

Charakteristiky léčených problémových hráčů v ČR: průřezová dotazníková studie



MRAVČÍK, V.^{1,2,3}, ČERNÝ, J.^{1,5}, ROZNEROVÁ, T.², LICEHAMMEROVÁ, Š.^{4,5}, TION LEŠTINOVÁ, Z.¹

¹Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Praha

²Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³Národní ústav duševního zdraví

⁴Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita v Brně

⁵Společnost Podané ruce, o. p. s., Brno

Citace: Mravčík, V., Černý, J., Roznerová, T., Licehammerová, Š., Tion Leštinová, Z. (2015). Charakteristiky léčených problémových hráčů v ČR: průřezová dotazníková studie. *Adiktologie*, 15(4), 322–333.

VÝCHODISKA: Hazardní hraní vede u části hráčů k rozvoji problémového hráčství s významnými zdravotními, sociálními a finančními dopady. **CÍLE:** Popsat charakteristiky problémových hráčů, vývoj hráčské kariéry a sociální, ekonomické a zdravotní souvislosti a dopady patologického hráčství v ČR. **METODA:** Průřezové dotazníkové šetření na souboru osob léčených s diagnózou patologické hráčství (F63.0 podle MKN-10). **SOUBOR:** Celkem bylo v 27 zařízeních poskytujících adiktologické služby nasbíráno 229 rozhovorů. Soubor tvořili převážně muži (93,4 %) s průměrným věkem 34 let. **VÝSLEDKY:** Primární problémovou hrou většiny hráčů v souboru (82,9 %) byla hra na elektronických herních zařízeních (tzv. automatech, EHZ). Celková výše aktuálního dluhu dosáhla v průměru 894 tis. Kč. Z nelegální činnosti pocházelo v průměru 7,6 % zdrojů na hraní. Největší starosti před vstupem do léčby působily finanční problémy (53,6 %), vztahy s blízkými (22,4 %) a zhoršené duševní

zdraví (18,2 %). Ze zdravotních potíží se nejčastěji vyskytovaly nervozita a podrážděnost (67,7 %), úzkostné stavy a nespavost (shodně 59,8 %), sebevražedné myšlenky (41,0 %) a kardiovaskulární problémy (28,4 %). Většina respondentů (83,8 %) pociťovala v průběhu hráčské kariéry hraní jako problém, cca 80 % respondentů se již dříve pokoušelo s hraním přestat, odbornou péči vyhledali za 3 a více let od prvotního pociťování problémů. **ZÁVĚR:** Patologické hráčství je chronické recidivující onemocnění s častým výskytem poruch zdraví a sociálního fungování. Finanční problémy a narušené vztahy s blízkými bývají vnímány jako nejzávažnější a nejčastěji vedou k vyhledání pomoci. V době šetření (2013) měla většina patologických hráčů v léčbě problém s EHZ, do budoucna lze očekávat nárůst problémů v souvislosti s hraním hazardních her on-line. Včasná diagnostika a intervence jsou pro zmírnění dopadů a prevenci progresu patologického hráčství klíčové.

KLÍČOVÁ SLOVA: PROBLÉMOVÉ HRÁČSTVÍ – PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – KOMORBIDITA – SOCIÁLNÍ DOPADY

Došlo do redakce: 1 / ZÁŘÍ / 2015

Přijato k tisku: 20 / ŘÍJEN / 2015

Grantová podpora: Příprava článku byla podpořena prostřednictvím programu institucionální podpory vědy č. PRVOUK-P03/LF1/9 a projektem „Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)“, registrační číslo CZ.1.05/2.1.00/03.0078, financovaným z Evropského fondu regionálního rozvoje.

Korespondenční adresa: MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D. / mravcik.viktor@vlada.cz / Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR, nábř. E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

● 1 ÚVOD

V odborné literatuře i v praxi se používají různá označení problémových forem hraní hazardních her – nadměrné hraní, nezodpovědné hráčství, škodlivé hraní, nutkavé nebo kompulzivní hráčství, problémové hraní, závislost na hazardní hře nebo patologické hráčství apod. Tyto pojmy se navzájem překrývají, mohou se lišit v důrazu na určitý aspekt fenoménu hraní, mohou také odrážet různou míru problémů spojených s hazardním hraním nebo stupeň rozvoje problémů a jsou také výsledkem vývoje náhledu na povahu hráčské poruchy a s tím související terminologii (Abbott et al., 2013; Vacek, 2014; Williams, West & Simpson, 2012). Neal, Delfabbro and O'Neil (2005) definovali problémové hraní jako takové, které se vyznačuje potížemi s omezením času a peněz věnovaných hraní, což vede k rozvoji nepříznivých důsledků pro hráče, další osoby a pro společnost. Problémový hráč hraje nadměrně, má poruchu kontroly svého hráčského chování a zažívá negativní důsledky z toho vyplývající (vážné finanční problémy a ztráty v oblasti tělesného, duševního a sociálního zdraví); ve svém chování pokračuje navzdory těmto důsledkům. Negativní důsledky prožívá také rodina hazardního hráče, jeho blízcí a sociální okolí. Poslední revize Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-5) používá pro problémové formy hazardního hraní termín *hráčská porucha* (*gambling disorder* nebo *disordered gambling*). Pro účely článku (a dalších článků tohoto specializovaného čísla Adiktologie) používáme většinou pojmy problémové hráčství nebo patologické hráčství (druhé jmenované spíše pro závažné či klinicky diagnostikované formy hráčské poruchy).

Patologické hráčství bylo v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nebo DSM-IV zařazeno mezi poruchy impulzivní a ovládnutí. Podle MKN-10 spočívá porucha v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě jedince na úkor hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných (WHO & ÚZIS ČR, 2008). Hráčská porucha se od závislosti na návykových látkách odlišuje výrazným nutkavým charakterem potíží, vtíravostí myšlenek na hru a značným napětím a úzkostí, které se uvolní až hrou, nicméně má se závislostmi na návykových látkách společný neurobiologický podklad a vykazuje řadu společných rysů (bažení, ztrátu kontroly, zanedbávání práce, zálib, rodiny, pokračování navzdory negativním důsledkům). Proto došlo v DSM-5 kromě výše uvedené změny názvu k zařazení hráčské poruchy do společné skupiny „látkové a další návykové poruchy“. Kromě toho došlo ke snížení počtu kritérií z 10 na 9 (bylo vypuštěno to, které se týkalo „páchání nelegálních činů“) a minimální počet kritérií nutných k diagnóze hráčské poruchy (patologického hráčství) se snížil z 5 na 4 (přitom při počtu naplněných kritérií 4–5 je porucha označována jako mírná, 6–7 jako střední, 8–9 jako závažná). Hazardní hráčství na-

plňující 2 až 3 kritéria je označováno jako „v riziku“ (American Psychiatric Association, 2013a, 2013b; Reilly & Smith, 2013). Kritéria DSM-5 se týkají posledních 12 měsíců a jsou jimi:

- 1/ Potřeba hrát se stále vyššími částkami peněz, aby bylo dosaženo žádoucího vzrušení.
- 2/ Neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo se vzdát hraní.
- 3/ Opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo se vzdát hraní.
- 4/ Zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu či přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní).
- 5/ K hraní dochází často při pocitu bezmoci, viny, úzkosti, deprese.
- 6/ Po prohře peněz často snaha druhý den je hraním získat zpět („dohánění ztrát“).
- 7/ Lhaní s úmyslem zastržit rozsah svého hráčství.
- 8/ Ohrožení nebo ztráta významných vztahů, práce nebo příležitosti ke vzdělání a kariéře kvůli hráčství.
- 9/ Spoléhání na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hráčstvím.

Výše uvedená změna DSM v počtu a skladbě kritérií vede pravděpodobně k nižší specificitě diagnostického algoritmu. Zatímco u žen se zdají rozdíly nevýznamné, u mužů mohou zvýšit prevalenci osob klasifikovaných jako problémoví hráči přibližně o čtvrtinu (Temcheff, Derevensky & Paskus, 2011).

Součástí hráčské poruchy jsou typicky kognitivní distorze a tzv. dohánění ztrát. Kognitivní distorze jsou mylné představy a předpoklady týkající se hazardního hraní (pověřivost, iluze kontroly, iluze souvislostí, antropomorfismus, selektivní paměť, racionalizace proher atd.), kvůli kterým hráči věří, že dokážou vysvětlit, kontrolovat nebo předpovídat průběh a výsledek hry (Johansson, Grant, Kim, Odlaug & Götestam, 2009; Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti & Tsanos, 1997). Spirituální rozměr mají tzv. sekundární iluze kontroly, které jsou založeny na přesvědčení o vlivu nadpřirozených sil, ať boha, nebo štěstěny (Ejova, Delfabbro & Navarro, 2013).

Tzv. dohánění ztrát je typický vzorec chování hráčů, kdy v zájmu minimalizace prohry dochází k dalšímu riskování a prohlubování finanční ztráty. Je to dáno tím, že lidé obecně mají tendenci psychologicky přisuzovat větší hodnotu ztrátám než ziskům – v zájmu minimalizace ztráty riskují hráči další a vyšší prohry (Tversky & Kahneman, 1986).

Finanční ztráty a zadluženost jsou významným faktorem podmiňujícím závažnost problémového hráčství zvyšujícím výskyt ostatních negativních dopadů patologického hráčství. Zadluženost je významným motivem sebevražd hráčů, má negativní vliv na zdravotní a sociální situaci hráčů a jejich rodin a bývá pravidelně příčinou pokračování

a relapsu hraní (Downs & Woolrych, 2010; Ladouceur, 2004; Maierová, Charvát & Miovský, 2014a).

Mezi časté zdravotní komplikace spojené s patologickým hráčstvím patří psychiatrická komorbidita, zejména užívání návykových látek a závislost na nich, poruchy nálady, neurotické a psychosomatické poruchy, v menší míře psychotické poruchy nebo poruchy příjmu potravy. Velmi časté u patologických hráčů jsou sebevražedné představy, tendence a pokusy, které mají původ ve vnímání situace (zejména v souvislosti se zadlužením) jako bezvýchodné (Crookford & el-Guebaly, 1998; Erbas & Buchner, 2012; Ferentzy, Wayne Skinner & Matheson, 2013; Ledgerwood & Petry, 2004; Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011; Petry, 2007; Petry, Stinson & Grant, 2005) – viz také článek o sebevražednosti v kontextu psychiatrické komorbidity v tomto čísle (Mravčík, Nechanská, Roznerová, Chomynová & Tion Leštinová, 2015). Problémové hráčství a komorbidita s ním spojená v kombinaci s dalšími zdravotními problémy a negativními sociálními dopady vedou k nižší zdravotně podmíněné kvalitě života problémových hráčů (Scherrer et al., 2005).

Problémové hráče lze rozdělit do následujících tří podtypů (Blaszczynski & Nower, 2002; Richard & Humphrey, 2014):

1/ Emočně zranitelní hráči, kteří pomocí hraní dosahují zmírnění preexistující úzkosti, deprese, neschopnosti řešit nepříznivé životní zkušenosti a situace.

2/ Impulzivní hráči, pro které je hraní zdrojem uspokojení potřeb plynoucích z jejich impulzivní osobnosti, důsledkem nízké tolerance k nudě a vzorec jejich chování lze označit jako vyhledávání nových zážitků (*sensation seeking, novelty seeking*).

3/ Většinu tvoří hráči, kteří nemají preexistující sklon k impulzivité nebo jinou psychopatologii, u kterých je hraní naučeným podmíněným chováním a u kterých se na hraní vyvinul návyk.

Etiologii problémového hráčství lze shrnout v tzv. bio-psycho-sociálním(-spirituálním) modelu závislosti, který integruje faktory biologické, psychické, sociální a faktory specifické týkající se problémového hráčství (Kalina, 2003; Kudrle, 2003a, 2003b; Nábělek & Vongrej, 2003). Hráčskou poruchu lze tak definovat jako vysoce interaktivní vztah mezi jednotlivcem a posilujícími faktory a událostmi, ke kterým při hraní a v souvislosti s ním dochází (Richard & Humphrey, 2014). Hazardní hraní je přítomná potřeba vnímat ve spojitém kontinuu od rekreačního po patologické, přičemž rozdíl mezi problémovým a rekreačním hraním je především v jeho intenzitě (problémoví hráči hrají častěji, déle, utrácejí více) a žádné podstatné kvalitativní kritérium, které by odlišovalo problémové hráče od těch neproblémových pravděpodobně neexistuje (Shaffer, 2014).

Pravděpodobnost, že jedinec bude vyhledávat hazardní hru, případně že se u něj vyvine problémové hráčství, je dána řadou faktorů na individuální, interpersonální a spo-

lečenské úrovni a působením okolí včetně příležitosti k hazardní hře (Abbott et al., 2013; Johansson et al., 2009; Vacek, 2014; Williams et al., 2012). Nižší věk při prvním hraní hazardních her koreluje s vyšší pravděpodobností rozvoje problémového hráčství. Silným prediktorem je např. pohlaví, neboť mezi muži se problémové hráčství vyskytuje více než mezi ženami. Avšak v některých zemích dochází k nárůstu problémového hráčství mezi ženami, což souvisí především se zvýšenou dostupností elektronických herních zařízení (EHZ), tzv. automatů (Volberg & Williams, 2014). Nízká prevalence problémového hraní u žen je pravděpodobně daná i tím, že jde o skrytou skupinu; zatímco muži mají tendenci riskovat pro vzrušení ze hry, u žen může být hraní spíše tzv. únikovou aktivitou, navíc skrývanou před okolím – ženy preferují formy hráčství buď společensky akceptované (loterie), nebo takové, u nichž je možno zachovat soukromí, např. hry na internetu; ženy svoji závislost navíc důsledněji skrývají před rodinou a okolím (Prever et al., 2015; Volberg, 2003). Existují také profesní skupiny ve vyšším riziku rozvoje problémového a patologického hráčství – jsou to např. osoby, které pracují v herním průmyslu, osoby s volnou pracovní dobou, nízkým dohledem a značnou disponibilní hotovostí; sportovní sázení je vyšší mezi sportovci nebo sportovními fanoušky (Abbott et al., 2013; Nelson et al., 2007).

Významným faktorem podílejícím se na rozvoji problémového hráčství je samozřejmě hra samotná. Vlastnosti her (tzv. strukturální charakteristiky) při jejich nepříznivém nastavení zvyšují míru vzrušení ze hry, vyvolávají nutkání hrát a posilují hráčské chování. Patří k nim rychlost hry, výše sázek, výše, struktura a pravděpodobnost výhry, tzv. těsné prohry, vzhled a zvuky apod. Nepříznivými strukturálními charakteristikami se vyznačují zejména EHZ (Abbott et al., 2013; Delfabbro, 2014; Parke & Griffiths, 2007) – blíže viz článek věnovaný odhadům problémového hraní v tomto čísle (Mravčík, Chomynová, et al., 2015).

Patologického hráče je možno charakterizovat jako osobu, která opakovaně činí chybná rozhodnutí na základě kognitivních distorzí (chybných předpokladů a představ o hře) a nutkání a vzrušení vyplývajících z deficitu v systému odměny. Léčba by měla cílit na změny jak v oblasti kognitivních distorzí, tak na redukci a kontrolu bažení v kontextu zlepšení sociálního fungování a sociální podpory (Smith et al., 2013; Volberg & Williams, 2014). Míra vstupu patologických hráčů do léčby je však všeobecně nízká. Důvodem je sklon k řešení problému svépomocí, stud, rozpaky, neochota přiznat si problém a často také nedostupnost léčby nebo nedostatek informací o léčbě a o možnosti léčby (Gainsbury, Hing & Suhonen, 2013; Suurvali, Cordingley, Hodgins & Cunningham, 2009). Jako faktory zhoršující výsledky léčby a zvyšující pravděpodobnost relapsu jsou u patologických hráčů uváděny myšlenky na hru a nutkání, emoční poruchy, tendence k vyhledávání mimořádných prožitků

a řada různých sociálních faktorů, jako jsou absence podpory okolí, nízká míra sociálního fungování nebo nezaměstnanost (Smith et al., 2013).

Tato práce popisuje výsledky průřezové studie mezi léčenými patologickými hráči zaměřené na popis základních sociodemografických a hráčských charakteristik této populace v ČR, na popis jejich hráčského chování a zdravotních, sociálních a finančních dopadů jejich hraní, rizikových faktorů v jejich hráčské kariéře a proces hledání pomoci.

● 2 METODIKA

Šlo o průřezovou dotazníkovou studii na vzorku osob v době sběru dat primárně léčených pro problémy spojené s hazardním hraním. V celé ČR bylo osloveno 105 léčebných zařízení, která podle dostupných zdrojů dat (Sčítání adiktologických služeb, závěrečné zprávy dotačního řízení a další zdroje) poskytují služby patologickým hráčům. Studie se zúčastnilo 27 z nich (25,7 %). Zbýlá zařízení buď neměla patologické hráče v péči (65 zařízení, tj. 61,9 %), nebo nebyla ochotna spolupracovat (13, tj. 12,4 %).

Do studie byly zařazeny osoby léčené s dg. patologické hráčství (dg. F63.0 podle MKN-10) nebo splňující kritéria dg. F63.0, jejichž primárním problémem bylo hazardní hraní, které se zároveň dostavily do zařízení alespoň jednou během uplynulých 12 měsíců a u kterých existoval předpoklad, že se do zařízení dostaví během následujícího měsíce trvání studie. Ukázalo se, že problémem při sběru dat je nízký počet patologických hráčů v léčbě v jednotlivých zařízeních a jejich sporadické návštěvy v ambulantních zařízeních.

Sběr dat probíhal formou osobního rozhovoru v srpnu až listopadu 2013 s využitím papírového dotazníku (PAPI), který byl sestaven NMS pro účely studie a který obsahoval celkem 73 otázek v blocích: úvodní filtr (3 otázky), míra a vzorce hraní hazardních her (11), finance (15), aspekty hraní (15), redukce hraní (14), dopady hraní (6), sociodemografické charakteristiky (9). V úvodním filtru byla položena otázka, zda problémy s hazardním hraním byly hlavním důvodem pro vyhledání odborné pomoci, a dále dvě položky Lie/bet screen (Johnson et al., 1997) – při alespoň dvou kladných odpovědích na tyto 3 otázky byl respondent zařazen do studie. Dále byl pro odhad závažnosti hráčské poruchy použit 9položkový nástroj PGSI (Ferris & Wynne, 2001).

Tam, kde to bylo možné, byly dostupné sociodemografické charakteristiky srovnány s dospělou populací ČR srovnatelného věku (20–39 let) ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011 (Český statistický úřad, 2012b) nebo s věkově srovnatelnou populací celopopulační studie na reprezentativním vzorku dospělé populace ČR zaměřené na užívání návykových látek z r. 2012 – Národní výzkum 2012 (Chomynová, 2013; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SC&C, 2013).

Celkem bylo v 27 zařízeních nasbíráno 229 rozhovorů, min. 1 rozhovor, max. 52 rozhovorů na zařízení (PN Bohni-

Tabulka 1 / Table 1

Sociodemografické charakteristiky respondentů a jejich srovnání s obecnou populací ČR

Sociodemographic characteristics of respondents in comparison with the general Czech population

	Soubor patologických hráčů	Populace ČR 20–39 let
Rodinný stav*		
Svobodný/á, druh/družka	63,8	55,8
Rozvedený/á	17,9	6,9
Ženatý/vdaná	17,9	36,7
Vdovec, vdova	0,4	0,2
Nezjištěno	0,0	0,3
Vzdělání*		
Základní včetně neukončeného	10,9	7,6
Střední vzdělání bez maturity	33,2	29,1
Střední vzdělání s maturitou	42,4	35,6
Vyšší odborné vzdělání	7,4	5,2
Vysokoškolské vzdělání	6,1	16,2
Nezjištěno	0,0	6,3
Ekonomická aktivita*		
Zaměstnaní celkem	64,6	67,8
Nepracující důchodci	1,7	1,2
Nezaměstnaní	28,4	8,2
V domácnosti	0,4	2,6
Žáci, studenti, učni	2,2	7,6
Ostatní s vlastním zdrojem obživy	2,2	4,6
Nezjištěno	0,4	7,9
Výše měsíčního příjmu**		
Bez příjmu	10,0	9,1
Do 5 000 Kč	6,1	6,5
5 001–10 000 Kč	7,0	14,7
10 001–15 000 Kč	18,8	21,8
15 001–20 000 Kč	21,0	24,2
20 001–30 000 Kč	21,4	12,3
Více než 30 000 Kč	5,2	5,3
Neznámo	10,5	6,0

Pozn.: * Srovnáno se Sčítáním lidu, domů a bytů 2011, ** srovnáno s Národním výzkumem 2012.

Note.: * compared with the Population and Housing Census 2011, ** compared with the National Survey 2012.

ce), druhý nejvyšší počet 19 rozhovorů (PN Opava). Studie se nezúčastnilo žádné zařízení ze Středočeského a Plzeňského kraje.

● 3 SOUBOR

V souboru bylo 214 (93,4 %) mužů a 15 (6,6 %) žen ve věku 17 až 68 let, s průměrným věkem 33,7 roku (SD 9,8), muži 35,0 (SD 13,1) a ženy 32,9 (SD 10,5). Významná část souboru spadá jak u mužů, tak u žen do věkového rozmezí 20–39 let.

Vybrané sociodemografické charakteristiky a jejich srovnání s populací ČR ukazuje *tabulka 1*.

Ve službách (zejména v pohostinství) pracovalo 64 (27,9 %) respondentů. Více než polovina souboru pracovala ve vytipovaných profesích, které bývají spojovány se zvýšeným rizikem vzniku patologického hráčství, jako je práce v hernách (11 osob, tj. 4,8 %), krupiéři (3 osoby, tj. 1,3 %), profesionální sportovci (17, tj. 7,4 %). V sektoru pohostinství pracovalo někdy 37 osob (16,2 %).

● 4 VÝSLEDKY

● 4 / 1 Hazardní hraní a preferovaný druh her

Průměrné skóre Lie/bet bylo 1,94 (SD 0,23), tj. téměř u všech respondentů se vyskytly pozitivní odpovědi na obě otázky testu Lie/bet. Podle PGSI se 80,5 % souboru nacházelo v hladině problémového hraní (8 a více bodů), 10,7 % ve střední hladině rizika (3–7 bodů) a 8,8 % souboru v hladině nízkého nebo žádného rizika (2 a méně bodů). Průměr PGSI skóre celého souboru je 14,31 (SD 6,94).

Převážná většina, tj. 189 (82,9 %), patologických hráčů v léčbě uvedla, že hazardní hrou zodpovědnou za patologické hráčství bylo některé z EHZ (tzv. automaty) – *tabulka 2*. Tuto distribuci v zásadě kopírovala míra zkušeností respondentů s různými typy hazardních her před léčbou – elektronické technické hry před léčbou hrálo přes 93,9 % respondentů, denně nebo téměř denně až 74,2 % respondentů. Nejčastěji hranou hazardní hrou poprvé v životě byly výherní hrací přístroje (VHP), loterie a kurzové sázky (dokonce ještě

častěji než drobné soukromé sázky nebo loterie) – *tabulka 3*. Průměrný věk první zkušenosti s hazardním hraním (mimo drobných sázek) byl 19,7 roku (SD 6,73).

Nejčastěji navštěvovaným místem pro hraní hazardních her byly herny (50,4 % respondentů), dále jiné provozovny s EHZ (19,0 %) a kasina (8,0 %), což v zásadě odpovídá preferovaným typům hazardních her v souboru – *tabulka 4*. Přibližně polovina respondentů v typickém herním dni herní zařízení, portály nebo sázkové kanceláře střídala (55,8 %), mírně nižší podíl respondentů hrál naopak stabilně u jednoho zařízení, na jednom portálu, sázel v jedné sázkové kanceláři apod. (41,5 %). Většina hráčů uvedla, že mají stabilní okruh oblíbených míst / provozoven / portálů, na kterých hrají. Přibližně pětina (19,0 %) respondentů herní místa střídala na základě pobídek a bonusů (navýšení vkladu, pití zdarma apod.) nebo podle údajně vyšší možnosti výhry.

Obvyklým časem stráveným hraním v herním dni v posledním roce před léčbou byly 2–4 hodiny (45,8 % souboru), nad 4 hodiny denně trávilo hraním 33,4 % respondentů. V průměru trávili hráči hraním 4,3 hodiny denně, nejvíce hráči na internetu – v průměru 5–6 hodin denně podle typu her a navštěvovaných portálů a z nich nejvíce hráči live sázek a hráči jiných her než kurzových sázek na zahraničních portálech – *tabulka 5*. Více než 12 hodin nepřetržitě v jednom tahu hrálo téměř vždy nebo celkem často podle vlastních výpovědí 18,2 % respondentů. Celkem 69,3 % respondentů uvedlo, že téměř vždy nebo celkem často prosázelo více peněz, než původně zamýšlelo – *tabulka 6*.

Samo hrálo nejraději 77,9 % respondentů (u hráčů na EHZ to bylo 79,8 %), zatímco společnost pro hraní hazardních her raději vyhledávalo 7,1 % respondentů. Hráči spíše neřadí ostatní hráče mezi své nejbližší okolí – 57,2 % respondentů uvedlo, že hráči tvoří menšinu jejich blízkých, nebo nejsou mezi blízkými zastoupeni vůbec.

Tabulka 2/ Table 2

Hazardní hra primárně zodpovědná za vyhledání odborné pomoci – podle kategorie hry a pohlaví
Type of gambling activity responsible for seeking help – by game type and gender

Primární problémová hra – kategorie	Muž		Žena		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
EHZ (VHP, VLT, EMR* atd.)	176	82,6	13	86,7	189	82,9
Sázkové hry v kasinu (např. živá ruleta, karetní hry, kostky)	4	1,9	1	6,7	5	2,2
Karetní turnaje mimo objekt kasina (např. poker, mariáš)	3	1,4	0	0,0	3	1,3
Kurzové sázení v kamenných pobočkách sázkových kanceláří (např. na sportovní utkání, dostihové závody)	9	4,2	0	0,0	9	3,9
On-line kurzové sázky celkem	12	5,6	0	0,0	12	5,3
On-line jiné hry	9	4,2	1	6,7	10	4,4
Celkem	213	100,0	15	100,0	228	100,0

Pozn.: V jednom případě respondent neuvedl pohlaví. *VHP – výherní hrací přístroj, VLT – videoloterijní terminál, EMR – elektromechanická ruleta
Note: In one case, the respondent did not indicate sex. *VHP – slot machines, VLT – video lottery terminals, EMR – electromechanical roulette

Tabulka 3 / Table 3

Poprvé v životě hraná hazardní hra

The first gambling activity ever participated in

Poprvé hraná hazardní hra	Počet	Podíl (%)
Výherní hrací přístroje (VHP, automaty)	111	48,5
Videoloterijní terminály (VLT)	14	6,1
Jiná technická zařízení (ruleta, karetní stůl)	4	1,7
Sázkové hry v kasinu	7	3,1
Karetní turnaje mimo objekt kasina (např. poker, mariáš)	6	2,6
Kurzové sázení v kamenných pobočkách	20	8,7
On-line kurzové sázky u českých provozovatelů	9	3,9
On-line live sázení u různých provozovatelů	2	0,9
Jiné sázkové on-line hry (např. on-line poker, ruleta)	2	0,9
Číselné loterie (např. Sportka, Šťastných 10 atd.)	22	9,6
Okamžité loterie (např. stírací losy)	11	4,8
Drobné sázky s přáteli/rodinou	9	3,9
Bez odpovědi	12	5,2
Celkem	229	100,0

Tabulka 4 / Table 4

Druh nejčastěji navštěvovaného hracího místa (provozovny) v posledním roce před vyhledáním pomoci

Type of gambling premises most frequented in the past year before seeking help

Místo, kde hrál	Počet	Podíl (%)	Platné odpovědi podíl (%)
Veřejné herny s licencí	114	49,8	50,4
Jiné provozovny s automaty	43	18,8	19,0
Kasina	18	7,9	8,0
On-line sázkové portály české	16	7,0	7,1
Sázkové kanceláře	13	5,7	5,8
Soukromé a privátní herny bez licence na herní přístroje	10	4,4	4,4
On-line sázkové portály zahraniční	8	3,5	3,5
Jiné	4	1,7	1,8
Celkem platné odpovědi	226	98,7	100,0
Bez odpovědi	3	1,3	–
Celkem	229	100,0	–

● 4 / 2 Začátek hraní a geneze problémového hraní

Věk prvního hraní primární problémové hry byl 8–65 let, v průměru 23,6 roku (SD 8,9), délka pravidelného hraní primární problémové hry 0–30 let, průměr 7,1 roku (SD 5,5).

První návštěva herní provozovny nebo herního prostředí byla nejčastěji motivována možností výhry, zvědavostí, úmyslem se pobavit nebo zahnat nudu – tyto důvody uvedlo 29,3–56,3 % respondentů. Snadnou dostupnost provozovny jako okolnost první zkušenosti uvedlo 23,1 % respondentů.

Časový vývoj rozvoje problémového hraní a vyhledání pomoci lze schematicky shrnout:

- věk první zkušenosti s hraním hazardní hry (mimo drobných sázek): 19,7 roku (SD 6,73),
- věk prvního hraní primární problémové hry: 23,6 roku (SD 8,9),
- doba pravidelného hraní primární problémové hry: 7,1 roku (SD 5,5),
- věk prvního vyhledání odborné pomoci: 29,9 roku (SD 8,8).

Se začátkem pravidelného hraní spojuje přibližně polovina respondentů výskyt nějaké významné životní události, nejčastěji byly uvedeny vysoká výhra vlastní nebo někoho v okolí (36,1 % respondentů), ale naopak také dluh z předchozího hraní (31,9 %), dále ztráta blízké osoby (27,7 %) ne-

Tabulka 5 / Tabulka 5

Obvyklý čas strávený hraním hazardních her v den, kdy hrál/a, v posledním roce před vyhledáním pomoci – podle primární problémové hry
Usual amount of time spent gambling on a gambling day in the past year before seeking help, by type of primary problem gambling activity

Primární problémová hra – kategorie	Průměr (h)	Směrodatná odchylka	Počet odpovědí v kategorii
On-line jiné hry	6,2	1,80	9
Sázkové hry v kasinu (např. živá ruleta, karetní hry, kostky)	5,9	5,16	5
On-line kurzové sázky celkem	5,2	2,27	12
Karetní turnaje mimo objekt kasina (např. poker, mariáš)	5,0	2,60	3
EHZ (VHP, VLT, ruleta atd.)	4,1	3,58	186
Kurzové sázení v kamenných pobočkách sázkových kanceláří (např. na sportovní utkání, dostihové závody)	3,4	1,14	9
Celkem	4,3	3,45	224

Pozn.: Čas strávený hraním hazardních her byl stanoven jako střed intervalových kategorií (u kategorie více než 10 hodin byl čas stanoven na 15 hodin).

Note: The amount of time spent gambling was determined as the mean of the interval categories (for the 10+ hours category the 15-hour value was used).

Tabulka 6 / Table 6

Jak často se v posledním roce před léčbou stávalo, že při jedné návštěvě nebo jednom tahu prosázel/a více, než původně zamýšlel/a – podle primární problémové hry

Frequency of losing more money through gambling than intended during one gambling session, by type of primary problem gambling activity

Primární problémová hra – kategorie	Téměř vždy (%)	Celkem často (%)	Občas (%)	Nikdy (%)	Počet v kategorii
Sázkové hry v kasinu (např. živá ruleta, karetní hry, kostky)	60,0	20,0	20,0	0,0	5
EHZ (VHP, VLT, ruleta atd.)	30,3	37,8	25,0	6,9	188
Kurzové sázení v kamenných pobočkách sázkových kanceláří (např. na sportovní utkání, dostihové závody)	25,0	75,0	0,0	0,0	8
On-line jiné hry	11,1	44,4	33,3	11,1	9
On-line kurzové sázky celkem	8,3	58,3	33,3	0,0	12
Karetní turnaje mimo objekt kasina (např. poker, mariáš)	0,0	100,0	0,0	0,0	3
Celkem	28,4	40,9	24,4	6,2	225

bo potřeba vydělat peníze (25,2 %), třeba i na dluhy z jiných příčin než hraní hazardních her (20,2 %).

Celkem 83,8 % respondentů začalo někdy v průběhu hráčské kariéry počítovat hraní jako problém. Tyto obavy trvají 3 a více let u 45,0 % respondentů.

Jako problematické začalo být hraní považováno nejčastěji tehdy, kdy se hráč dostal do negativní finanční bilance (uvedlo 51,0 % respondentů), měl vysoké výdaje na hraní (40,1 %), začaly se zhoršovat vztahy s rodinou nebo kamarády (34,9 %), lhal kvůli hraní (29,2 %), prohrál výplatu (23,4 %), trávil hraním příliš času (21,9 %), sáhl na úspory (21,9 %), dlužil ostatním lidem (20,3 %). Ostatní důvody byly uvedeny méně často.

● 4 / 3 Zahájení léčby – motivace a zábrany

Zdrojem největších starostí před vstupem do léčby byly finanční problémy (uvedlo 53,6 % respondentů), vztahy s blízkými (22,4 %) a zhoršené duševní zdraví (18,2 %).

S problémy v souvislosti s hraním hazardních her se před vyhledáním pomoci někomu svěřilo 65,1 % respondentů. Nejčastěji šlo o partnera/partnerku (47,7 % těch, kteří se svěřili) a rodiče (44,3 %), dále také kamarády a sourozence. Mezi důvody, proč se nesvěřili, respondenti uváděli nejčastěji přesvědčení, že problém zvládnou sami (57,5 % těch, kteří se nesvěřili), stud a snahu nezatěžovat okolí (oba důvody 37,5 %).

Přibližně 80 % respondentů se již dříve pokoušelo přestat s hraním hazardních her. V průměru bylo těmi, kteří se pokoušeli s hraním přestat, uvedeno 8 dřívějších pokusů

Tabulka 7 / Table 7

Typ odborné pomoci v první fázi řešení problémového hraní
Type of help sought first

Typ první odborné pomoci	Počet	Podíl (%)	Platné odpovědi podíl (%)
Ambulantní psychiatr	74	32,3	32,7
Zdravotnické zařízení pro léčbu závislostí – pobytové (léčebna)	51	22,3	22,6
Ambulantní psychoterapeut, psycholog	38	16,6	16,8
Nestátní organizace pro léčbu závislostí – poradny, ambulance	30	13,1	13,3
Nestátní organizace pro léčbu závislostí – kontaktní služby	8	3,5	3,5
Svépomocná skupina	7	3,1	3,1
Internetová poradna	5	2,2	2,2
Linka důvěry	4	1,7	1,8
Praktický lékař	1	0,4	0,4
Dluhová poradna	1	0,4	0,4
Jiná pomoc	7	3,1	3,1
Celkem platné odpovědi	226	98,7	100,0
Bez odpovědi	3	1,3	–
Celkem	229	100,0	–

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2014)
 Source: National Monitoring Centre for Drugs and Addiction (2014)

Tabulka 8 / Table 8

Výskyt zdravotních potíží vyplývajících z hraní hazardních her
Health problems caused by gambling

Zdravotní potíže	Počet (N=229)	Podíl (%)
Nervozita, podrážděnost	155	67,7
Úzkostné stavy	137	59,8
Nespavost	137	59,8
Sebevražedné myšlenky	94	41,0
Vysoký tlak / bušení srdce / bolesti na hrudi	65	28,4
Žaludeční vředy	19	8,3
Akutní zdravotní potíže vyžadující hospitalizaci	13	5,7
Jiné	4	1,7

Pozn.: Bylo možno uvést více odpovědí.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2014)
 Note: More answers were possible.
 Source: National Monitoring Centre for Drugs and Addiction (2014)

o abstinenci bez pomoci a 2 pokusy o abstinenci s odbornou pomocí.

Respondenti vyzkoušeli různé metody omezení hraní hazardních her, nejčastěji trávit čas s osobami, které nehrají (velmi často nebo často 67,9 %), zcela přestat nebo omezit návštěvy heren (61,7 %, resp. 62,1 %) nebo omezit přístup k penězům (49,3 %). Jako nejúčinnější faktory, které pomá-

hají ve snahách o abstinenci od hraní, byly uvedeny podpora a zájem blízkých osob (46,7 %), uvědomění si dopadů hraní na finance (28,4 %), na osobní a rodinný život (27,5 %), přiznání si problému (25,3 %), kontrola času a financí ze strany příbuzných (25,3 %).

Jako faktory zvyšující chuť na hraní, resp. bránící ve snahách hraní omezit, byly uvedeny nejčastěji myšlenky na

výhru (69,4 %), nuda nebo příliš volného času (37,6 %), vědomí, že v blízkosti bydliště je místo, kde lze hrát (24,5 %), reklama na ulici (15,7 %), tlak věřitelů, myšlenky na dluhy (15,3 %).

V situaci, kdy si respondenti uvědomili, že na svůj problém nestačí sami, případně se na nátlak rodiny rozhodli využít odborných služeb, vyhledali nejčastěji ambulantního psychiatra (32,7 % respondentů), pobytové zdravotnické zařízení pro léčbu závislosti (22,6 %), ambulantního psycho-terapeuta nebo psychologa (16,8 %) – *tabulka 7*.

● 4 / 4 Zdravotní dopady hraní

Ze zdravotních potíží spojených s hazardním hraním se v odpovědích respondentů nejčastěji vyskytovala nervozita a podrážděnost (67,7 % respondentů), úzkostné stavy a nespavost (obě potíže shodně 59,8 %), sebevražedné myšlenky (41,0 %) a kardiovaskulární problémy (28,4 %) – *tabulka 8*. Léky v souvislosti s problémy způsobenými hraním hazardních her užívalo 17,5 % respondentů, nejčastěji šlo o anti-depresiva, anxiolytika a sedativa z různých skupin.

Nejčastěji užívanými psychoaktivními látkami při hraní hazardních her byly podle respondentů tabák, alkohol, káva a energetické nápoje – velmi často je při hraní užívalo 61,3 %, 33,3 %, 23,5 %, resp. 20,1 % respondentů. Z nelegálních drog byly nejčastěji užívány konopné drogy a pervitin – jejich velmi časté nebo časté užívání při hraní uvedlo 18,0 %, resp. 17,2 % respondentů – *tabulka 9*.

● 4 / 5 Sociální dopady hraní

Jako důsledek problémového hraní respondenti nejčastěji uváděli lhaní (75,3 % lhalo často nebo velmi často), nesplácení půjček (59,4 %), utracení společných rodinných peněz (53,8 %), zanedbávání rodiny (48,2 %), agresivitu a psychi-

ký nátlak vůči okolí (29,8 %), nespolehlivost v zaměstnání (29,9 %) a krádeže věcí z domácnosti (27,4 %). Ztrátu předchozích koníčků a zálib v souvislosti s rozvojem pravidelného hraní uvedlo 67,7 % respondentů.

Nejčastěji uvedenými negativními důsledky hazardního hraní v oblasti zaměstnání respondenta byly uvedeny problémy s nadřízenými, podřízenými či kolegy (uvedlo 49,0 % zaměstnaných respondentů) a ztráta zaměstnání (40,6 %).

Ve výzkumu uvedlo 12,7 % patologických hráčů, že hazardní hraní mělo v jejich životě také pozitivní dopady. Nejčastěji byly zmíněny radost či pocit štěstí z výhry, pozitivní dopady v oblasti lidských vztahů nebo pozitivní změny v oblasti zábavy a uvolnění (uvedlo je 2,6–3,1 % respondentů).

● 4 / 6 Finanční souvislosti a dopady hraní

Z výsledků vyplývá, že celková měsíční bilance v průběhu typického měsíce v posledním roce před léčbou byla negativní – v průměru -38,7 tis. Kč., min. -1,3 mil. Kč, max. +400 tis. Kč. Hráči, jejichž primární problémová hra byla EHZ (automaty), uvedli bilanci v průměru -39,2 tis. Kč, v největším propadu byli hráči v kasinu (-62 tis. Kč měsíčně), v nejmenším hráči on-line her (-5,5 tis. Kč). Nejvyšší obnos, se kterým kdy hráči hráli, byl 1 mil. Kč, nejvyšší prohra a nejvyšší výhra v průběhu jedné návštěvy herny / kasina / sázkové kanceláře kdykoliv v životě byly 1 mil. a 3 mil. Kč.

V jednom hráčském dni v posledním roce před léčbou hráli respondenti obvykle s obnosem v rozmezí 1–5 tis. Kč (38,2 % respondentů), částku do 10 tis. Kč uvedlo celkem 79,1 % respondentů. Částku nad 50 tis. Kč uvedlo 5,1 % respondentů.

Peníze, jimiž bylo v posledním roce před vyhledáním pomoci financováno hraní hazardních her, nejčastěji pochá-

Tabulka 9 / Table 9

Užívání návykových látek při hraní hazardních her
Drug use while gambling

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

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2014)

Source: National Monitoring Centre for Drugs and Addiction (2014)

zely z legální práce (v průměru 50,6 %), dále šlo o bankovní půjčky (8,1 %), z práce načerno (7,9 %), nebankovních půjček (6,4 %) a půjček od přátel a rodiny (5,8 %). Z nelegální činnosti, tj. z podvodného jednání nebo zpronevěry, krádeže či loupeže, pocházelo podle respondentů v průměru 7,6 % zdrojů.

Často nebo velmi často prohrálo vlastní či svěřené peníze určené na něco jiného (např. nájem, jídlo, splátky, domácnost) celkem 64,4 % respondentů.

Mezi způsoby, kterými se respondenti snažili vyrovnat s finančními dopady hazardního hraní, byly nejčastěji uvedeny půjčka od přátel nebo rodiny (70,3 % respondentů uvedlo, že ji někdy využilo), nebankovní půjčka či spotřebitelský úvěr (52,4 %), bankovní půjčka (51,5 %), brigáda nebo melouch (51,1 %). Prodejem majetku někdy krylo finanční ztráty 34,1 % respondentů. Krádeží, podvodem/zpronevěrou nebo loupeží někdy řešilo finanční dopady svého hazardního hraní 33,2 %, 23,1%, resp. 7,9 % respondentů. Výše půjček dosahovala v průměru 65–160 tis. Kč podle zdroje, nejvyšší objem půjček pocházel z bankovního sektoru (průměrně 160 tis. Kč), dále od přátel či rodiny (průměrně 95 tis. Kč) a řádově shodně od nebankovních institucí, soukromé osoby, na směnkou či od lichváře (65 tis. Kč). Průměrná částka získaná prodejem osobního nebo společného majetku dosáhla 230 tis. Kč.

Peníze na hraní hazardních her nebo na krytí proher si někdy půjčilo 95,2 % respondentů. Se splácením dluhu mělo někdy problém 76,0 % respondentů celkem (79,8 % z těch, kteří si na hru někdy půjčili). Nejčastěji se setkali s ochotou domluvit splátkový kalendář (81,0 % respondentů), ale také s psychickým nátlakem a vyhrožováním, obtěžováním příbuzných, exekucí platu (40,1 %), exekucí osobního majetku (26,1 %). O osobní oddlužení (osobní bankrot) se někdy pokoušelo 11,4 % respondentů.

Celková uváděná výše aktuálního dluhu v důsledku hazardního hraní dosáhla v průměru 894 tis. Kč (min. 5 tis. Kč, max. 30 mil. Kč). U hráčů na EHZ dosáhl průměrný dluh 594 tis. Kč, u hráčů kurzových sázek nebo kurzových sázek on-line 804 tis. Kč, resp. 912 tis. Kč a u hráčů v kasinu 3,2 mil. Kč.

● 5 DISKUZE

Průřezové dotazníkové šetření bývá zatíženo informační chybou (recall bias) v důsledku toho, že si respondenti nemohou vzpomenout nebo si přesně nevzpomenou na události v minulosti, a dále z toho důvodu, že u citlivých otázek poskytují falešně negativní odpovědi. Průřezový design také neumožňuje postihnout časovou posloupnost předpokládané příčiny a následku.

Ve srovnání s dospělou populací ČR srovnatelného věku (20–39 let) či ekonomicky aktivní populací ČR na základě demografických dat získaných ze zdrojů ČSÚ (Český statistický úřad, 2012a, 2012b) nebo věkově srovnatelnou po-

puací celopopulační studie na reprezentativním vzorku dospělé populace ČR zaměřené na užívání návykových látek z r. 2012 (Chomynová, 2013; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SC&C, 2013) se ukázalo, že patologičtí hráči v souboru jsou mnohem častěji svobodní či rozvedení, častěji se středním vzděláním, mnohem častěji nezaměstnaní. Mezi léčenými patologickými hráči bylo ve srovnání s obecnou populací více osob s příjmem 20–30 tis. Kč a méně osob s příjmem 5–10 tis. Kč měsíčně, podíl ostatních skupin včetně skupiny bez příjmu nebo s příjmem nad 30 tis. Kč byl podobný.

Zdá se také, že patologičtí hráči v léčbě mají častější zkušenosti se zaměstnáním v sektoru služeb, zejména v oboru pohostinství. Více než polovina souboru pracovala ve vytipovaných profesích, které bývají spojovány se zvýšeným rizikem vzniku patologického hráčství, jako je práce v hernách, profesionální sport, pohostinství (viz úvod). Preference zaměstnání, ve kterém zaměstnanec disponuje penězi, které mu nepatří, se jeví jako faktor, který posiluje bažení a komplikuje abstinenci, proto je v rámci léčby často nutná zásadní změna zaměstnání. V případě profesionálních sportovců může hazardní hra suplovat vzrušení ze sportovního klání, vyplnit volný čas nebo poskytnout možnost uplatnit získané znalosti a zkušenosti (např. kurzové sázky).

Převážná většina, tj. 189 (82,9 %), patologických hráčů v léčbě uvedla, že hazardní hrou zodpovědnou za patologické hráčství byla EHZ, což je v souladu s údaji o jejich rizikových strukturních charakteristikách. Nejčastěji hranou hazardní hrou poprvé v životě byly VHP, loterie a kurzové sázky – to zase svědčí o jejich vysoké dostupnosti v ČR (Mravčík et al., 2014).

Ukázalo se, že finanční problémy, dluhy a zhoršené vztahy s rodinou a blízkými jsou důsledky, které jsou hráči vnímány jako nejzávažnější, a jsou to také faktory, které patologické hráče přivádějí ke zdrojům pomoci. Současně je zřejmé, že rozvoj problémového hráčství je poměrně skrytý a pozvolný a období latence před vstupem do léčby poměrně dlouhé. Problémové hraní trvá u většiny hráčů několik let a rovněž několik let trvá, než vyhledají pomoc poté, co pocítují první příznaky své poruchy. Většina respondentů se již dříve pokoušela své hraní omezit nebo přestat s hraním hazardních her úplně, což potvrzuje chronický a recidivující charakter patologického hráčství, který je typický pro všechny druhy závislostí. Z tohoto důvodu představuje včasná detence patologického hráčství základní prevenci před progresí negativních dopadů závislosti.

Patologické hráčství se podle výzkumu také může pojit s abúzem návykových látek a zvýšeným výskytem zdravotních komplikací. Vysoký tlak a žaludeční vředy, jakožto klasická psychosomatická onemocnění, jsou obrazem nepříznivé psychosociální zátěže hráče a pasivního životního stylu. Hazardní hraní se často může pojit s užíváním stimulantů,

přičemž jejich užívání může být projevem primární závislosti, kdy hra je prováděna za stavu intoxikace (tzv. „zásek“ na automatech), nebo patologické hráčství může být primární závislostí a užívání stimulantů hráči umožňuje zvýšení pozornosti a výkonu (na úkor kvality). Užívání konopných drog může být obrazem sebemedikace úzkostných stavů hráče. V provozovněch obvykle není zakázáno kouření a alkohol, káva a energetické nápoje bývají hráčům k dispozici zdarma. Tato strategie umožňuje hráčům hrát déle a rizikověji. Alkohol, na základě svých účinků, může také často fungovat jako spouštěč relapsu (lapsu).

Naše výsledky jsou ve shodě s výzkumem realizovaným v letech 2012–2013 zaměřeným na souvislosti patologického hráčství se vztahovou vazbou a poruchami osobnosti (Maierová et al., 2014a; Maierová, Charvát & Miovský, 2014b). V souboru rovněž dominovali hráči na EHZ, měli vážné rodinné a vztahové problémy, čelili ztrátě zaměstnání, měli obrovské dluhy apod. Rovněž se u nich vyskytovala psychiatrická komorbidita (úzkosti, deprese), užívání legálních a nelegálních návykových látek, kognitivní distorze, časté sebevražedné myšlenky. V porovnání s obecnou populací byli rovněž častěji zaměstnáni v profesích rizikových z hlediska rozvoje problémového hraní.

Z našeho průzkumu, resp. z jeho průběhu vyplývá také zjištění, že většina zařízení, která uvádějí jako cílovou skupinu problémové hráče, s touto skupinou reálně nepracuje, resp. pracuje velmi zřídka. I ve specializovaných adiktologických programech je klientů málo a dostávají se v nepravdělných intervalech. Tato situace může být způsobena tím, že služby jsou primárně nastaveny na léčbu uživatelů návykových látek, což patologickým hráčům nevyhovuje, a že informovanost o specializovaných programech je nízká (Solfronková, 2014). Rovněž dostupnost specializovaných programů je nedostatečná – v ČR funguje podle dostupných zdrojů 10–20 specializovaných programů pro problémové hráče (Mravčík, Janíková, et al., 2015).

V průměru trávili hráči hraním 4,3 hodiny denně, nejvíce hráči na internetu (v průměru 5–6 hodin denně). Více než 12 hodin nepřetržitě v jednom tahu hrálo téměř vždy nebo celkem často podle vlastních výpovědí 18,2 % respondentů (hráči on-line 22,2 %). U hráčů hazardních her se často projevují příznaky disociace, tj. poruchy integrace myšlenek, pocitů a zážitků, narušené vnímání času a prostředí, jakož i narušení paměti, vědomí a identity, které provází vtažení a ponoření hráče do hry (Gupta & Derevensky, 1998; Jacobs, 1988). Vzhledem k dalšímu očekávanému rozvoji on-line hraní lze očekávat rozvoj problémových forem hraní zejména u mladých mužů, kteří vyhledávají anonymní prostředí internetu a jsou náchylní k vtažení do hry (Ejova, 2015).

Údaje o vsazených a prohraných částkách stejně jako o výši dluhů je potřeba hodnotit opatrně vzhledem k nízkému počtu respondentů v některých podskupinách podle ty-

pu her a také vzhledem k metodologické obtížnosti tohoto tématu a systematickým chybám na straně respondentů, tzn. podhodnocování či nadhodnocování částek, potíže při určování přesné částky, která jde na vrub hraní apod. (Blaszczynski, Dumlao & Lange, 1997; Wood & Williams, 2007).

Nicméně z výsledků vyplývá, že celková měsíční bilance v průběhu typického měsíce v posledním roce před léčbou byla v průměru téměř 40 tis. Kč a celková uváděná výše aktuálního dluhu v důsledku hazardního hraní dosáhla v průměru 894 tis. Kč. Peníze na hraní hazardních her nebo na krytí proher si někdy půjčilo 95,2 % respondentů. Se splácením dluhu mělo někdy problém 76,0 % respondentů celkem (79,8 % z těch, kteří si na hru někdy půjčili). Tyto údaje logicky potvrzují nezbytnost dluhového poradenství jako součást úspěšné terapie závislosti u patologických hráčů.

● 6 ZÁVĚR

Patologické hráčství je chronické recidivující onemocnění, jehož progresi je pozvolná, a hráči vyhledají léčbu až po několika letech po zaznamenání problémů. V této době mají často již nesplacitelné dluhy a zásadně narušené vztahy. Právě finanční problémy a narušené vztahy s rodinou a blízkými jsou vnímány nejhůře a bývají často důvodem vyhledání pomoci. Afektivní a úzkostné poruchy, sebevražedné ideace a řada psychosomatických potíží jsou nejčastější zdravotní potíže, se kterými se hráči potýkají. Běžná je mezi patologickými hráči konzumace celé řady návykových látek, a to i při hraní. V oblasti sociálního fungování jsou postiženy vztahy s blízkými (lhaní, nespolehlivost, zanedbávání rodiny, utrácení rodinných financí), jsou přítomny potíže v zaměstnání a výjimkou není páchaní trestné činnosti za účelem opatření financí na hru a na dluhy ze hry. Většina patologických hráčů v léčbě má problém s EHZ (tzv. automaty), ale do budoucna je pravděpodobný nárůst problému v souvislosti s hraním hazardních her on-line. Vzhledem k vysoké latenci závislosti je pro zmírnění dopadů a prevenci progresi patologického hráčství klíčová včasná diagnostika a intervence hráčské poruchy.

Role autorů: VM, JČ, ŠL, ZTL se podíleli na přípravě a realizaci studie, VM a TR na analýze a zpracování dat, všichni autoři na přípravě článku.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: Viktor Mravčík, Jakub Černý, Šárka Licehammerová, and Zuzana Tion Leštinová were involved in the preparation and implementation of the study, Viktor Mravčík and Tereza Roznerová analysed and processed the data, and all the authors participated in drafting the article.

There is no conflict of interest involved.

LITERATURA / REFERENCES

- Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volberg, R. & Williams, R. (2013). *Conceptual framework of harmful gambling: An international collaboration*. Guelph, Ontario, Canada.: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC).
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Blaszczynski, A., Dumlao, V. & Lange, M. (1997). „How much do you spend gambling?” ambiguities in survey questionnaire items. *J. Gambl. Stud.*, 13(3), 237–252.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Crockford, D. N. & el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can. J. Psychiatry*, 43(1), 43–50.
- Český statistický úřad. (2012a, 31/12/2012). *Ročenka statistiky trhu práce 2010*. Retrieved 10/01/2014, 2014, from <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/3111-10>.
- Český statistický úřad. (2012b, 31/12/2012). *Základní výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011 – Česká republika*. Retrieved 10/01/2014, 2014, from http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/05000-12-n_2012.
- Delfabbro, P. H. (2014). Behavioral risk factors in disordered gambling and treatment implications. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 71–97). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Downs, C. & Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13(3), 311–328. doi: 10.1080/13668803.2010.488096.
- Ejova, A., Delfabbro, P. H. & Navarro, D. J. (2013). Erroneous gambling-related beliefs as illusions of primary and secondary control: A confirmatory factor analysis. *J. Gambl. Stud.* doi: 10.1007/s10899-013-9402-9.
- Ejova, A., Licehammerová, S., Chomynová, P., Leštinová, Z. T. & Mravčík, V. (2015). The risks of online gambling for younger males: Insights from Czech National Surveys. In: D. S. Pascaline Lorentz, Monika Metykova & Michelle Wright (Ed.), *Living in the digital age: Self-presentation, networking, playing and participating in politics*. Brno: Masaryk University Press.
- Erbas, B. & Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 109(10), 173–179. doi: 10.3238/arztebl.2012.0173.
- Ferentzy, P., Wayne Skinner, W. J. & Matheson, F. I. (2013). Illicit drug use and problem gambling. *ISRN Addiction*, 2013, 11. doi: 10.1155/2013/342392.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse.
- Gainsbury, S., Hing, N. & Suhonen, N. (2013). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *J. Gambl. Stud.* doi: 10.1007/s10899-013-9373-x.
- Gupta, R. & Derevensky, J. (1998). An empirical examination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 17–49. doi: 10.1023/A:1023046509031.
- Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci [2012 National Survey on Substance Abuse. Smoking, alcohol and other drugs use in the general population]. *Zaostřeno na drogy*, 11(2), 1–16.
- Jacobs, D. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of gambling behavior*, 4(1), 27–37. doi: 10.1007/BF01043526.
- Johansson, A., Grant, J., Kim, S., Odlaug, B. & Gøtestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67–92. doi: 10.1007/s10899-008-9088-6.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N. & Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol. Rep.*, 80(1), 83–88.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina K. et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 78–82). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In: Kalina K. et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 145–149). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003b). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K. et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 91–94). Praha: Úřad vlády ČR.
- Ladouceur, R. (2004). Gambling: the hidden addiction. *Can. J. Psychiatry*, 49(8), 501–503. Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 192(10), 711–714.
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mioviský, M. (2014a). Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro diagnózu F 63.0 patologické hráčství. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (6), 291–300.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mioviský, M. (2014b). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, 14 (1), 30–41.
- Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š.,..., Kocarevová, V. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Roznerová, T., Drbohlavová, B., Černý, J. & Tion Leštinová, Z. (2015). Prevalence problémového hráčství v České republice. *Adiktologie*, 15(4), 310–319.
- Mravčík, V., Janíková, B., Roznerová, T., Nechanská, B., Kiššová, L. & Tion Leštinová, Z. (2015). Léčba a další odborné služby pro problémové hráče v ČR. *Adiktologie*, 15(4), 365–375.
- Mravčík, V., Nechanská, B., Roznerová, T., Chomynová, P. & Tion Leštinová, Z. (2015). Sebevražednost problémových hráčů v kontextu psychiatrické komorbidity: kohortová studie mortality. *Adiktologie*, 15(4), 354–364.
- Nábělek, L. & Vongrej, J. (2003). Neurobehaviorální model patologického hráčstva. *Čes. slov. Psychiat.*, 99(2), 89–95.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, & SC&C. (2013). *Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012*.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2014). *Patologičtí hráči v léčbě – souhrn výsledků studie*. Praha: Úřad vlády ČR, nepublikováno.
- Neal, P., Delfabbro, P. & O'Neil, M. (2005). *Problem gambling and harm: Towards a national definition* (pp. 169). Victoria. Dept. of Justice. Office of Gaming and Racing, Australia. Ministerial Council on Gambling, University of Adelaide. Dept. of Psychology, Gambling Research Australiae.
- Nelson, T. F., LaBrie, R. A., LaPlante, D. A., Stanton, M., Shaffer, H. J. & Wechsler, H. (2007). Sports betting and other gambling in athletes, fans, and other college students. *Res. Q. Exerc. Sport*, 78(4), 271–283.
- Parke, J. & Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In: G. Smith, D. Hodgins & R. Williams (Eds.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 211–243). New York: Elsevier.
- Petry, N. M. (2007). Gambling and substance use disorders: current status and future directions. *Am. J. Addict.*, 16(1), 1–9. doi: 10.1080/10550490601077668.

- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*, 66(5), 564–574.
- Prever, F., Bowden-Jones, H., Karter, L., Champion, R., Rogers, J., Pattinson, J. & Parke, A. (2015). *Women and problem gambling: The hidden addiction*. Paper presented at the One-day conference: Women and Problem Gambling: The Hidden Addiction, University of Lincoln. <http://fcrg.blogs.lincoln.ac.uk/files/2015/03/FCRG-Women-and-Gambling-flyer.pdf>.
- Reilly, C. & Smith, N. (2013). *The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5*. Washington: National Center for Responsible Gaming.
- Richard, D. C. S. & Humphrey, J. (2014). The conceptualization and diagnosis of disordered gambling. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling* (pp. 1–25). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Shaffer, H. J. (2014). Foreword: Gambling Ghosts, Shadows, and Taxonomies. In D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. ix–xvii). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Scherrer, J. F., Xian, H., Shah, K. R., Volberg, R., Slutske, W. & Eisen, S. A. (2005). Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(6), 677–683. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.677.
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Pols, R. G., Harvey, P. W., Oakes, J. E. & Baigent, M. F. (2013). Predictors of relapse in problem gambling: A prospective cohort study. *J. Gambl. Stud.* doi: 10.1007/s10899-013-9408-3.
- Solfronková, R. (2014). *Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti a postoje pacientů. [Conjoint inpatient treatment of pathological gambling and addiction syndrome: needs, experiences and attitudes of patients]* (Mgr.), Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, Praha.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C. & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J. Gambl. Stud.*, 25(3), 407–424. doi: 10.1007/s10899-009-9129-9.
- Temcheff, C. E., Derevensky, J. L. & Paskus, T. S. (2011). Pathological and disordered gambling: a comparison of DSM-IV and DSM-V criteria. *International Gambling Studies*, 11(2), 213–220. doi: 10.1080/14459795.2011.581677.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *J. Gambl. Stud.*, 13(3), 253–266.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1986). Rational choice and the framing of decisions. *The Journal of Business*, 59(4, Part 2: The behavioral foundations of economic theory), 251–278.
- Vacek, J. (2014). *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her. Příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Volberg, R. A. (2003). Has there been a “feminization” of gambling and problem gambling in the United States? *Journal of Gambling Issues*. doi: 10.4309/jgi.2003.8.7.
- Volberg, R. A. & Williams, R. J. (2014). Epidemiology: An international perspective. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 26–48). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- WHO & ÚZIS ČR. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (MKN-10)*. Retrieved 2014-01-16, 2014, from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Williams, R. J., West, B. L. & Simpson, R. I. (2012). Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence, and identified best practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. October 1, 2012.
- Wood, R. T. & Williams, R. J. (2007). ‘How much money do you spend on gambling?’ The comparative validity of question wordings used to assess gambling expenditure. *International Journal of Social Research Methodology*, 10(1), 63–77. doi: 10.1080/13645570701211209.