

# Léčení patologičtí hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti



MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M.

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

**Citace:** Maierová, E., Charvát, M. (2015). Léčení patologičtí hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti. *Adiktologie*, 15(4), 342–352.

**VÝCHODISKA:** Pobytová léčba patologického hráčství je specifická. Komplikací je např. nedostatečná motivace, nejasný či chybějící náhled anebo psychiatrická komorbidita s jinými diagnózami, zejména pak s poruchami osobnosti. **CÍLE:** Popsat osobnostní profil výběrového souboru léčených patologických hráčů pomocí Inventáře PSSI a srovnat ho s normou populace. Analyzovat základní možné vztahy mezi sledovanými proměnnými, tj. mezi škálami dotazníku PSSI a vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů. **SOUBOR:** Výběrový soubor tvoří 147 mužů hospitalizovaných pro léčbu patologického hráčství v PL Bohnice, Kroměříž a Opava, jejichž průměrný věk je 34,6 let. Validně vyplněných dotazníků bylo 144. **METODY:** Data jsou získána pomocí baterie

klinického osobnostního testu PSSI, dotazníku SOGS, ECR a strukturovaného rozhovoru. Kromě statistických testů na rozdíly jsou data analyzována i exploračními technikami, jako je shluková analýza. **VÝSLEDKY:** Všechny subškály PSSI jsou v průměru minimálně o jednu směrodatnou odchylku vyšší oproti normě. SOGS slabě koreluje se škálami (schizotypní, hraniční, narcistickou) dotazníku PSSI. Prokázal se vztah mezi PSSI a vztahovou vazbou. Prokázal se vztah mezi dotazníkem a např. sebevražednými myšlenkami hráčů, opakovanou léčbou, užíváním jiných návykových látek. **ZÁVĚRY:** Soubor vychází ze srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematičtější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** POBYTOVÁ LÉČBA – PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – VZTAHOVÁ VAZBA – PSSI

Došlo do redakce: 7 / ZÁŘÍ / 2015

Přijato k tisku: 26 / ŘÍJEN / 2015

**Korespondenční adresa:** PhDr. Eva Maierová, Ph.D. / [Maierovaeva@seznam.cz](mailto:Maierovaeva@seznam.cz) / Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, Olomouc 779 00

## ● 1 ÚVOD

Dle zkušeností z klinické praxe i výzkumů je zřejmé, že poruchy osobnosti hrají nezanedbatelnou, ne-li přímo klíčovou, roli při vzniku závislosti. Ovlivňují též průběh léčby a často souvisejí i s porušením abstinence. Samotná léčba závislosti by měla zohledňovat osobnost jedince, a to zejména v případě výskytu vyhraněného osobnostního stylu či přímo komorbidní poruchy osobnosti. Závažnost patologického hráčství souvisí nejen s vážnými psychickými problémy závislého jedince, ale i s destruktivními důsledky v oblasti mezilidských vztahů a rozvojem neblahých ekonomických a kriminálních problémů. Cílem článku je představit výsledky Inventáře stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI běžně užívaného v klinické praxi, který nabízí zajímavý interpretační rámec pro posouzení těchto souvislostí.

Prevalence specifických poruch osobnosti se v různých pramenech výrazně liší, přesto je však zřejmé, že v poslední době vykazuje vzestupnou tendenci. V minulosti se pohybovala kolem 6–9 %, nyní se odhaduje na 11–23 %. Nárůst je vysvětlován rozdílnou metodologií v diagnostice poruch. Klíčové je zřejmě zejména určení hranice mezi vyhraněnou či akcentovanou osobností a poruchou. Clarkin (1998) uvádí celkovou prevalenci poruch osobnosti mezi 10–15 %. Weissman (1993) uvádí celoživotní prevalenci v populaci 10–13 %. Četnost poruch ve vazbě na pohlaví se u jednotlivých diagnostických jednotek různí (Faldyna, 2006), nicméně v našem výzkumu představujeme pouze mužskou část populace patologických hráčů.

V zahraniční literatuře existuje jednoznačný trend hledat a prokazovat vztah mezi poruchami osobnosti a patologickým hráčstvím. Příkladem je národní průzkum v USA. Mezi 43 093 dotázanými dospělými americkými obyvateli vykazovalo dg. patologické hráčství jen 0,42 %, ale 60,8 % z nich mělo zároveň alespoň jednu z poruch osobnosti (Petry, Stinson & Grant, 2005), což je prevalence značně vyšší než v obecné populaci. Souběžně se škodlivým nebo patologickým hráčstvím se tedy vyskytují poruchy osobnosti. Zejména výskyt antisociální poruchy osobnosti, asociálních rysů a delikvence je mezi hráči vyšší a může být skrytým důvodem hráčství (Blasczynski & Nower, 2002). Jak průřezové, tak longitudinální studie dále prokázaly, že s hazardními hrami a škodlivým hráčstvím souvisí impulzivita (Slutske et al., 2005; Toneatto & Nguyen, 2007). K dalším osobnostním a temperamentovým rysům spojeným s hazardním a patologickým hráčstvím patří vyhledávání vzrušujících zážitků (Johannson et al., 2009) a vyhledávání nových podnětů (McCormick et al., 2012). Většina studií se též shoduje, že hráči jsou emočně nestabilní. Toce-Gerstein et al. (2003) rozlišují citově zranitelné problémové hráče, asociální a impulzivní problémové hráče. Brown, Allen & Dowling (2014) popsali poruchy osobnosti, které se nejčastěji u patologických hráčů vyskytují. Jedná se o poruchu antisociální, hraniční, histrionskou a narcistickou. Podle těch-

to autorů se zejména hraniční porucha osobnosti u této populace vyskytuje nejčastěji. Tato porucha je zároveň spojena s nestabilními mezilidskými vztahy, pokřiveným sebeobrazem a výraznou impulzivitou.

Doiron & Mazer (2001) charakterizovali hráče s nedostatkem smysluplných vztahů, s problematickými vztahy a pocity ztráty, kdy včasná léčba může zamezit pokusům „zaplnit tuto prázdnotu“ hraním VLT automatů. To ukazuje na to, že některé poruchy osobnosti mohou být chápány jako poruchy vazby. Pro tyto jedince jsou charakteristické problémy v regulaci blízkosti. Například osoby se závislou poruchou osobnosti cítí silnou potřebu po úzkém kontaktu ke vztahové osobě a hledají neustále její reálnou nebo symbolickou blízkost. Pro lidi s vyhýbavou a hraniční poruchou osobnosti jsou zase charakteristické hyperaktivizující strategie. Objevuje se typický boj mezi přáním mít větší blízkost a defenzivní strategií distancování se od potenciálně odmítavých druhých lidí (Livesley et al., 1990). Se zvýšenou vyhýbavostí v kontextu vztahové vazby je většinou dávana do souvislosti schizoidní a antisociální porucha osobnosti. Tito lidé vnímají druhé lidi s nedůvěrou a nezajímají se o ně. Místo blízkosti je ve vztazích jejich cílem spíše odstup, spokojenost sama se sebou je narušena (Bartholomew et al., 2001). Studie od Brennana, Clarka & Shavera (1998), v níž zkoumali 1 407 studentů, se zabývala souvislostmi mezi typem vazby a poruchami osobnosti. V studii byli jistě vázání studenti skupinou, která měla jednoznačně nejmenší výskyt poruch osobnosti.

Závislost na návykových látkách nebo patologické hráčství, jak již bylo řečeno, mohou mimo jiné být následkem nebo symptomem poruch osobnosti. P. J. Flores (2001) popisuje závislost jako neúspěšný pokus o regulaci emocí a samoléčbu. Většina závislých pacientů má podle něj obtíže, které plynou z narušené schopnosti udržet emoční rovnováhu ve vztazích. Z terapeutické praxe i z výzkumu je dostatečně známo, že kvalitní vztah matky, otce a dítěte v dětství zvyšuje šance jak pro jistou vazbu, tak pro vývoj reflexivních kompetencí (Brisch et al., 2002, Buchheim et al., 1998, Dornes, 1997). Výsledky ze studie o typech vazby u drogově a alkoholově závislých ukazují, že se častěji vyskytuje nejistý a zaujatý typ vazby (Lamott & Pfäfflin, 2008). Výsledky ze studie Fonagy (2003) ukazují, že poruchy vazby nacházíme nejčastěji u drogově závislých.

Studie si klade za cíl popsat osobnostní profil výběrového souboru léčených patologických hráčů pomocí Inventáře PSSI a srovnat ho s normou populace. Dále jsme se pak rozhodli analyzovat základní možné vztahy mezi sledovanými proměnnými, tj. mezi škálami dotazníku PSSI, vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů.

## ● 2 MATERIÁL A METODIKA

Celý výzkum probíhal od září 2012 do srpna 2013 a měl tzv. smíšený design (Tashakkori & Teddlie, 1998). Design celého projektu tvoří poměrně rozsáhlou a komplexní studii, jak z hlediska použitých výzkumných metod, tak samotného sběru dat (Maierová, Charvát & Miovský, 2014). V rámci článku se jedná o dílčí klinickou srovnávací a korelační studii.

Výzkumná otázka č. 1 zní: Jak se liší průměrné hodnoty jednotlivých škál PSSI u výběrového souboru hráčů od normových hodnot?

Níže uvádíme souhrnnou hypotézu pro výzkumný cíl. Na základě teoretické rešerše očekáváme, že výzkumný soubor patologických hráčů bude skórovat výše u všech škál PSSI oproti normě populace. Dle teoretického základu lze očekávat zejména zvýšené skóry na škále borderline, sebe-nestý, závislý, depresivní a disociální. Vzhledem k přehlednosti textu zde všechny hypotézy nevypisujeme. Za X si tedy můžeme dosadit všechny škály z dotazníku PSSI.

**H<sub>1-14</sub>:** Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále X z dotazníku PSSI oproti normě populace.

V rámci druhého cíle pracujeme s výzkumnými otázkami, které mají spíše explorační charakter, proto se nebudeme pouštět do formulace konkrétních hypotéz, i když statisticky de facto testujeme hypotézy o souvislosti dílčích škál osobnostního dotazníku PSSI s hrubými skóry dotazníku SOGS a ECR.

Výzkumná otázka č. 2: Souvisí výsledky osobnostního dotazníku PSSI s výsledky dotazníku na patologické hráčství SOGS?

Výzkumná otázka č. 3: Souvisí výsledky osobnostního dotazníku PSSI s výsledky dotazníku vztahové vazby ECR?

Výzkumná otázka č. 4: Souvisí výsledky osobnostního dotazníku PSSI s dalšími komplikacemi v léčbě?

### ● 2 / 1 Soubor

Výběrový soubor čítá 147 pacientů hospitalizovaných pro léčbu patologického hráčství v psychiatrických nemocnicích (dále i PL) Bohnice, Kroměříž a Opava. Vzhledem k velmi nízkému zastoupení žen v léčbě se jedná pouze o muže. Zastoupení typu her ve výběrovém souboru bylo následující: hraní na automatech a VLT automatech (138; 93,8 %), loterie nebo sázení na čísla (104; 70,7 %), sázky na sportovní výsledky (99; 67,3 %), hraní karet pro peníze (84; 57,1 %), hraní na burze cenných papírů nebo na trhu s komoditami (12; 8,2%). Dále je soubor charakterizován deskriptivními statistikami: věk první zkušenosti s hraním (M=24,53; Me=20; Min=12; Max=58), věk začátku pravidelného hraní (M=24,94; Me=20,5; Min=12; Max=58), věk začátku pocitování vážných problémů plynoucích z hraní (M=30,81; Me=28; Min=13; Max=64) a věk nástupu do současné léčby (M=34,43; Me=32; Min=19; Max=67). Z údajů mimo jiné plyne, že ačkoliv k začátku hraní dochází nejčastěji ve věku kolem dvaceti let, může být první zkušenost situována

prakticky do jakéhokoliv věku, výjimečně i kolem pětapadesáti let. Dále se ukazuje, že mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní v souboru léčených hráčů prakticky neexistuje žádná mezifáze. Zhruba po šesti až osmi letech dochází dle výpovědí účastníků k pocitování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se hráči odhodlali k léčbě. Podrobný popis hráčských kariér a popis souboru jsme uvedli v článku Maierová, Charvát & Miovský (2014 a, b).

Dotazník validně vyplnilo celkem 144 respondentů. Tři nevalidně vyplněné dotazníky byly z analýzy vyloučeny. Tito účastníci vyplnili PSSI takovým způsobem, že bylo zřejmé, že není validní (tj. na dvou a více stránkách vyplnili stále stejnou položku). Setkali jsme se s tím, že u některých účastníků v některých položkách chyběly odpovědi. Vzhledem k tomu, že jde pouze o 5 hodnot, rozhodli jsme se data dopočítat. Little's MCAR test ukázal, že data chybí dle náhodného vzorce, a můžeme je tedy dopočítat pomocí expectation – maximization (EM) algoritmu.

### ● 2 / 2 Metody

První metodou zařazenou do baterie 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. Druhou metodou bylo **PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti** (Kuhl & Kazén, 2002). Tento sebeposuzovací inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti kvantifikuje relativní vyhraněnost osobnostních stylů chápaných jako nepatologické varianty poruch osobnosti, jak jsou popsány v psychiatrických diagnostických manuálech (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10). Dotazník obsahuje 140 položek, které se vztahují k 14 škálám.

Vztahová vazba v interpersonálních vztazích byla zjišťována pomocí české verze škály ECR (Lečbych & Pospíšilíková, 2012), která prostřednictvím 36 položek uplatňuje dimenzionální přístup. Škála vychází z originálu ECR (**Experiences in Close Relationships**) (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) a obsahuje škály vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost. Každá ze škál je tvořena 18 položkami. Psychometrické charakteristiky škály byly s dobrými výsledky ověřeny na souboru 1074 respondentů Seitlem, Charvát a Lečbychem (2015). Obě škály vykazují vysokou vnitřní konzistenci a reliabilitu (Crombachovo  $\alpha$ =,86 resp. ,87; test–retest  $r_{12}$ =,72 resp. ,87).

Klíčová kvalitativní data (jako je výskyt sebevražedných myšlenek, užívání drog při hraní, konflikt se zákonem atp.) užitá v analýze byla získávána pomocí metody **polostrukturevaného interview**, které se zaměřuje zejména na údaje z anamnézy.

Celkový výběrový soubor čítá 147 pacientů hospitalizovaných pro léčbu patologického hráčství v psychiatrických nemocnicích 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 oslovování participantů jsme se řídili principem totálního výběru klientů splňujících kritéria. Více informací naleznete v článku (Maierová, Charvát & Miovský 2014a).

Získávání dat probíhalo v první fázi léčby klientů, tj. přímo v průběhu hospitalizace. Schéma administrace metod bylo následující. Nejdříve klienti vyplňovali dotazníky, až poté jsme realizovali interview. Osm klientů se rozhovoru neúčastnilo z důvodu toho, že léčbu mezitím přerušili. Celá studie měla anonymní charakter. Respondenti byli obeznámeni s jejich právy a pravidly studie, všichni podepisovali informovaný souhlas. Možnosti odstoupit od výzkumu využili dva klienti. Autoři dodrželi všechny etické aspekty výzkumu.

### ● 3 VÝSLEDKY

#### ● 3 / 1 Osobnostní profil souboru dle dotazníku PSSI a jeho srovnání s normou populace

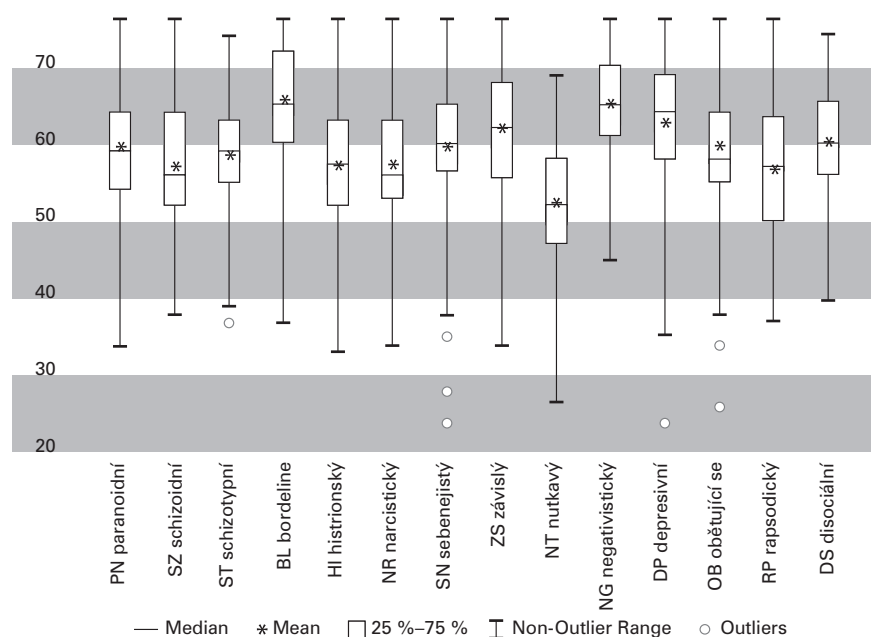
V grafu 1 jsou zobrazeny průměrné výsledky v T-skórech pro celý výběrový soubor za jednotlivé škály ve srovnání se střední hodnotou normového souboru. Hodnota 50 je norma pro zdravou populaci. Na první pohled je zřejmé, že celý soubor průměrně skóroval nad normou běžné populace. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průmě-

rem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP). A jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Z krabicových grafů lze však také vyčíst, že někteří participanté se vymykali průměru souboru, což naznačují hodnoty outliers. V jednotlivých grafech nalezneme 50 % výběrového souboru v rámci krabičky vymezené dolním (25 %) a horním (75 %) kvantilem. Mimo krabičku nalezneme 25 % hodnot vyznačených anténami směrem dolů pod normu a 25 % směrem nahoru. Ojedinelé nízké hodnoty respondentů jsou např. ve škále nutkavý (NT).

Pro vlastní testování souboru hypotéz jsme použili jednovýběrové t-testy. Můžeme konstatovat, že všechny aplikované t-testy prokázaly statistickou významnost. Hypotézy  $H_1$  až  $H_{14}$  tedy přijímáme. Podrobné výsledky uvádíme v tabulce 1.

Vzhledem k tomu, že všechny výsledky jsou statisticky významné, zajímalo nás, zdali jsou také klinicky významné. Proto jsme pro jednotlivé výsledky vypočítali i velikost účinku sledovaných rozdílů (tzv. effect size) pomocí Cohenova d. U škály nutkavosti (NT) můžeme konstatovat, že se jedná o malou klinickou významnost. U škály histrionský (HI), narcistický (NR) a rapsodický (RP) se jedná o střední klinickou významnost. V ostatních škálách, tj. paranoidní (PN), schizoidní (SZ), schizotypní (ST), borderline (BL), sebenejistý (SN), závislý (ZS), negativistický (NG), depresivní (DP), obětující se (OB), disociální (DS), se jedná o velkou klinickou významnost, která je dána velikostí rozdílu téměř jedné směrodatné odchylky nebo více.

Průměrné výsledky vypočítané pro celý soubor ve srovnání s normou mohou být ovšem zavádějící při individuál-



Graf 1 / Graph 1

Srovnání výsledků dotazníku PSSI s normou v T-skórech (N=144)

Comparison of PSSI results with the norm using T-scores (N=144)

**Tabulka 1 / Table 1**

Výsledky testování hypotéz o odlišnosti průměrů výběrového souboru od normy ve všech škálách PSSI (N=144)

*Testing the hypothesis about the sample means being different from the norm on all the PSSI scales (N=144)*

| Škály                    | M     | SD   | SEM  | CI<br>-95% | CI<br>+95% | M normy | t     | s.v. | p     | Cohenovo d |
|--------------------------|-------|------|------|------------|------------|---------|-------|------|-------|------------|
| <b>PN</b> paranoidní     | 59,08 | 7,47 | 0,62 | 57,9       | 60,3       | 50      | 14,60 | 143  | 0,000 | 1,22       |
| <b>SZ</b> schizoidní     | 57,44 | 8,15 | 0,68 | 56,1       | 58,8       | 50      | 10,95 | 143  | 0,000 | 0,91       |
| <b>ST</b> schizotypní    | 58,60 | 7,24 | 0,60 | 57,4       | 59,8       | 50      | 14,25 | 143  | 0,000 | 1,19       |
| <b>BL</b> borderline     | 65,13 | 7,47 | 0,62 | 63,9       | 66,4       | 50      | 24,32 | 143  | 0,000 | 2,03       |
| <b>HI</b> histrionský    | 56,86 | 9,33 | 0,78 | 55,3       | 58,4       | 50      | 8,82  | 143  | 0,000 | 0,74       |
| <b>NR</b> narcistický    | 57,09 | 9,14 | 0,76 | 55,6       | 58,6       | 50      | 9,31  | 143  | 0,000 | 0,78       |
| <b>SN</b> sebenejistý    | 59,82 | 8,99 | 0,75 | 58,3       | 61,3       | 50      | 13,11 | 143  | 0,000 | 1,09       |
| <b>ZS</b> závislý        | 61,61 | 8,71 | 0,73 | 60,2       | 63,0       | 50      | 15,99 | 143  | 0,000 | 1,33       |
| <b>NT</b> nutkavý        | 52,37 | 7,34 | 0,61 | 51,2       | 53,6       | 50      | 3,87  | 143  | 0,000 | 0,32       |
| <b>NG</b> negativistický | 65,21 | 7,05 | 0,59 | 64,0       | 66,4       | 50      | 25,90 | 143  | 0,000 | 2,16       |
| <b>DP</b> depresivní     | 62,48 | 8,87 | 0,74 | 61,0       | 63,9       | 50      | 16,88 | 143  | 0,000 | 1,41       |
| <b>OB</b> obětující se   | 59,43 | 8,73 | 0,73 | 58,0       | 60,9       | 50      | 12,96 | 143  | 0,000 | 1,08       |
| <b>RP</b> rapsodický     | 56,42 | 7,99 | 0,67 | 55,1       | 57,7       | 50      | 9,65  | 143  | 0,000 | 0,80       |
| <b>DS</b> disociální     | 60,36 | 7,26 | 0,60 | 59,2       | 61,6       | 50      | 17,13 | 143  | 0,000 | 1,43       |

Legenda: Výsledky jsou uvedeny v T-skóru; M=průměr, SD=směrodatná odchylka, N=velikost souboru, SEM=střední chyba průměru, CI=interval spolehlivosti, M normy=průměr normy populace, t=testové kritérium jednovýběrového t-testu, s.v.=stupně volnosti, p=hladina významnosti, Cohenovo d=velikost účinku.

Legend: The results are indicated as T-scores; M=mean, SD=standard deviation, N=sample size, SEM=standard error mean, CI=confidence interval, M norms=population norm means, t=one-sample t-test criterion, s.v.=degrees of freedom, p=level of significance, Cohen's d=effect size.

**Tabulka 2 / Table 2**

Výsledky Pearsonových korelací hrubých skóre PSSI (x) a SOGS (y) (N=144)

*Pearson's correlations between PSSI (x) and SOGS (y) raw scores (N=144)*

| Škály PSSI     | $r_{xy}$       | $r^2$        | p            |
|----------------|----------------|--------------|--------------|
| paranoidní     | -0,058         | 0,003        | 0,486        |
| schizoidní     | -0,007         | 0,000        | 0,932        |
| schizotypní    | <b>0,170*</b>  | <b>0,029</b> | <b>0,041</b> |
| hraniční       | <b>0,213*</b>  | <b>0,045</b> | <b>0,011</b> |
| histrionský    | 0,163          | 0,027        | 0,051        |
| narcistický    | <b>0,242**</b> | <b>0,058</b> | <b>0,004</b> |
| sebenejistý    | 0,051          | 0,003        | 0,544        |
| závislý        | 0,132          | 0,017        | 0,114        |
| nutkavý        | -0,024         | 0,001        | 0,776        |
| negativistický | 0,159          | 0,025        | 0,057        |
| depresivní     | 0,020          | 0,000        | 0,808        |
| obětující se   | 0,127          | 0,016        | 0,128        |
| rapsodický     | -0,044         | 0,002        | 0,602        |
| disociální     | 0,164          | 0,027        | 0,050        |

Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ Legend: \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabulka 3 / Table 3**

Výsledky Pearsonových korelací hrubých skóre PSSI a ECR  
*Pearson's correlations between raw PSSI and ECR scores*

| Odstupňování závažnosti problémů |                   |                |            | Vztahová vyhýbavost (Avoidance) |              |              | Vztahová úzkostnost (Anxiety) |              |              |
|----------------------------------|-------------------|----------------|------------|---------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|--------------|--------------|
| styl                             | jednostrannost    | porucha        | Škála PSSI | $r_{xy}$                        | $r^2$        | p            | $r_{xy}$                      | $r^2$        | p            |
| nedůvěřivý                       | svéhlavý          | paranoidní     | PN         | 0,007                           | 0,000        | 0,933        | 0,105                         | 0,011        | 0,210        |
| rezervovaný                      | chladný           | schizoidní     | SZ         | <b>0,703**</b>                  | <b>0,495</b> | <b>0,000</b> | 0,093                         | 0,009        | 0,268        |
| intuitivní                       | mýtický           | schizotypní    | ST         | 0,014                           | 0,000        | 0,863        | <b>0,191*</b>                 | <b>0,037</b> | <b>0,022</b> |
| impulzivní                       | vrtkavý           | borderline     | BL         | <b>0,254**</b>                  | <b>0,064</b> | <b>0,002</b> | <b>0,580**</b>                | <b>0,337</b> | <b>0,000</b> |
| příjemný                         | předvádějící se   | histrionský    | HI         | <b>-0,462**</b>                 | <b>0,213</b> | <b>0,000</b> | -0,021                        | 0,000        | 0,800        |
| ctižádostivý                     | sebestředný       | narcistický    | NR         | -0,152                          | 0,023        | 0,068        | <b>0,201*</b>                 | <b>0,040</b> | <b>0,016</b> |
| sebekritický                     | pochybovačný      | sebenejistý    | SN         | <b>0,439**</b>                  | <b>0,192</b> | <b>0,000</b> | <b>0,486**</b>                | <b>0,236</b> | <b>0,000</b> |
| loajální                         | přichylný         | závislý        | ZS         | -0,060                          | 0,004        | 0,472        | <b>0,696**</b>                | <b>0,484</b> | <b>0,000</b> |
| pečlivý                          | perfekcionistický | nutkavý        | NT         | -0,063                          | 0,004        | 0,451        | 0,028                         | 0,001        | 0,739        |
| kritický                         | umíněný/zatrpký   | negativistický | NG         | 0,100                           | 0,010        | 0,234        | <b>0,375**</b>                | <b>0,140</b> | <b>0,000</b> |
| klidný                           | utlumený          | depresivní     | DP         | <b>0,341**</b>                  | <b>0,116</b> | <b>0,000</b> | <b>0,496**</b>                | <b>0,246</b> | <b>0,000</b> |
| ochotný                          | obětavý           | obětující se   | OB         | 0,105                           | 0,011        | 0,212        | <b>0,510**</b>                | <b>0,260</b> | <b>0,000</b> |
| optimistický                     | příkrášlující     | rapsodický     | RP         | <b>-0,381**</b>                 | <b>0,145</b> | <b>0,000</b> | 0,044                         | 0,002        | 0,601        |
| sebejistý                        | bezohledný        | disociální     | DS         | <b>-0,176*</b>                  | <b>0,031</b> | <b>0,035</b> | -0,028                        | 0,001        | 0,739        |

Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Legend: \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

ním posouzení. Vzhledem k rozložení dat patrnému z krabice-  
vých grafů je jasné, že ne všichni participanti by se svým vý-  
sledkem k této průměrné hodnotě celého souboru přibližovali.

### ● 3 / 2 Vztahy mezi dotazníkem PSSI a dotazníkem SOGS

Zajímalo nás, zda existují nějaké významné vztahy mezi  
škálami osobnostního dotazníku PSSI a celkovým výsled-  
kem dotazníku SOGS. Pracovali jsme s hrubými skóre škál  
dotazníků. V *tabulce 2* uvádíme výsledky Pearsonových ko-  
relací hrubých skóre dotazníku PSSI a celkového skóre do-  
tazníku SOGS. Celkový počet 144 respondentů odpovídá  
počtu validně vyplněných dotazníků. Vyznačeny jsou kore-  
lace, které vyšly jako statisticky významné na hladině vý-  
znamnosti  $\alpha=0,05$ . Šlo o škály schizotypní, hraniční, narcis-  
tický. Můžeme tedy konstatovat, že SOGS slabě koreluje  
s těmito škálami dotazníku PSSI. Čím vyšší mají jedinci  
hodnoty na škále schizotypní, hraniční a narcistický, tím  
vyšších hodnot dosahují v dotazníku SOGS. Korelace jsou  
však slabé a prezentované škály vysvětlují tedy jenom ma-  
lou část rozptylu výsledků dotazníku SOGS. Např. u škály  
schizotypní je to pouze 2,9 %, u škály hraniční 4,5 % a u šká-  
ly narcistický 5,8 % rozptylu SOGS. Sledované korelace  
jsou ovšem počítány jen u zkoumaného souboru patologic-  
kých hráčů a ne z celé populace. Tudíž je zde velmi omezena  
variabilita výsledků, což může vysledované korelace spíše  
podhodnocovat.

### ● 3 / 3 Vztahy mezi dotazníkem PSSI a dotazníkem ECR

V *tabulce 3* uvádíme výsledky Pearsonových korelací z hru-  
bých skóre dotazníku PSSI a hrubých skóre ECR. V tabulce  
jsme vyznačili ty korelace, které se ukázaly jako statisticky  
významné minimálně na pětiprocentní hladině významnos-  
ti. Slabé, střední, ale i vysoké korelace jsme našli mezi  
osobnostním dotazníkem PSSI a dotazníkem vztahové vaz-  
by ECR. Opět zde ovšem může fungovat omezení variability  
sledovaného souboru. Dále interpretujeme pouze význam-  
né/silné a střední korelace. Jedná se o silné korelace na šká-  
le schizoidní se škálou avoidance, škále závislý se škálou  
anxiety. Střední korelace jsme našli mezi škálami hranič-  
ní a anxiety, negativní korelace mezi škálami histrionský  
a avoidance, pozitivní korelace mezi škálou sebenejistý  
a oběma škálami ECR, dále mezi škálami depresivní a obě-  
tující se a škálou anxiety. V tabulce jsou však zřetelné i sla-  
bé korelace. Opět dle hodnoty korelačního koeficientu  
umocněného na druhou lze interpretovat procentuální část  
rozptylu, kterou korelace vysvětluje. U nejsilnějšího vztahu  
mezi schizoidním typem dle PSSI a škálou avoidance z ECR  
se jedná o 50 % vysvětleného rozptylu.

### ● 3 / 4 Vztahy mezi dotazníkem PSSI a ostatními ukazateli

K analýze souvislostí komplikujících faktorů v léčbě jsme  
přistoupili tak, že jsme si celkový soubor  $N=136$  participan-

Tabulka 4/ Table 4

Přehled statisticky významných t-testů srovnávajících průměry škál PSSI mezi skupinami nevykazujícími (0) a vykazujícími (1) komplikující faktor v léčbě (N = 136)  
 Overview of statistically significant t-tests comparing the PSSI scale means between the groups that did not report (0) and reported (1) complicating factors in treatment (N = 136)

| Typ komplikace v léčbě:         |    | M (0) | M (1) | t     | p     | N (0) | N (1) | SD (0) | SD (1) |
|---------------------------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| <b>Sebevražedné myšlenky</b>    |    |       |       |       |       |       |       |        |        |
| borderline                      | BL | 61,79 | 66,23 | -3,24 | 0,001 | 39    | 97    | 8,17   | 6,79   |
| histrionský                     | HI | 59,26 | 55,46 | 2,15  | 0,033 | 39    | 97    | 10,93  | 8,58   |
| sebenejistý                     | SN | 57,18 | 61,01 | -2,30 | 0,023 | 39    | 97    | 10,96  | 7,73   |
| negativistický                  | NG | 62,54 | 65,89 | -2,59 | 0,011 | 39    | 97    | 6,06   | 7,09   |
| depresivní                      | DP | 58,44 | 64,05 | -3,57 | 0,000 | 39    | 97    | 9,51   | 7,75   |
| rapsodický                      | RP | 58,44 | 55,31 | 2,11  | 0,037 | 39    | 97    | 8,92   | 7,32   |
| <b>Konflikt se zákonem</b>      |    |       |       |       |       |       |       |        |        |
| histrionský                     | HI | 54,76 | 58,69 | -2,47 | 0,015 | 74    | 62    | 9,32   | 9,18   |
| disociační                      | DS | 58,89 | 61,73 | -2,33 | 0,021 | 74    | 62    | 7,48   | 6,56   |
| <b>Drogy při hraní</b>          |    |       |       |       |       |       |       |        |        |
| histrionský                     | HI | 55,79 | 63,77 | -2,99 | 0,003 | 123   | 13    | 9,33   | 7,28   |
| narcistický                     | NR | 56,11 | 62,92 | -2,63 | 0,010 | 123   | 13    | 9,05   | 6,99   |
| rapsodický                      | RP | 55,77 | 60,31 | -1,99 | 0,049 | 123   | 13    | 7,64   | 9,48   |
| <b>Jiná psychiatrická léčba</b> |    |       |       |       |       |       |       |        |        |
| borderline                      | BL | 63,95 | 68,35 | -2,97 | 0,004 | 105   | 31    | 7,60   | 5,90   |
| narcistický                     | NR | 55,93 | 59,58 | -1,99 | 0,049 | 105   | 31    | 8,96   | 9,04   |
| sebenejistý                     | SN | 58,86 | 63,48 | -2,60 | 0,011 | 105   | 31    | 9,01   | 7,66   |
| závislý                         | ZS | 60,13 | 64,65 | -2,63 | 0,010 | 105   | 31    | 8,58   | 7,79   |
| negativistický                  | NG | 63,84 | 68,61 | -3,49 | 0,001 | 105   | 31    | 6,90   | 5,86   |
| depresivní                      | DP | 60,89 | 67,71 | -4,08 | 0,000 | 105   | 31    | 8,80   | 5,51   |
| <b>Předchozí léčba F 63.0</b>   |    |       |       |       |       |       |       |        |        |
| borderline                      | BL | 63,46 | 66,41 | -2,34 | 0,021 | 67    | 69    | 7,76   | 6,90   |
| depresivní                      | DP | 60,60 | 64,23 | -2,50 | 0,014 | 67    | 69    | 9,07   | 7,86   |
| obětující se                    | OB | 57,30 | 60,87 | -2,46 | 0,015 | 67    | 69    | 8,39   | 8,51   |

Legenda: Hodnoty škál PSSI jsou uvedeny v T-skóru; M=průměr, SD=směrodatná odchylka, N=velikost souboru, p=hladina významnosti, t=testové kritérium dvouvýběrového t-testu, 0=neuvedl komplikující faktor, 1=uvedl komplikující faktor.

Legend: The PSSI scale values are indicated as T-scores; M=mean, SD=standard deviation, N=sample size, p=level of significance, t=two-sample t-test criterion, 0=not reporting any complicating factors, 1=reporting complicating factors.

tů, kteří odpověděli na otázky v anamnestickém rozhovoru, rozdělili na ty, kteří vykazují (1) a nevykazují (0) danou komplikaci. Dále jsme tyto skupiny porovnávali dvouvýběrovými t-testy pro každou škálu inventáře PSSI. V tabulce 4 uvádíme pouze statisticky významné a zajímavé výsledky. Sledujeme vždy, která skupina má vyšší průměr (M) v T-skóru a na které škále. Většinou jde o skupinu vykazující komplikující faktor. Nejčastěji se v tabulce vyskytuje typ borderline, histrionský a depresivní, opakovaně pak typ narcistický, sebenejistý a rapsodický. V případě sebevražedných pokusů, alkoholu při hraní, výskytu deprese, invalidního důchodu se žádné rozdíly mezi těmito skupinami na škálách PSSI neprojevovaly.

#### ● 4 DISKUZE

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 (Mravčík et al., 2015; Nechanská, 2013). 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 mohou vzájemně ovlivňovat (Gupta & Derevensky, 1998; Stinchfield, 2000). Prevalence hráčství je

u mladých mužů přibližně třikrát vyšší než u žen (Hraba & Lee, 1995).

Celý sledovaný výzkumný soubor v inventáři PSSI průměrně skóroval nad normou běžné populace. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP) a jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Výsledky jsou klinicky významné dle Cohena d. Zároveň se nám potvrdilo, že jsou patologičtí hráči impulzivní, emočně nestabilní a tendují k poruchám osobnosti. To potvrzují i níže citované studie. Blasczynski & Nower (2002) popsali častější výskyt antisociální poruchy osobnosti. Dotazník PSSI prokázal přítomnost disociálních rysů. Výskyt impulzivity prokázali (Slutske et al., 2005; Toneatto & Nguyen, 2007). Meyer (1991) identifikoval 4 typy hráčů. Většina studií se shoduje, že hráči jsou emočně nestabilní. Toce-Gerstein et al. (2003) rozlišují citově zranitelné problémové hráče, asociální a impulzivní problémové hráče. Jiné studie, např. Blasczynski & Nower (2002) a Richard & Humphrey (2014), popsali tyto skupiny hráčů. První skupina jsou hráči emočně zranitelní, kteří pomocí hraní dosahují zmírnění preexistující úzkosti, deprese, neschopnosti řešit nepříznivé životní zkušenosti a situace. Druhou skupinou jsou impulzivní hráči, pro které je hraní zdrojem uspokojení potřeb plynoucích z jejich impulzivní osobnosti, důsledkem nízké tolerance k nudě. Vzorec jejich chování lze označit jako vyhledávání nových zážitků. Třetí skupinou jsou hráči, kteří nemají preexistující sklon k impulzivitě nebo jinou psychopatologii, u nich je hraní naučeným podmíněným chováním a na hraní se vyvinul návyk.

Doiron et al. (2001) charakterizovali hráče s nedostatkem smysluplných vztahů, s problematickými vztahy a pocitem ztráty. Včasná léčba může zamezit pokusům „zaplnit tuto prázdnotu“ hraním VLT automatů. Zároveň to potvrzujeme v článku Maierová, Charvát & Miovský (2014a), který popisuje nepřívětivé rodinné prostředí, v němž respondenti vyrůstali a které se mohlo odrazit na jejich vztahové vazbě. Vztahová vazba může být prediktorem pro vznik závislosti a může sehrávat v etiologii závislosti významnou roli. Zároveň se projevuje i v chování a prožívání participantů v léčbě. Jedinci s vysokou vyhybavostí či úzkostností mohou selhávat v terapeutických aktivitách, mohou předčasně z léčby vypadávat a relapsovat. Zároveň budování nových sociálních kontaktů a intimních partnerských vztahů může být pro ně komplikovanější, což opět zvyšuje riziko relapsu.

Korelace osobnostních dotazníků a dotazníku SOGS byla slabá. Je nutné brát v potaz, že sledované korelace jsou však počítány jen u zkoumaného souboru patologických hráčů a ne z celé populace. Tudíž je omezena variabilita výsledků. Na základě rešerše literatury, kterou jsme realizovali, se potvrzuje vztah osobnostních charakteristik, jako je vyhledávání nového, impulzivita, a dotazníkem SOGS. Zá-

roveň se tyto aspekty uplatňují v genezi závislosti hráče. Proto je důležité při léčbě brát tato zjištění v potaz a pracovat s nimi.

Za důležité zjištění považujeme i to, že se potvrdil vztah mezi osobnostními dotazníky a vztahovou vazbou, tj. že se potvrzuje i vztah poruch osobnosti a vztahové vazby. Opět tato zjištění interpretujeme na základě zkoumaného souboru a ne zdravé populace. Zahraniční studie, které zmiňujeme v teoretické části, dokazují vztah poruch osobnosti a vztahové vazby. Jedná se např. o studie (Battle et al., 2004; Paris, 2001; Kring & Werner, 2004; Collins et al., 2004; Mikulincer et al., 2003; Brennan, Clark & Shaver, 1998). V klinické praxi je důležité dále s těmito zjištěními pracovat a uplatňovat je. Respondenti se v rámci léčby patologického hráčství „zbaví“ závislosti, ale narušená vztahová vazba nebo poruchy osobnosti se mohou projevit v jiných oblastech či rizikových aktivitách, které jim znovu mohou začít komplikovat život. V rámci následné péče, terapeutického vztahu, je důležité pracovat s poruchami osobnosti a dalšími osobnostními charakteristikami.

## ● 5 ZÁVĚRY

Ve všech škálách dotazníku PSSI skórovali respondenti signifikantně výše oproti normě. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP) a jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG).

SOGS slabě koreluje se škálami dotazníku PSSI schizotypní, hraniční a narcistický. Vztah mezi osobnostními dotazníky a ECR je silný. Jedná se o silné korelace v PSSI škály schizoidní se škálou avoidance, škály závislý se škálou anxiety. Střední korelace je na škále hraniční se škálou anxiety, negativní korelace škály histrionský se škálou avoidance, pozitivní korelace škály sebenejistý a s oběma škálami ECR, dále škály depresivní a obětující se se škálou anxiety. Projevil se vztah mezi faktory komplikujícími léčbu a osobnostním dotazníkem.

Soubor vychází ve srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematičtější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou. Přínos naší výzkumné práce vidíme v uchopení tématu patologického hráčství z pohledu osobnostních charakteristik a vztahové vazby. Věříme, že na studii lze v budoucnu navázat dalšími studiemi, a cíle tak dále rozpracovávat. Výše uvedené výsledky mohou odborníkům pomoci přizpůsobit program léčby a následně v rámci párování potřeb (matchingu) klientů. Popsané výsledky lze uplatnit jak v ambulantní, tak pobytové léčbě patologických hráčů. Tj. odborníci s těmito koncepty mohou pracovat v terapeutickém vztahu s klienty.

**Role autorů:** Eva Maierová sbírala data a navrhla počáteční podobu manuskriptu. Miroslav Charvát provedl analýzu a podílel se na interpretaci dat. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

**Konflikt zájmů:** Bez konfliktu zájmů.

**The role of the authors:** Eva Maierová collected the data and drafted the initial version of the manuscript. Miroslav Charvát analysed the data and participated in interpreting it. Both authors contributed to the article and approved the final wording of the manuscript.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest involved.

## LITERATURA / REFERENCES

- Bartholomew, K., Kwong, M. J. & Hart, S. D. (2001). Attachment. In: Livesley, J. W. (Eds.). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 196–230. New York.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487–499.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, D. M., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, Ch. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C. (2004). *Childhood maltreatment associated with adult personality disorders*.
- Brennan, K., A., Clark, C., L. & Shaver, P., R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson, J. A., Rholes, W. S. (Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York, 46–76.
- Brisch, K. H., Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Köhler, L. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brown, M., Allen, S., Dowling, N. A. (2014). The application of an etiological model of personality disorders to problem gambling. *Journal of Gambling Studies*. DOI 10.1007/s10899-014-9504-z.
- Buchheim, A., Brisch, K. H., & Kächele, H. (1998). Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48 (3/4), 128–138.
- Clarkin, J. F. (1998). Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*. 4 (4), 91–102.
- Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B. & Feeny, C. B. (2004). Working model of attachment: New developments and emerging themes. In: Rholes, W. S., Simpson, J. A. (Eds.). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. 196–239. New York.
- Doiron, J. P., Mazer, D. B. (2001). Gambling with video lottery terminals. *Qualitative Health Research*. 11 (5), 631–646.
- Dornes, M. (1997). Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (Eds.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart.
- Faldyna, Z. (2006). Specifické poruchy osobnosti. 177–191. In: Bouček et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: UP v Olomouci. Lékařská fakulta.
- Fonagy, P. (2003). Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen. In: Fonagy, P. & Target, M. (Eds.). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Flores, P. J. (2001). *Addiction as an attachment disorder*, 51 (1), 63–81.
- 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 (1), 17–49.
- Hrabá, 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.
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. & Gostestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25 (1), 67–92.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation in psychopathology. In: Philippot, P., Feldman, R. S. (Eds.). *The regulation of emotion*. 359–386. New York.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2002). *Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
- Lamott, F. & Pfäfflin, F. (2008). Bindung, Psychopathologie und Delinquenz. In: Strauss, B. (Eds.). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lečbych, M. & Pospíšilková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6 (3), 1–11.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184–1188.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L. & Jackson, D. N. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal Personality Disorder*, 4 (2), 131–140.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mioviský, M. (2014a). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, 14(1), 30–41.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mioviský, M. (2014b). Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro dg. F 63.0 patologické hráčství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (6), 291–300.
- Meyer, G. (1991). Classification of gamblers from self-help groups using cluster analysis. *Klinische Psychologie Psychopathologie und Psychotherapie*. 39 (3), 261–272.
- McCormick, J., Delfabbro, P., & Denson, L. A. (2012). Psychological vulnerability and problem gambling: An application of Durand Jacob's general theory of addictions to electronic gaming machine playing in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 28 (4), 665–690.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation Emotion*, 27 (2), 77–102.
- Mravčík, V., Rous, Z., Leštinová, T., Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Vlach, T. (2015). *Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v roce 2014*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nábělek, L., Gromová, S. & Vongrej, J. (2000). Demografický profil hospitalizovaných patologických hráčů. *Alkoholismus a drogové závislosti* (Protialkoholní obzor), 35, 4–5. 241–249.
- Nechanská, B. (2013). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2004–2012: Aktuální informace* 50. Praha: ÚZIS.[online]. [cit. 9. 4. 2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/patologicke-hracstvi>.

- 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 (1), 49–55
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry*, 42 (6), 482–487.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564–574.
- Richard, D. C. S. & Humphrey, J. (2014). The conceptualization and diagnosis of disordered gambling. In: Richard, D. C. S., Blaszczynski, A. & Nower, L. (eds.). *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Seitzl, M., Charvát, M. & Lečbych, M. (2015). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). *Česko-slovenská psychologie*. Recenzní řízení.
- Stinchfield, R. (2000). Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. *Journal of Gambling Studies*, 16, 153–173.
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 769–775.
- Tashakkori, A. & Teddlie, Ch. (1998). Mixed methodology. *Applied Social Research Methods Series*, Volume 46. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Toce-Gerstein M, Gerstein D. R. & Volberg R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*. 98 (12), 1661–1672.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Individual characteristics and problem gambling behaviour. In G. Smith, D. C. Hodgins R. & Williams, R. (Eds). *Research and measurement issues in gambling studies*, 279–303. New York: Elsevier.
- Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders. *Journal of Personality Disorder*, 7 (Suppl), 44–62.
- Wiebe, J. M. D. & Cox, B. J. (2001). A profile of Canadian adults seeking treatment for gambling problems and comparisons with adults entering an alcohol treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 46. Issue 5, 418–421.



## ● drogy-info.cz

**webová prezentace Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o legálních a nelegálních drogách a hazardním hraní**

- nová grafická podoba
- informace o výzkumu NMS
- výroční zprávy o drogách a hazardním hraní
- publikace vydávané NMS a sekretariátem RVKPP
- mapa pomoci
- press centrum, novinky, zprávy



Národní monitorovací  
středisko pro drogy  
a závislosti