléčil, nedalo se předvídat, jakou bude mít náladu, jak se bude ke mně chovat.“)

Své dětství popisuje 57 klientů jako pěkné, bezproblémové, kdy se jim rodiče dostatečně věnovali. Vzpomínají na své dětství rádi, kdy neměli pocit, že se něco špatného děje (klient 1023 „...dětství bylo moc pěkné, vzpomínám na něho strašně rád. Měl jsem spoustu koníčku, máma s tátou se nám dostatečně věnovali. Měl jsem blíž k mamce, hodně jsem jí věřil a svěřoval se jí...“). 31 klientů uvádí, že se jejich rodiče rozvedli (klient 2004 uvedl „Měl jsem smutné dětství. Máma mě nechtěla, byl jsem nechtěné dítě a máma mi to pořád dávala najevo, že mě nechtěli. Když mi bylo sedm, tak se rodiče rozvedli, táta o mě nejevil skoro vůbec zájem. Vychovávala mě máma, ale bylo to hrozné. Na tohle nevzpomínám rád.“). Svě dětství popisuje 22 klientů tak, že byla jejich rodina nefunkční, necítili se v ní dobře, ale museli v ní vyrůstat. (Např. klient 2023 k tomu říká „...vyrůstal jsem s matkou. Pocházím ze třech dětí, já jsem prostřední. Máma chodila hodně do práce, aby nás všechny uživila. Nevychovávala nás, nekomunikovala s námi. Zajímala se o to, ať jsme finančně a materiálně zajištěni. Ale citově do nás neinvestovala. Se sourozenci se nebavíme, máme formální vztahy. Napíšeme si sms na narozeniny, ale jinak o sebe nemáme zájem. Nepomáháme si. Nevím, kde ani bydlí.“) Hádky spojené s fyzickým násilím během jejich dětství popisuje 23 klientů (klient 1021 popisuje „...tělesné tresty, mlácení bylo od táty na denním pořádku, několikrát u nás byla policie, OSPOD to řešil několikrát, potom mě týrali psychicky. K tomu se přidal i můj bratr. Pětkrát jsem byl hospitalizovaný na ARU, z toho jak mě zbilí. Pokusil jsem se pak i o sebevraždu“). Na své dětství vzpomíná 15 klientů tak, že bylo hodně direktivní a rodiče byli velmi přísní (klient 2015 uvedl „... děti rodiče nezajímaly, jen výsledky ve škole, nikdy jsme nejezdili na žádný výlet, přednost měly výkony ve škole. Nezažili jsme nikdy žádnou citovou vřelost nebo náklonnost, bylo to od nich velmi citově chladné...“).

Osm klientů popisuje své dětství jako velmi materiálně zajištěné a že byli velmi rozmazlováni. Například (klient 3012 popsal „...byl sem rozmazlený dítě, měl jsem všechno, na co jsem si kdy vzpomněl, táta se ve mně vzhlížel, tak do mě hodně finančně, materiálně a i citově investovali. Já jsem to s nimi velmi dobře uměl...“). Smrt otce popisuje 8 klientů a jeden klient smrt matky, když byli malí. To je velmi zásáhlo (např. klient 2009 „...měl jsem bezproblémové dětství, rodiče si hodně rozuměli. Měli nás rádi, ale v 15 mi umřel táta, náhle. Všechno se přetočilo, dělal jsem si, co jsem

Tabulka 4 / Table 4

Užívání návykových látek u souboru hazardních hráčů (N=139)
Substance use in the sample of gamblers (N=139)

Typ návykové látky	Celoživotní prevalence či užívání v minulosti		Pravidelné užívání v současnosti (v období bez léčby)		Věk první zkušenosti v letech
	Abs. č.	Rel. č.	Abs. č.	Rel. č.	
Alkohol	139	100,0 %	117	84,2 %	15,9
Tabák	126	90,6 %	113	81,3 %	16,9
Marihuana	73	52,5 %	26	18,7 %	18,2
Pervitin	37	26,6 %	30	21,6 %	19,1
LSD	25	18,0 %	0	0,0 %	18,9
Kokain	12	8,6 %	0	0,0 %	20,2
Extáze	8	5,8 %	0	0,0 %	22,6
Heroin	8	5,8 %	0	0,0 %	17,0

chtěl. Dostal infarkt, nečekaně umřel. Dávám si to za vinu, protože jsem si představil tu noc, než se to stalo, jaké by to bylo, kdyby umřel. Mám pocit, že sem to přivolal. Od té doby to jde se mnou z kopce...“). Prarodiče vychovávali 5 klientů, protože je jejich vlastní rodiče odmítli a dávali jim najevo, že jsou nechtěné a nestarali se o ně. (Klient 2027 si vzpomíná „...starala se o nás babička s dědou. Jsme tři sourozenci. Já jsem se mámě narodil v jejich 16 letech, neuměla se o nás postarat, ani o jednoho, tak nás jen vychovávala babička a ji jsme občas vídali, neměla o nás nijak velký zájem...“).

● 3 / 5 Zkušenost s jinými návykovými látkami

Klientů jsme se doptávali na jejich zkušenosti s jinými návykovými látkami, než je hraní. Výsledky z rozhovoru prezentujeme v *tabulce 4*.

Zajímavé je srovnání prevalence užívání návykových látek u sledovaného souboru hráčů a obecné populace. Výzkumný soubor vykazuje výrazně vyšší četnosti v celoživotní prevalenci ve srovnání s obecnou populací, a to až o desítky procent. Více se daty zabýváme v následné diskuzi.

Tabulka 5 / Table 5

Užívání sledovaných drog muži ve věku 15–64let v obecné populaci ČR
Use of specific drugs by men aged 15–64 in the general population of the Czech Republic

Typ návykové látky	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 30 dnech
Alkohol	91,9 %	76,3 %
Tabák	74,6 %	46,5 %
Marihuana	30,8 %	4,4 %
Pervitin, amfetaminy	3,1 %	-
LSD	2,6 %	-
Kokain	1,8 %	0,2 %
Extáze	8,1 %	0,2 %
Heroin	1,3 %	0,2 %

Zdroj: (Mravčík et al., 2012)

Source: (Mravčík et al., 2012)

Pro srovnání našich dat s užíváním návykových látek v obecné populaci uvádíme *tabulku 5*.

V diskuzi se zabýváme interpretacemi a úvahami o zjištěných datech.

● 4 DISKUZE

Nejčastějším typem hry je hraní na VLT automatech. To v našem souboru dominuje jako primární herní záležitost. Ve velké míře se objevuje i sázení na sportovní výsledky, sázení na čísla a loterii. To potvrzuje i Nábělek et al., (2000), který ve svém výzkumu popisuje nejčastější typ hraní na automatech.

Věkové rozdělení našeho souboru zahrnuje všechny věkové kategorie. Největší četnost však najdeme v rané dospělosti do 35 let. Najdeme zde dva vrcholy křivky, jeden vrchol od 19–25 let, druhý od 26 let do 35 let. Největší koncentrace hráčů v našem souboru je tedy do 35 let. To opět dokládá i studie (Nábělek et al, 2000). Nechanská (2011) uvádí, že od roku 2005 byl nejvyšší podíl hospitalizací ve věkových skupinách 25–29 let a 30–34 let (22 %, resp. 18 %), mladist-

ví do 20 let tvořili 2 %. V roce 2011 bylo hospitalizováno necelých 18 % pacientů ve věku 25–29 let a více než 16 % ve věku 30–34 let. K nárůstu počtu hospitalizací v roce 2011 proti roku 2005 došlo u věkové skupiny 15–19 let, a to téměř na dvojnásobek. U ostatních věkových skupin je meziroční srovnání vzhledem k malému počtu případů dost obtížné. Naše věkové zastoupení tedy odpovídá celorepublikovému trendu. Výzkumy v Severní Americe, Evropě a Austrálii dokazují trend, že mladí lidé hrají více jak starší dospělí (Petry & Steinberg, 2005; Shaffer et al., 1999). Jiné studie dokazují, že pokud člověk začne v útlém věku hrát hazardní hry, tak mohou progredovat do závažnějších problémů (Ladouceur, 1991; Volberg, 1994). Zároveň však stojí za diskuzi, jak je to v celé populaci aktivních hráčů oproti populaci hráčů, co se léčí ambulantní či pobytovou formou.

Největší zastoupení klientů dle krajů jsou v naší studii kraje Moravskoslezský, Zlínský a Olomoucký. Nechanská (2012) popisuje, že v roce 2011 byl nejvyšší přepočtený počet pacientů na obyvatele kraje v Moravskoslezském (7,9 pacienta na 100 tisíc obyvatel kraje) a v Olomouckém kraji (6,4 pacienta). Nejnižší byl tento ukazatel v Kraji Vysočina (2,5 pacienta) a v Praze (4,1 pacienta).

V našem výzkumu jsme pracovali pouze s muži. Nepopíráme hraní u žen, ale vzhledem k menšímu zastoupení žen v rámci pobytových léčeb oproti mužům jsme se soustředili pouze na mužské pohlaví. Malé zastoupení žen v pobytové léčbě popisuje i (Nechanská, 2011). Nábělek (2000) potvrzuje, že patologickému hráčství dominují muži. Ve studiích realizovaných v Severní Americe bylo prokázáno, že muži hrají více jak ženy (Ladouceur 1991; Nower, Derevensky & Gupta 2004). Je důležité vycházet z kvalitních prevalenčních dat, abychom tato data mohli porovnávat. Vliv mužského pohlaví, míra problémového hráčství a věk se může vzájemně ovlivňovat (Gupta & Derevensky, 1998; Stinchfield, 2000). Prevalence hráčství u mladých mužů je přibližně třikrát vyšší než u žen (Hraba & Lee, 1996). Významný rozdíl v procesu hráčství u mužů a žen hraje „teleskopický efekt“. U žen je kratší interval mezi začátkem hraní a přiznáním si problému s hraním (Grant & Kim, 2002; Ladd & Petry, 2003; Tavares et al., 2001). Jak dokazuje španělská studie, ženy hrají excesivněji a rychleji propadají do problému s hazardem (Ibanez et al., 2003).

Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání participantů, ukázalo se, že sledovaný soubor dle srovnání dat z ČSÚ (2013) dramaticky neliší od vzdělanostní struktury v ČR. Zároveň je však vidět trend předčasného vypadávání ze vzdělávacího procesu, což se projevuje v nižším zastoupení SŠ s maturitou a VŠ v souboru léčených klientů. Také to může být způsobeno tím, že vzdělanější lidé se do léčby z nějakého důvodu nedostávají nebo mohou volit jiné formy léčby. Nábělek (2000), ve svém výzkumu potvrzuje stejné nejčastější zastoupení střední školy.

Polovina souboru uvádí nějaké vážnější zdravotní obtíže a 71 sledovaných klientů (51 %) se cítí být zdravo, když pomineme současné léčení na diagnózu F63.0. Invalidní důchod I. až III. stupně pobíralo dle ČSÚ v roce 2011 celkem 341 390 osob, což činí cca 6 % z celkového počtu 7 188 211 občanů v produktivním věku 15–64 let. U našeho souboru jsme došli k údaji 12,2 % (17 participantů ze 139). Vzhledem k tomu, že nás soubor je spíše mladší, dá se říci, že je zde náznak zvýšené míry invalidizace u sledovaného souboru patologických hráčů. Důvody jsou jak psychického rázu, tak v důsledku úrazů. Nemáme ovšem podklady k jakýmkoliv spekulacím o směru kauzality u této podskupiny. Nevíme, zda k invalidizaci dochází až v důsledku hraní či přidružených problémů, nebo je invalidita rizikovým faktorem pro vznik hráčského problému.

Co se týká vykonávaného povolání hráčů, nejvíce jsme se setkávali s montážními dělníky, dělníky pracujícími na směnném provozu, obsluhou strojů či zámečnickými, dále kuchař/číšník, obchodní zástupci, řidiči nákladních vozů, taxikáři. Profesionální sportovci (fotbal, hokej) a krupiéři v kasinech nebo obsluha v herně. Můžeme tedy říci, že se jedná o velmi riziková povolání. To dokládá i literatura např. Nešpor & Scheansová (2008) popsali, že některé profese jsou ve vztahu k závislosti rizikovější než jiné. K rizikovým faktorům patří např. stres, nedostatečný dohled nadřízených, velké částky peněz, které jsou pracovníkovi snadno dostupné. K velmi nebezpečným zaměstnáním patří i práce v hernách, kasinech či restauračních zařízeních, ohrožení jsou i podnikatelé a profesionální sportovci. Problémy s hazardní hrou se ale mohou vyskytnout i u relativně bezpečných zaměstnání a také u invalidních důchodců.

Mnozí participanté popisují těžké dětství, kdy často během dospívání zažívali tělesné tresty, nezájem, přetěžování. Třetina klientů popisuje své dětství jako bezproblémové a pěkné. Vztahem mezi subjektivním popisem dětství a výsledky z dotazníku ECR na vztahovou vazbu se budeme zabývat v dalších článcích. Ve výpovědích se často opakuje téma nefunkční rodiny, zanedbávání či nedodržování hranic ze strany rodičů, což jsou rizikové faktory notoricky známé z mnoha výzkumů závislosti obecně. Toto téma v rozhovoru bylo jedno z nejcitlivějších, kdy klienti popisovali velmi těžké psychické zážitky, doprovázené silnými emocemi. Tato traumata chtějí během své léčby zpracovat. Zahraniční výzkumy dokazují, že dvě třetiny hráčů prodělaly nějaké emoční trauma, 40 % zažilo fyzické násilí a 24 % uvedlo sexuální zneužívání. Většina se jich odehrála v dětství. Traumata byla spojována i s pokusem o sebevraždu, užíváním návykových látek či jinými psychiatrickými problémy (Kausch et al., 2006).

Zajímavé je srovnání prevalence užívání návykových látek u sledovaného souboru hráčů a obecné populace. Výzkumný soubor vykazuje výrazně vyšší četnosti v celoživotní prevalenci ve srovnání s obecnou populací, a to až o desít-

ky procent. Výrazné rozdíly jsou i v současném užívání, resp. prevalenci za posledních 30 dní. Užívání alkoholu v současné době v našem souboru uvedlo 84,2 %, ve srovnání s prevalenční studií (Mravčík, et al., 2012) uvedlo užívání alkoholu v posledním měsíci 76,3 %. Jedná se tedy o velmi vysokou prevalenci v užívání alkoholu. Z celkového souboru popisuje 117 klientů příležitostné užívání, abstinenci od alkoholu uvedlo 12 klientů, jako duální závislost na alkoholu uvedlo 10 klientů. Co se týká užívání tabáku, tak v našem souboru kouří 81,3 %, což je skoro o polovinu více jak ve výzkumu v obecné populaci. Zapálit cigaretu nebo užít jiný tabákový výrobek nezkoušelo 13 klientů. Pro tyto klienty je kouření zbytečné. Je zajímavé pozastavit se nad absencí náhledu na problém, tj. že kouření jim přijde škodlivé, hraní však nikoliv. U užívání marihuany je náš soubor opět vysoce nad hodnotami obecné populace. Z celkového počtu 73 respondentů šlo o jednorázovou zkušenost u 47 klientů. Pravidelné užívání marihuany uvedlo 26 klientů. Závislost na pervitinu uvedlo 30 klientů, u 7 klientů šlo o jednorázovou zkušenost, o experiment. U tohoto velmi rizikového stimulantia jde opět o řádově vyšší četnosti, než v obecné populaci. Užívání heroinu uvedlo 8 klientů. Jednalo se o injekční uživatele. Na heroinu byli závislí. Klienti dříve byli závislí na heroinu, nyní v době intenzivního hraní heroinu neužívali, kombinovali však hraní s alkoholem a nadměrnou konzumací cigaret.

● 5 ZÁVĚRY

Z přehledu literatury vyplývá, že populace patologických hráčů či možná přesněji vyjádřeno lidí majících problémy s hraním hazardních her není v ČR zmapována tak detailně, jak by bylo potřeba. Vzhledem k tomu, o jak závažný společenský problém se jedná, mají adiktologové o této sku-

pině stále poměrně málo informací. Náš výzkum se pomocí detailních rozhovorů a baterie vybraných diagnostických nástrojů pokusil zaplnit některá prázdná místa. V tomto článku jsme se zaměřili na detailní popis výběrového souboru 139 mužů v pobytové léčbě patologického hráčství se speciálním zaměřením na vzdělání, zaměstnání, zdravotní komplikace, rodinné zázemí a zkušenost s návykovými látkami. Soubor vychází ve srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematictější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou. Jedná se zejména o vysokou prevalenci užívání návykových látek, duálních diagnóz či rodinné zátěže.

Role autorů: Autoři Miroslav Charvát, Eva Maierová a Michal Miovský navrhli studii a navrhli design studie. Autorka Eva Maierová sbírala data. Miroslav Charvát a Eva Maierová provedli analýzy a podíleli se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu, navrhli počáteční podobu rukopisu. Autor Michal Miovský dohlížel na analýzy a podílel se na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: Miroslav Charvát, Eva Maierová, and Michal Miovský conceived the study and the study design. Eva Maierová collected the data. Miroslav Charvát and Eva Maierová analysed the data and participated in the interpretation of the data and the preparation of the manuscript – drew up its initial version. Michal Miovský supervised the analyses and participated in the preparation of the manuscript. All the authors participated in the writing of the article and endorsed the final version of the manuscript.

Conflict of interest: The authors report no conflict of interest.

LITERATURA / REFERENCES

- Bagby, R. N., Vachon, D. D., Bulmash, E., Quilty, L.C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22, 191–207.
- Blaszczynski, Z. & Steel, K. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51–71.
- Brennan, K.A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult romantic attachment: an integrative overview*. In J. A. Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Cloninger CR (1999). *Temperament and Character Inventory-Revised*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cunningham-Williams, Cottler, L.B., Compton, W.M., Spitznagel, E.L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis epidemiological catchment area study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.
- ČSÚ (2013). Sčítání lidu, domů a bytů 2011. Obyvatelstvo ve věku 15 a více let podle nejvyššího ukončeného vzdělání, věku, pohlaví a národnosti. [online] [cit. 27. 8. 2013] dostupné z <http://vdb.czso.cz/sldbvo>
- De Rick, A. & Vanheule, S. (2007). Attachment Styles in Alcoholic Inpatients. *Eur. Addict. Res.*, 13, 101–108.
- Flores, P. (2004). *Addiction as an Attachment Disorder*. Oxford.
- Frouzová, M. (2008). Závislost na procesech 237–251. In Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- González-Ibáñez, A., Aymami, M. N., Jiménez, S. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychol. Rep.*, 93, 707–716.
- Grant, J. E., & Kim, S.W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 56–62.
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1998). An empirical examination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14, 17–49.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hraba, J., & Lee, G. (1995). Problem gambling and policy advice: The mutability and relative effects of structural associational and attitudinal variables. *Journal of Gambling Studies*, 11, 105–121.
- Ibanez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295–301.

- Kausch, O., Rugle, L., & Rowland, D. Y. (2006). Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. *American Journal on Addictions*, 15, 35–43.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2002). *PSSI - Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Testcentrum, Praha.
- Ladd, G., & Petry, N. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 202–209.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 36, 27–32.
- Lečbych, M., Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. E-psychologie. *Elektronický časopis ČMPS*, 6, 3, 1-11.
- Lečbych, M. (2013). Kritická úvaha o konceptu závislosti na internetu. *Adiktologie*, 13(1), 54-60.
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických*: Karlovarský kraj. Tišnov: SCAN.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188.
- Maierová, E. (2012). Patologické hráčství na herních automatech v České republice. *Adiktologie*, 12 (4), 334-343.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011* [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, M. (2013). Studie o sociálně-patologických dopadech hazardních her na společnost v ČR. [online] [cit. 11. 9. 2013] dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/studie_o_socialne_patologicky_dopadech_hazardnich_her_na_spolecnost_v_cr
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup s metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nábělek, L., Vongrej, J. & Lóšková, R. (1997). Suicidialita pri syndróme patologického hráčstva. *Česká a slovenská psychiatrie*. roč. 93, č. 2, s. 75-80.
- Nábělek, L., Gromová, S. & Vongrej, J. (2000). Demografický profil hospitalizovaných patologických hráčův. *Alkoholizmus a drogové závislosti* (Protialkoholní obzor), 35, 4-5. s.241-249.
- Nechanská, B. (2012). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2005-2011: Aktuální informace 54*. Praha: ÚZIS.[online]. [cit.14.8.2013]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2005-2011>
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2005). Kolik je v České republice patologických hráčů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101, 8, p. 433–435.
- Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O., Mráčková, E. (2003). Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99, 16–22.
- Nešpor, K., Scheansová, A.(2008). Hazardní hry a pracovní prostředí. *Adiktologie*, 8(4), 350-352.
- Nower, L., Derevensky, J. L. & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation-seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 49–55.
- Petry, N. & Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 226–229.
- Pietrzak, R. H., Ladd, G. T., Petry, N. M. (2003). Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Paediatr. Drugs*, 5, 583–595.
- Pietrzak, R.H., & Petry, N.M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug, and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100, 1183–1193.
- Sacco, P., Cunningham-Williams, R.M., Ostmann, E., Spitznagel, E.L.(2008). The association between gambling pathology and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42, pp. 1122–1130.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Bilt, V., J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369–1376.
- Stinchfield, R. (2000). Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. *Journal of Gambling Studies*, 16, 153–173.
- Tashakkori, A. & Teddlie, Ch. (1998). *Mixed Methodology. Applied Social Research Methods Series*, Volume 46. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beities, F., & Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, 151–159.
- Úřad vlády ČR (2013). *Vláda podpoří léčbu patologických hráčů*. Tisková zpráva. Praha 4.9.2013
- Vacek, J. (1992). Hráčská náruživost. *Československá psychiatrie*, 88, 3–4. p. 170.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237–241.
- Vondráčková, P. & Šmahel, P. (2012). Motivation of MMORPG Players with Addictive Behaviour in Relation to Internet Use. *Adiktologie*, 12 (1), 24-34.
- Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., Tidwell, M.C., Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among US adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 706–712.