

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty



# **VLIV PRIMÁRNÍ RODINY NA VZNIK A ROZVOJ PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ**

INFLUENCE OF THE PRIMARY FAMILY ON THE FORMATION AND  
DEVELOPMENT OF PATHOLOGICAL GAMBLING

**Rigorózní práce**

**Autor: Mgr. Lucie Svobodová**

**Olomouc**

**2019**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Vliv primární rodiny na vznik a rozvoj patologického hráčství“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 09. 09. 2019

Podpis .....

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku mé rigorózní práce, ať už to bylo cennými připomínkami, radami, konzultacemi, technickou podporou nebo třeba tím, že mi hlídali mou malou dcerku, a tím mi umožnili v klidu se věnovat psaní. Děkuji především respondentům, mým drahým klientům, kteří mi byli inspirací k napsání této práce a souhlasili s poskytnutím rozhovoru. Bez nich by realizace výzkumné části mé rigorózní práce nebyla možná, moc Vám všem děkuji za Vaši otevřenost.

## **Věnování**

Tuto práci chci věnovat své nejdražší, dcerce Valerii, která snad bez újmy a následků přežila mamincino studium. Slibuji, že Ti to vynahradím a budu Tě podporovat, až Ty budeš na mém dnešním místě psát své diplomové práce a prožívat zlomové okamžiky svého života.

S láskou Tvoje máma

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 7         |
| TEORETICKÁ ČÁST .....  | 9         |
| <b>1 ZÁVISLOST .....</b>   | <b>10</b> |
| 1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI A JEJÍ ZNAKY .....                         | 10        |
| 1.2 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI.....                                      | 11        |
| <b>2 PATOLOGICKÉ HRÁČTVÍ .....</b>                                 | <b>14</b> |
| 2.1 HRA.....   | 14        |
| 2.2 DEFINICE PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ.....                            | 15        |
| 2.3 DIAGNOSTIKA PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ.....                         | 16        |
| 2.3.1 MKN-10 .....   | 16        |
| 2.3.2 DSM-V .....  | 17        |
| 2.3.3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA .....                              | 17        |
| 2.4 PREVALENCE PATOLOGICKÉHO HRANÍ V POPULACI.....                 | 18        |
| 2.4.1 GAMBLING V ČESKÉ REPUBLICE .....                             | 18        |
| 2.4.2 GAMBLING V EVROPĚ .....                                      | 21        |
| 2.4.3 GAMBLING VE SVĚTĚ.....                                       | 22        |
| 2.5 STÁDIA PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ.....                              | 22        |
| 2.6 TYPOLOGIE HRÁČŮ.....   | 23        |
| 2.7 LÉČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ .....                              | 25        |
| 2.7.1 MOŽNOSTI LÉČBY.....  | 25        |
| 2.7.2 TERAPIE .....  | 27        |
| 2.7.3 FÁZE LÉČENÍ.....   | 30        |
| 2.8 PREVENCE.....  | 31        |
| 2.8.1 ZÁKON O HAZARDNÍCH HRÁCH.....                                | 32        |
| 2.9 DOPADY PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ.....                              | 34        |
| <b>3 RODINNÉ FAKTORY V KONTEXTU ZÁVISLOSTI .....</b>               | <b>35</b> |
| 3.1 RODINA.....  | 35        |
| 3.2 RODINNÉ FAKTORY Z POHLEDU PŘÍČIN VZNIKU ZÁVISLOSTI.....        | 36        |
| 3.2.1 HYPERPROTEKTIVNÍ VÝCHOVA.....                                | 38        |
| 3.2.2 CITOVÁ DEPRIVACE V DĚTSTVÍ A NEDOSTATEK MATEŘSKÉ LÁSKY.....  | 39        |
| 3.2.3 FENOMÉN SPOLUZÁVISLOSTI.....                                 | 40        |
| 3.2.4 BAWLBÝHO TEORIE ATTACHMENTU.....                             | 43        |
| 3.2.5 FIXACE V ORÁLNÍM STÁDIU VÝVOJE .....                         | 45        |
| 3.2.6 JINÝ ZÁVISLÝ ČLEN V RODINĚ .....                             | 46        |
| <b>4 TEORETICKO-KRITICKÁ ANALÝZA STAVU VÝZKUMU A POZNÁNÍ .....</b> | <b>47</b> |

|   |            |
|---|------------|
| VÝZKUMNÁ ČÁST .....   | 50         |
| <b>5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b> | <b>51</b>  |
| 5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....                                      | 51         |
| 5.2 CÍLE VÝZKUMU .....  | 51         |
| 5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                                       | 52         |
| <b>6 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>                              | <b>53</b>  |
| 6.1 DESIGN A TYP VÝZKUMU.....                                   | 53         |
| 6.2 ZÍSKÁVÁNÍ DAT A OKOLNOSTI VÝZKUMU .....                     | 54         |
| 6.2.1 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....                                | 54         |
| 6.2.2 OBSAH ROZHOVORU .....                                     | 54         |
| 6.2.3 DESKRIPTIVE VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....                      | 57         |
| 6.2.4 PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....                                 | 57         |
| 6.2.5 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO LÉČEBNÉHO ZAŘÍZENÍ.....         | 58         |
| 6.2.6 ETIKA VÝZKUMU .....                                       | 59         |
| 6.3 ANALÝZA DAT .....   | 60         |
| 6.3.1 METODA ANALÝZY DAT .....                                  | 60         |
| <b>7 KAZUISTIKY A JEJICH INTERPRETACE .....</b>                 | <b>62</b>  |
| 7.1 ADAM .....  | 62         |
| 7.2 BOŘEK.....  | 68         |
| 7.3 CYRIL.....  | 72         |
| 7.4 DUŠAN .....   | 76         |
| 7.5 EDUARD.....   | 80         |
| 7.6 FRANTIŠEK .....   | 83         |
| 7.7 GUSTAV .....  | 88         |
| 7.8 HUGO .....  | 92         |
| 7.9 IGOR .....  | 95         |
| 7.10 JINDŘICH.....  | 101        |
| <b>8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....</b>               | <b>106</b> |
| 8.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                   | 106        |
| 8.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                   | 107        |
| 8.3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 3. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                   | 108        |
| 8.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                   | 109        |
| 8.5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                   | 110        |
| <b>9 DISKUZE.....</b>   | <b>111</b> |
| <b>10 ZÁVĚRY.....</b>   | <b>117</b> |
| SOUHRN .....  | 118        |

Seznam použitých zdrojů a literatury: ..... 122

Seznam příloh:

Příloha č.1: Seznam obrázků a grafů

Příloha č.2: Abstrakt

Příloha č.3: Informovaný souhlas

## ÚVOD

S patologickými hráči jsem pracovala v rámci mé terapeutické praxe jako psycholožka ve Společnosti Podané ruce o.p.s. S hráči mám zkušenosti jak z individuální, tak skupinové psychoterapie. Jelikož jsem psychoanalyticky zaměřená, tak se na problematiku gamblingu a nejen jeho snažím nahlížet z hlediska příčiny, nikoliv pouze jako řešení následků. Když jsem se rozhodla pro napsání této práce, téma bylo již jasné, existuje totiž otázka, kterou si pokládám se svými klienty velmi často a která vyvstala vlastně už při mém prvním kontaktu ve výše uvedené společnosti.

Když jsem v přijímacím pohovoru odpovídala na otázky budoucích kolegů, jeden z nich se mě zeptal, co si myslím, že je příčinou závislosti. První, co mě v tu chvíli bezmyšlenkovitě napadlo, byla hyperprotektivní matka. Má odpověď byla zřejmě ovlivněna mým psychoanalytickým smýšlením. Nicméně během praxe se mi začala tato hypotéza potvrzovat, i když v některých případech se rozšířila i na otce. Napadlo mě tedy prozkoumat tuto myšlenku více empiricky a zjistit, jak dalece je toto tvrzení platné. Jelikož pracuji i s osobami blízkými patologických hráčů, pozoruji, že se nám často také ukazuje fenomén, který se nazývá spoluzávislost neboli kodependence.

Kodependence i hyperprotektivní výchova jsou dva jevy, které jsou si velmi podobné a blízké. Ani jednomu není v souvislosti s patologickým hráčstvím věnováno příliš pozornosti, i když téma spoluzávislosti se již pomalu začíná dostávat do popředí zájmu. Proto jsem tyto dvě oblasti chtěla propojit, zaměřit se na to, jak patologičtí hráči vyrůstali, jaké měli dětství, jaký byl jejich vztah k rodičům či pečujícím osobám a jak se tyto nakonec vztahovali k jejich problematice s hraním.

Jelikož je ale skupina patologických hráčů opravdu velká a pestrá, chtěla jsem ji pro výzkum co nejvíce zúžit. Existuje obrovské množství patologických hráčů a dalších osob s problémem závislosti, kteří pocházejí z rodin s velkou patologií, diagnózami závislosti, poruchami osobnosti, ze sociálně vyloučených

vrstev a kombinují se jim i jiné nešťastné okolnosti. V těchto případech je většinou hraní důsledkem určitého komplexu nepříznivých událostí v těžkých životech těchto lidí. Touto velkou skupinou jsem se nechtěla zabývat.

Nejvíce mě zajímalo, co je příčinou toho, že začnou hrát děti z „normálních“ a „zdravých“ rodin. Záměrně tato slova dávám do uvozovek, jelikož je nerada v tomto kontextu používám. Nechci se stavět do role toho, kdo může soudit, co je „normální“ a „zdravé“ a navíc nezřídka platí, že to, co se mnohdy navenek tváří jako nejvíc zdravé, bývá naopak pod povrchem nejvíc nemocné. Nicméně pro přiblížení popisu výzkumného vzorku je tato charakteristika nejužitečnější.

Mým cílem je zjistit, zda se v primární rodině mladých patologických hráčů, nezatížené dřívější zkušeností s hazardem, vyskytují ve významné míře jevy jako hyperprotektivní výchova a spoluzávislost. Doufám, že výsledky napomohou mně i případným čtenářům z oboru v terapeutické praxi s patologickými hráči a jejich rodinami.



## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZÁVISLOST

*„Jasně jsem si uvědomil, že jsem závislý, když jsem slíbil synovi, že přijdu domů za dvě hodiny, a místo toho jsem přišel za 14 dní.“ (Nešpor, 2007)*

Röhr (2015) popisuje závislost jako nemoc žízně. Člověk žízní po uznání, lásce, pochopení a čím méně se mu tohoto dostává, tím je žízeň větší, a má potřebu ji něčím uhasit. Tato žízeň se dá přirovnat k díře v nitru jedince, kterou ovšem nelze naplnit. Ve snaze eliminovat její nepříjemné následky ji naplňujeme vším, o čem si myslíme, že nás uspokojí a díru zacelí. V dnešní konzumní společnosti už to nejsou jen drogy, alkohol, hazard, sex, ale například i auta, cestování, nakupování, hubnutí nebo extrémní pracovní nasazení. Tato pomyslná díra se ovšem vždy jen zdánlivě naplní, po nějaké době se ona vnitřní prázdnota znovu objeví a je větší než předtím, takže jedinec potřebuje čím dál víc náplně pro to, aby uspokojil svou aktuální potřebu.

Abych byla ale objektivní, musím říct, že závislost není vždy jen špatná, i Mühlpachr (2010) dělí závislost na zdravou a nezdravou čili nepatologickou a tu patologickou, kterou je potřeba se více zabývat. Toto potvrzuje i Röhr (2011) ve své knize *Závislé vztahy*, jenž mluví o velkém rozptylu závislosti od totální podrobenosti až po formu, která jedince nikterak nepoškozuje, nýbrž může jeho život v mnohém obohatit. Touto formou závislosti se ovšem v této práci nezabývám.

## 1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI A JEJÍ ZNAKY

Nešpor a Csémy (1999) definují závislost dle Světové zdravotnické organizace WHO v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 jako silnou, až přemáhající touhu po užití látky. Konečnou diagnózu závislosti je třeba stanovit pouze v případě, že se během dvanácti měsíců objeví minimálně tři z následujících znaků: bažení (craving), zhoršené sebeovládání, tělesný odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Tyto znaky patří dle MKN-10 k

závislosti na návykové látce, pokud bychom mluvili o návykovém chování, jakým je např. patologické hráčství, pak hovoříme o skupině, která se nazývá návykové a impulzivní poruchy, MKN-10 ji označuje kódem F-63, řadíme ji k tzv. nelátkovému závislostem, najdeme u ní řadu shodných znaků jako s těmi látkovými.

## 1.2 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI

*„Opakem závislosti není střízlivost, je jí blízkost s ostatními lidmi.“*

*Johann Harri*

Když pátráme po původu závislosti, musíme se smířit s faktem, že nenajdeme jednoznačnou odpověď, protože neexistuje příčina, jež by byla platná pro všechny, kteří se závislostí bojují (Hajný, Kořínek, Majer, 2004). Můžeme však alespoň nastínit, jak na vznik závislostního chování nahlízejí někteří autoři, kteří se touto problematikou zabývají.

Heller (1996) například hovoří o kombinaci faktorů a mechanismů, která ve svém výsledku podnítl vznik závislosti. Zmíněnými faktory má na mysli např. osobnost jedince, prostředí, ve kterém se pohybuje nebo z něj pochází, tolerance dané společnosti ke konkrétní droze či její dostupnost. Výše zmíněné mechanismy znamenají vznik, průběh a opakování událostí, při kterých se jedinci povedlo docílit uspokojení díky účinkům drogy a zároveň absence činností, které by nahradily účinek drogy přijatelnějším způsobem. Tuto skutečnost v podstatě potvrzuje i Hajný (2008), když hovoří o cirkulární kauzalitě, čili vzájemném ovlivňování několika faktorů, které se stanou živnou půdou pro vznik závislosti.

Mühlpachr (2001) dělí etiologii závislosti dle hledisek psychologických, které zohledňují vliv osobnostních rysů, antropologických hledajících příčinu v historických a kulturních faktorech, biologických, které uvažují o původu závislosti v kontextu vrozených predispozic jedince a nakonec sociálních, jakožto teorií sociálních jevů a chování společnosti.

Jistě zajímavé psychodynamické faktory vzniku závislosti z hlediska psychoanalytických teorií předkládá například Mikota (1995), který ve své práci O ovlivňování duševních chorob shrnuje teorie několika autorů včetně Freuda, Fenichela atd., a hovoří o tom, že zneužívání účinků návykových látek má vlastně uspokojit některé infantilní potřeby daných jedinců. Účinky látek mají vliv především na naše superstruktury, jako je např. sebekritičnost, kterou na chvíli oslabí nebo vytěsní atd, můžeme projevit primitivnější pudy a potřeby, které za normálního stavu bývají nepřijatelné. V tomto kontextu můžeme hovořit o určitém pokusu o nastolení psychické rovnováhy respektive snahu o svépomocnou samoléčbu.

A dle Kooymana (2005) považoval např. Freud aplikaci drogy jako alternativu pro sexuální styk. Jako jeden z faktorů pro výběr symptomu závislosti např. u alkoholika považuje Mikota (1995) fixaci v orálním vývojovém stádiu. U injekčního užití drogy jde Kooyman (2005) ve vývojové fixaci ještě dál až do prenatálního období.

Jako zdůvodnění fixace v orálním stádiu vidí psychoanalytická teorie dle Mikoty (1995) predispozice v primární rodině uživatele. Mikota mluví o předpokladu zhýčkané a hýčkající matky, která chrání své dítě před chladným a nekonzistentním otcem. Tyto nejasné vztahy k oběma rodičům potom vedly jedince k pasivitě a identifikaci s matkou, které přinášely problémy ve formě uspokojování pasivně - homosexuálních potřeb. Někteří autoři, které Mikota zmiňuje, se opravdu o příčině alkoholové závislosti baví jako v kontextu latentní homosexuality, protože v alkoholovém opojení je možné zažívat mezi muži blízkost, která je za normálních okolností nepřijatelná.

Dalšími teoriemi kolektivu autorů, které Mikota zmiňuje, jsou například teorie hostility, ať už vůči sobě v podobě masochistických tendencí, ve smyslu nadužívání alkoholu, které se dají nazvat pomalou sebevraždou, nebo vůči svým blízkým a milovaným osobám, na kterých je orálně fixovaná osoba tak závislá, že je naprosto nepřipustné vyjádřit vůči nim jakoukoliv nepřízeň. V takovýchto nezdravých vztazích potom nevyhnutelně vznikají frustrace a alkohol či jiné návykové látky se stávají cestou, jak své obrany zbořit a buď přímo nebo nepřímo ublížit či se pomstít osobám, které jedinci dané frustrace způsobily.

Maďarský psychoanalytik Sandor Radó tvrdí, že závislé chování používají lidé jako náhradní spokojení, obranu před nebezpečím z vnějšku a k reparaci narušené vnitřní rovnováhy. Závislým chováním se postižená osoba odřízne od náročných požadavků vnějšího světa a vytěsňuje je, tím je dotyčný chráněn před pocity vlastního selhání či samoty. Radó se též zmiňuje o narcistické poruše, kdy se díky nízké sebehodnotě stává jedinec závislý na mínění okolí, v tomto případě je potom závislostní chování pojímáno jako alternativní narcistické uspokojení (Radó, 1933).

| KONCEPČNÍ RÁMEC PRO FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŠKODLIVÉ HRÁČTVÍ |  |                               |                              |                   |                                  |  |                  |
|--|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------------|--|------------------|
| Specifické faktory hráčství                              |  |                               |                              |                   |                                  |  |                  |
| Prostředí hazardních her                                 | Makroekonomika                                       | Mikroekonomika                | Sociálně-politické prostředí | Firemní prostředí | Kultura společenské odpovědnosti | Dostupnost možností trávení volného času | Veřejná politika |
| Expozice hazardním hrám                                  | Přístupnost  | Kontext                       | Prostředí hazardních her     | Adaptace          |                                  |  |                  |
| Typy hazardních her                                      | Četnost hraní a míra vzrušení                        | Dovednost a domnělá dovednost | Společenská                  |                   |                                  |  |                  |
| Zdroje řešení problémového hráčství                      | Prevence   | Snižování škod                | Vzájemná pomoc               | Léčba             | Vnímání řešení problémů          |  |                  |
| Obecné faktory   |  |                               |                              |                   |                                  |  |                  |
| Kulturní   | Sociální   |                               | Psychologické                |                   | Biologické                       |  |                  |
| Etnický původ a tradice                                  | Sociální demografie                                  |                               | Osobnost a temperament       |                   | Dědičnost                        |  |                  |
| Sociálně-kulturní postoje                                | Vzdělávací systém                                    |                               | Osobní vývoj během života    |                   | Neurobiologie                    |  |                  |
| Subkultury hazardních her                                | Zapojení rodiny a vrstevníků do hraní hazardních her |                               | Úsudek a rozhodování         |                   | Pohlaví                          |  |                  |
| Náboženství a jiné systémy víry                          | Lokalita bydliště                                    |                               | Styly zvládání problémů      |                   |                                  |  |                  |
| Ztvárnění a symbolika                                    | Stigmatizace   |                               | Komorbidní poruchy           |                   |                                  |  |                  |
| Genderová identita                                       | Deviace  |                               | Subjektivní pohoda           |                   |                                  |  |                  |
|  |  |                               | Sebevnímání                  |                   |                                  |  |                  |
|  |  |                               | Sociální učení               |                   |                                  |  |                  |

Obrázek 1 – Koncepční rámec pro faktory ovlivňující škodlivé hráčství (The Ontario Problem Gambling Research Centre, 2013, s. 16)

## 2 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

### 2.1 HRA

Prunner (2008) dělí lidskou činnost do tří kategorií a to na hru, učení a práci. Hru potom dále rozděluje na individuální a kolektivní a zdůrazňuje, že má plnit hlavně účel potěšení. Teorií hry je spousta, za jejího průkopníka se považuje Gross a od 20. let minulého století se hra stala předmětem zkoumání mnoha psychologických směrů. Zpočátku se na hru pohlíželo pouze jako na činnost spojenou s dětmi, hra dospělých se považovala za infantilní. Piaget (1970) například mluví o hře jako o druhu asimilace, považuje hru za nástroj zvyšování inteligence dětí spolu se zvyšováním náročnosti hry.

Anna Freudová (1946) popisuje, že se v psychoanalýze názory na hru vyvíjely od přání po naplnění sexuálních pudů až po pudové opakování. Individuální psychologie zase popisuje hru jako nástroj k získání moci. Názorů na hru a její význam je mnoho a liší se stejně, jako se liší různé psychologické směry (Prunner, 2008).

Z hlediska pojetí hry v kontextu mé práce je jeden důležitý aspekt, na který upozornil Fink (1960), a to ztráta kontaktu s realitou. Fink jako jeden z prvních poukazuje na to, že člověk může být zaujat hrou natolik, že absolutně ztratí pojem o čase a prostoru a proud času se najednou ve hře line úplně jinou rychlostí než čas v reálném světě. Se ztrátou kontroly nad časem se nezřídka může vytrácet i kontakt s vlastní realitou.

Prunner (2008) našel ve hře i diagnostickou funkci. Hráč ve chvíli, kdy se dostane do naprostého zaujetí hrou, může tzv. ztratit kontrolu, to znamená, že úplně zboří cenzury a ukáže svou skutečnou tvář. Tímto se může během hry odhalit to, co jedinec běžně skrývá.

Nevolová (2017) dělí ve svém článku aktéry hry do čtyř skupin dle jejich vnitřní motivace ke hře. Jsou to tzv.

Dosahovači - jedinci zaměřeni na cíl a úspěch, hrají jen, pokud mají vysokou šanci na výhru.

Socializátoři - hrají proto, aby se dostali do styku s jinými lidmi.

Objevitelé – prozkoumávají hru, její pravidla, zákonitosti, shromažďují informace a pak je ve hře využívají a své dovednosti dávají rádi na odív.

Zabijáci – vnímají hru jako možnost manipulace a k tomuto ji využívají. Často podvádějí, protože jejich ego potřebuje vyhrát a tím ukázat svou moc.

## 2.2 DEFINICE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

*„Domácí pohoda utrpěla nejvíc a taky tím trpělo nejvíc lidí – manželka, děti, příbuzní i já. To je pravděpodobně nejtěžší prohra. Považuji to za nejdůležitější. (Patologický hráč, 32 let)“.* (Nešpor, 2006)

Patologické hráčství je návykové chování spojené s hraním na automatech, online a offline sázení, ruletách a jiných formách hazardu. Hráč není schopen ovládnout svou touhu po hře a je natolik zaujat jejími okolnostmi, že to narušuje další oblasti jeho života, ať už se jedná o sféru sociální, osobní, rodinnou nebo pracovní.

Dle Boučka (2006) není výjimkou, že patologičtí hráči potřebují neustálé zvyšování míry rizika pro získání stejné úrovně vzrušení, popř. jsou zaujati myšlenkou, že jednou dosáhnou takové výhry, která jim vynahradí veškeré dosavadní úsilí a prohry. Patologické hráčství je velmi často spojeno s velkými finančními ztrátami a zadlužením. Definice škodlivého hraní se dle The Ontario Problem Gambling Research Center (2013) bude vyvíjet tak, jak se vyvíjí společnost, její nároky a tolerance. To, co bylo dřív zakázané a nemorální, může být dnes běžné a naopak. Obecně se potom o škodlivém hraní dá mluvit v případech, kdy jedinec riskuje nenávratnou ztrátu, ať už finanční či majetkovou, sázkou na náhodu či nejistý výsledek.

## 2.3 DIAGNOSTIKA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Diagnózu patologického hráčství můžeme nalézt jak v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 Světové zdravotnické organizace (WHO), tak v Americké psychiatrické asociaci v její DSM-V. Nešpor (2007) přitom poukazuje na zajímavost, že Američané zařadili patologické hráčství do svého diagnostického manuálu již téměř o deset let dříve než WHO.

### 2.3.1 MKN-10

Patologické hráčství bylo Světovou zdravotnickou organizací (WHO) zařazeno do Mezinárodní klasifikace nemocí její desátou revizí, která vešla v platnost 1.1.1994.

MKN-10 tuto diagnózu označuje kódem F63.0 a patří do skupiny nutkavých a impulzivních poruch. MKN patologické hráčství popisuje jako poruchu, kdy se velmi často opakují hráčské epizody, které jsou pro subjekt dominantní na úkor jiných životních závazků jako je rodina, zaměstnání, finance či sociální kontakty (uzis.cz).

Nešpor (2011) shrnuje čtyři hlavní symptomy, dle kterých můžeme stanovit diagnózu patologického hráčství podle MKN-10, jsou jimi:

- 1) Výskyt hráčské epizody dva a vícekrát za rok.
- 2) Hráčství se opakuje, i přes finanční ztráty, prohry a narušení každodenního života.
- 3) Dotyčná osoba nedokáže odolat touze a bažení po hře.
- 4) Myšlenky jedince patří hlavně hraní, je naprosto zaujat hrou a jejími doprovodnými okolnostmi.



Pro správné určení diagnózy patologického hráčství je třeba vyloučit nadměrné hráčství u manických pacientů (F30.), samostatnou diagnózu hráčství a sázení (Z72.6) nebo hráčství u disociální poruchy osobnosti (F60.2) (uzis.cz).

### **2.3.2 DSM-V**

Nejnovější pátá revize Diagnostického a statického manuálu Americké psychiatrické asociace vyšla v roce 2013 (psychiatry.org). Diagnóza patologického hráčství (pathologicalgambling) do ní byla zařazena již v roce 1980, kdy vyšla její třetí verze.

Web neprohrajivot.cz cituje kritéria pro uznání patologického hráčství dle DSM-V tak, že hráč musí splňovat během jednoho roku nejméně čtyři z níže uvedených znaků a zároveň nelze hraní vysvětlit manickou epizodou.

- 1) Hráč má potřebu sázet čím dál větší množství peněz.
- 2) Pokud se ho někdo nebo něco snaží omezit v hraní, je neklidný a podrážděný.
- 3) Opakovaně se bezvýsledně snažil omezit hraní nebo hrát kontrolovaně.
- 4) Jeho myšlenky se často zaobírají hrou a jejími okolnostmi.
- 5) Snaží se na druhý den vyhrát znovu to, co předešlý den prohrál.
- 6) Lže o okolnostech jeho hraní.
- 7) Jeho sociální, pracovní nebo rodinné vztahy jsou v ohrožení.
- 8) Spoléhá na finanční výpomoc okolí.

### **2.3.3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA**

Maierová (2012) ve svém článku upozorňuje na výše zmíněné výjimky a z toho vyplývající nutnost diferenciální diagnostiky patologického hráčství. Od patologického hráčství tedy momentálně odlišujeme nadměrné hraní u manicky diagnostikovaných pacientů (F30.), které ještě není patologické, ovšem může se jím stát. Dále sem patří diagnóza hráčství a sázkařství (Z72.6), která se od

patologického hráčství liší hlavně tím, že dotyčný je schopný touhu po hře ovládat a více než o nemoc se zde jedná o životní styl. V neposlední řadě sem patří, jak potvrzuje i Nešpor (1996), diagnóza disociální poruchy osobnosti (F60.2), která reprezentuje trvalý soubor více asociálních jevů a činností, mezi něž patří právě i nadměrné hraní. Maierová (2012) sem řadí i uživatele pervitinu a jiných psychoaktivních látek, kteří po užití drogy mívají často hráčské epizody.

## **2.4 PREVALENCE PATOLOGICKÉHO HRANÍ V POPULACI**

### **2.4.1 GAMBLING V ČESKÉ REPUBLICE**

#### **Dospělá populace**

Dle Mravčíka a kol. (2017) mělo z výzkumů v roce 2016 zkušenost s jakoukoliv loterií 40-50% populace nad 15 let věku s tím, že muži jsou zastoupeni v několikanásobně vyšším počtu než ženy. Výsledky studií od roku 2012 do roku 2015 vykazovaly nárůst zkušeností s hazardním hraním (Mravčík a kol., 2016), nicméně ty samé výzkumy pro rok 2016 ukazují, že toto číslo stagnuje nebo mírně klesá (Mravčík a kol., 2017). Výše zmíněné údaje se zdají být optimistickými ovšem jen do doby, než zjistíme, že pokles se týká pouze zkušenosti s hraním. Když se podíváme na výzkumy opravdu problémového hraní, výsledky již tak optimistické nejsou a jak Mravčík a kol. (2017) potvrzují, prevalence má zvyšující se tendenci. Mezi roky 2012-2015 bylo v riziku problémového hraní asi 5% populace, tj. asi 450 tisíc obyvatel, v roce 2016 už je to přes 500 tisíc. Z toho 1,5% - 2,3% bylo ve vysokém riziku problémového hraní. 0,6% – 1,2%, tj. 55 – 110 tisíc osob mělo problém s patologickým hráčstvím do roku 2015 a 80 – 120 tisíc patologických hráčů se objevilo v dospělé populaci v roce 2016.

Jak udává Mravčíka kol. (2019) tak stoupá počet osob v dospělé populaci, které hrají a to zejména kvůli nárůstu míry hraní číselných a okamžitých loterií. Z výzkumů v letech 2017 a 2019 vyplývá, že 30% - 40% dospělých hraje právě loterie. Dále můžeme pozorovat nárůst hráčů setrvávajících v online prostředí, které se otevřelo hráčům od roku 2017, a do budoucna můžeme očekávat stále zvyšující nárůst v této oblasti. Z výzkumů dále vyplývá, že v určitých skupinách je zkušenost s hraním hazardních her vyšší než v obecné populaci. Jedná se o skupiny sportovců, vězňů nebo Romů v sociálně vyloučených lokalitách (Mravčík a kol., 2018).

Výsledky z výzkumu z roku 2018 ukazují, že v riziku rozvoje problémového hráčství je 160 000 osob, odhadem šlo o 139 000 mužů a 25 000 žen. Při srovnání s rokem 2017 zůstává počet osob v riziku rozvoje problémového hráčství stabilní, snížil se však počet mužů, a naopak se zvýšil počet žen.

*tabulka 4-1: Výsledky screeningové škály Lie/bet v obecné populaci podle pohlaví a věkových skupin – Výzkum občanů 2018, v %*

| Škála Lie/bet   | Muži | Ženy | Celkem 15+ | 95% CI    | 15-24 let | 25-34 let | 35-44 let | 45-54 let | 55-64 let | 65+ let |
|---|------|------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| <b>V obecné populaci (N=1804)</b>   |      |      |            |           |           |           |           |           |           |         |
| Žádné riziko (0 bodů)   | 96,8 | 99,5 | 98,2       |           | 98,0      | 97,5      | 98,6      | 96,9      | 98,5      | 99,0    |
| V riziku (1+ bodů)  | 3,2  | 0,5  | 1,8        | 1,2-2,4   | 2,0       | 2,5       | 1,4       | 3,1       | 1,5       | 1,0     |
| > z toho vysoké riziko (2 body)   | 1,1  | 0,2  | 0,7        | 0,3-1,0   | 0,5       | 0,0       | 0,8       | 2,4       | 0,0       | 0,2     |
| <b>Mezi hráči hazardních her v posledních 12 měsících (n=718)</b>               |      |      |            |           |           |           |           |           |           |         |
| Žádné riziko (0 bodů)   | 92,6 | 98,5 | 95,4       |           | 94,9      | 94,9      | 96,4      | 93,2      | 96,1      | 96,9    |
| V riziku (1+ bodů)  | 7,4  | 1,5  | 4,6        | 3,1-6,1   | 5,1       | 5,1       | 3,6       | 6,8       | 3,9       | 3,1     |
| > z toho vysoké riziko (2 body)   | 2,7  | 0,6  | 1,7        | 0,7-2,6   | 1,3       | 0,0       | 2,2       | 5,3       | 0,0       | 0,8     |
| <b>Mezi hráči hazardních her (bez loterií) v posledních 12 měsících (n=212)</b> |      |      |            |           |           |           |           |           |           |         |
| Žádné riziko (0 bodů)   | 84,2 | 85,7 | 84,4       |           | 85,2      | 86,8      | 89,8      | 77,5      | 81,8      | 81,0    |
| V riziku (1+ bodů)  | 15,8 | 14,3 | 15,6       | 10,7-20,4 | 14,8      | 13,2      | 10,2      | 22,5      | 18,2      | 19,0    |
| > z toho vysoké riziko (2 body)   | 5,6  | 5,7  | 5,7        | 2,5-8,8   | 3,7       | 0,0       | 6,1       | 17,5      | 0,0       | 4,8     |

*Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2019b)*

Obrázek 2 –Výsledky screeningové škály Lie/bet v obecné populaci podle pohlaví a věkových skupin. Zdroj: Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v roce 2018.

Nechanská (2016) přináší klinické statistiky jak ambulantně léčených pacientů, tak těch, kteří byli mezi léty 2009 až 2015 hospitalizováni na lůžkových odděleních psychiatrických nemocnic a léčeben. V období těchto šesti let bylo ambulantně léčeno v průměru 1430 osob za rok. Toto číslo má tendenci k mírnému nárůstu až na 1457 za rok 2015. Tuto zvyšující se tendenci potvrzují i starší statistiky ÚZIS z let 2006 – 2012, kdy bylo ambulantně léčeno v průměru 1370 pacientů ročně (Nechanská, 2013). Oproti tomu lůžková zařízení hlásí pokles z počtu 617 pacientů v roce 2009 na 488 v roce 2015. Z tohoto vyplývá, že i když počet patologických hráčů neklesá, vypadá to, že si raději volí ambulantní léčbu oproti pobytové.

Zajímavé výsledky přináší Nechanská (2016) i v oblasti genderového rozložení hráčů, kdy se podíl ambulantně léčených žen hráček zvýšil z průměrných 11% na 14% v roce 2015. Pobytově léčené ženy vykazují s nepatrným nárůstem relativně konzistentních 10% celkově léčených pacientů.

## **Dětská populace**

Mravčík a kol. (2019) odkazují na studii ESPAD z roku 2018, které se zúčastnilo bezmála dva a půl tisíce šestnáctiletých respondentů. Tato velká školní studie monitoruje chování studentů v oblasti kouření, alkoholu, drog, hazardního hraní atd. Do výzkumu se zapojilo 66 středních škol (186 tříd).

Dle výsledků, ke kterým studie došla, se 20,8 % studentů věnovalo hazardnímu hraní v uplynulých dvanácti měsících (pro srovnání s rokem 2016 to bylo 11,2%).

Pro porovnání Mravčík a kol. (2017) přinášejí i výsledky ze stejné studie z roku 2016, kdy se 11,2% studentů věnovalo hazardnímu hraní v uplynulých dvanácti měsících a 2,4% dokonce minimálně dvakrát týdně hrají o peníze. Nejčastěji tráví u hazardních her do půl hodiny denně, ovšem přes 1,5% studentů tráví u her, kde hrají o peníze, přes dvě hodiny denně. Výskyt je ve všech případech několikanásobně vyšší u chlapců než u dívek.

Nejoblíbenější hrou zůstává loterie a stírací losy, kurzové sázky. Když srovnáme výsledky ze studií v letech 2016 a 2018 tak studenti gymnázií se vyrovnali se studenty středních škole bez maturity (Mravčík a kol., 2019).

## 2.4.2 GAMBLING V EVROPĚ

Griffiths (2009) ve své práci srovnává fenomén patologického hraní v rámci Evropy a kromě jiných výzkumů se např. zabývá tím, jaké výnosy z hraní mají jednotlivé státy. Z jeho zjištění vyplývá, že absolutní jedničkou je v tomto směru Velká Británie s výnosem z hazardu, který činí 11 mld €, hned za ní se umístilo Německo se svými 8,4 mld € a Francie s 7,6 mld €. V přepočtu výnosu na osobu podle počtu obyvatel se ovšem na první příčky dostávají Irsko s 279 € na osobu a rok, Finsko s 239 € na osobu a rok nebo Lucembursko se 194 € na osobu a rok. V celkovém výnosu první Velká Británie se, po přepočtu na osoby, dostává až na čtvrté místo se 181 € na osobu a rok.

Mimo jiné Griffiths (2009) také poukazuje na to, že prevalence patologického hráčství se zdá v Evropě podobná jako jinde na světě, tudíž v rozmezí 0,5%-2% v dospělé populaci. I Evropa má ovšem své výjimky a těmi jsou např. Estonsko, Finsko nebo Švýcarsko, kam prevalence sahají až ke 3%.

Jiné statistiky přináší Mravčík a spol. (2014), který píše o mnohonásobně převyšujícím počtu elektronických herních zařízení (EHZ) v České republice oproti jiným evropským státům, dává přitom k dispozici data z roku 2013, která udávají, že v České republice je v přepočtu 7,5 EHZ na 1000 obyvatel, což je v porovnání se sousedními státy (Slovensko 3,7, Německo 3, Polsko 0,6, Rakousko 0,3) opravdu extrémní nabídka.

### **2.4.3 GAMBLING VE SVĚTĚ**

Už dávno polemizovali ve svém článku Nešpor a Csémy (2005) nad tím, jak těžké je porovnávat výsledky studií v Evropě a zbytku světa kvůli rozdílné metodice získávání dat a tudíž rozdílným závěrům. I přesto vložím pár zajímavých dat, která ve své práci citovala Maierová (2014). Výzkumné odhady patologického hráčství dle Coxe a kol. (2005) v Kanadě je asi 2% z celkové populace. Petry, Stinson & Grant (2005) zase poukazují na nízkou prevalenci hráčství v USA a to ve výši 0,42%, tomuto ovšem oponují jiné výzkumy, které dle Pietrzak a kol. (2003) dosahují až 20% u adolescentů a až 6% u dospělých Američanů. Schofield a kol. (2004) se zase věnují výzkumu ve venkovských oblastech Austrálie, tam se prevalence patologického hráčství pohybuje okolo 0,8% (Maierová, 2014).

## **2.5 STÁDIA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ**

Průběh patologického hráčství rozděluje Nešpor (2006) do tří stádií dle schémat používaných ve Spojených státech amerických. Časově se stádia určit nedají, protože každý potřebuje k rozvoji patologického návyku jinou dobu a jednotlivé případy se posuzují vždy individuálně. Obecně ale platí, že u dospělých jedinců se závislost rozvine po jednom až třech letech, u dospívajících a dětí ještě mnohem dříve v řádu měsíců, někdy i týdnů.

### **1. Stádium výher**

První stádium začíná nenápadně, hráč vyhraje určitý obnos peněz, který bývá většinou vyšší, než očekával. Jedná se o tzv. velkou výhru. To se mu zalíbí a výhru chce zopakovat. Hraje čím dál častěji a má velmi optimistické vyhlídky. Hru vnímá velice pozitivně, často o ní mluví a sní o velké výhře. Někdy se chlubí výhrou, i když nepřišla. Pomalu přechází od společenského hraní k hraní osamělému.

## 2. Stádium prohrávání

V tomto stádiu již hráčství nazýváme patologickým. Hráč je naprosto zaujat hrou a jejími okolnostmi, na hraní si již většinou půjčuje peníze a nemůže s hraním přestat. Začíná trpět okolí hráče. Problémy pocítuje rodina, zaměstnání i okolí. Hráč se čím dál více zadlužuje a jeho pokusy o abstinenci nebo regulované hraní jsou neúspěšné. Hráč čím dál více lže a peníze si nezřídka opatřuje ilegální cestou.

## 3. Stádium zoufalství

Hráč už má za sebou soudy, exekuce, rozvody. Pověst hráče je v troskách stejně jako jeho psychika. Hra zcela ovládá jeho život, objevují se deprese a sebevražedné pokusy. Někteří unikají k alkoholu nebo drogám. Litují se a obviňují ostatní ze svého nešťastného života. Dluhy hráče se zvětšují do milionových částek. Typické jsou krádeže a majetková trestná činnost pro získávání peněz na hru. Objevují se výčitky svědomí, ale nic pro změnu nedělají. Rozpadají se rodiny i další sociální kontakty. (Nešpor, 2006)

## 2.6 TYPOLOGIE HRÁČŮ

Pokud vidíme někoho stát u výherního automatu či v sázkové kanceláři, nemůžeme ho ihned nazvat patologickým hráčem, existuje několik typologií, podle kterých se hráči selektují, a tady jsou tři z nich:

Vykopalová dělí hráče do tří různých skupin.

První skupinou jsou tzv. **profesionální hráči**, kteří mají hraní jako výdělečnou činnost (podstupují vysoké riziko, že časem dojde k propadnutí hazardu).

Druhou skupinou jsou tzv. **sociálně adaptovaní hráči**, kteří hrají pro zábavu nebo příležitostný výdělek, hrají kontrolovaně a bez dluhů.

Třetí skupinou jsou tzv. **chorobní hráči neboli patologičtí hráči**, kteří ztrácí kontrolu nad hraním nebo ji už ztratili, neumí přestat, hraní ovlivňuje jejich životy i životy jejich blízkých. Hráči jsou neustále zaujati myšlenkami na hru, jsou zadluženi. (Vykopalová, 2001)

Na druhou stranu Hupková dělí hráče také do tří skupin, ale má již více rozpracovaná specifika konkrétních skupin.

Do první skupiny řadí tzv. **sociální hráče**, kteří hrají krátkodobě v souvislosti s krizovým obdobím nebo momentálním pocitem méněcennosti. Hráči nemají rozvinutou závislost.

Druhou skupinou jsou tzv. **hráči s narušenou osobností**. Tito hráči se chovají impulsivně, neočekávaně, necítí vinu za hraní ani dluhy, vykazují disociální strukturu osobnosti.

Třetí skupinou jsou tzv. **hráči s nízkou sebeúctou**, kteří hrají pro pocity zvýšení své hodnoty, po prohře propadají do těžkých pocitů viny. V běžném životě jsou jinak úspěšní. (Hupková, 2009)

Nejznámější je typologie podle Chvíly, ten rozděluje hráče do tří skupin podle specifických znaků, které vykazuje jejich chování.

**Typ A** – je reprezentován progresem. Chce stále víc. Více hrát, více sázet, shání stále více peněz, jakoukoliv cestou, i kriminální. Typické je stupňování chuti a bažení. Jedná se o sociálně špatně adaptované jedince.



**Typ B** – jedinec s klasickým vnějším místem kontroly, obviňuje všechny okolo sebe, lže a očekává pomoc od svého okolí. Je úzkostný, neurotický s nízkou mírou sebehodnoty.

**Typ C** – nejtěžší závislost doprovázená zneužíváním návykových látek a alkoholu. Hraní považuje za součást svého života a nic na tom není schopen změnit, je hrou naprosto pohlcen. (Chvíla in Mühlpachr, 2008)

## 2.7 LÉČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Není tomu tak dávno, kdy byla problematika patologického hráčství výrazně podceňována a s tím souvisely i možnosti léčby, které byly velmi omezené. V podstatě se dá říct, že patologické hráče dávali do jednoho „pytle“ s ostatními závislostmi, což se v mnohých zařízeních děje dodnes, ovšem tato praxe není, vzhledem ke specifickým patologického hráčství, zcela optimální. Naštěstí se poslední roky osvěta okolo hráčství šíří rychleji než dřív, a tudíž je stále více zařízení, jež se specializují výhradně na léčbu patologického hráčství.

### 2.7.1 MOŽNOSTI LÉČBY

Pokud si dnes patologický hráč přizná, že má problém a chtěl by s tímto něco dělat a podstoupit případně léčbu, tak má několik možností.

Jako první krok může využít kontaktu přes **krizovou telefonní linku**: jedná se o tzv. linky důvěry, které fungují většinou non-stop a využívají se hlavně v akutní krizi a často v noci, kdy není dostupná žádná jiná služba.

Další možností je navštívit **skupinu Anonymních gamblerů**: to je skupina, která vznikla roku 1957 v Los Angeles a poté se rozšířila do celého světa. Jedná

se o svépomocnou otevřenou skupinu pro patologické hráče. V Las Vegas, městě hazardu, je takových skupin více než osmdesát a několik je jich i v České republice ([neprohrajivot.cz](http://neprohrajivot.cz)).

Na cestě k uzdravení patologického hráče může potkat také kontakt s **adiktologickou ambulancí**, která je zaměřená na léčbu závislostí, klient dochází ambulantně a je v péči adiktologa.

Ambulantní léčba je realizována také v jiných organizacích, které nabízejí bezplatné a anonymní terapeutické služby ambulantního charakteru, jedná se zejména o individuální nebo skupinovou psychoterapii, jež je vedena psychologem nebo terapeutem. Taktéž je možné využít služeb psychologů nebo terapeutů v nemocničních zařízeních nebo soukromých praxích.

V případě, že patologickému hráči nepostačuje ambulantní typ léčby, je možnost využít služeb komunitního typu. Komunitní léčba patří do dlouhodobých pobytových forem léčby, které trvají několik měsíců. Trendem se stala v polovině minulého století. Klientům se komunita snaží co nejvíce přiblížit podmínky běžného života, a kromě podpory abstinence, sociálních rolí, rodinných a jiných vztahů, nabízí i učení finanční gramotnosti a dalších dovedností ([ceskapsychiatrie.cz](http://ceskapsychiatrie.cz)).

S komunitní léčbou úzce souvisí také ústavní léčba, která se realizuje v rámci psychiatrických nemocnic a léčeben, nařizuje se tam, kde ambulantní léčba nestačí nebo hrozí páchání trestných činů. O pacienty se starají psychiatři a psychologové.

## 2.7.2 TERAPIE

*„Jdi do sebe a do svých hlubin a nejprve poznej sám sebe, pak pochopíš, proč musíš onemocnět a snad se tomu, abys onemocněl, vyhneš.“*

*Sigmund Freud*

Jak již bylo výše zmíněno, jednou z možností léčby je terapie nebo psychoterapie, rozdíl je v tom, zda léčbu vede terapeut nebo psychoterapeut, čili člověk s psychologickým vzděláním. V obou případech je to odborník, který absolvoval sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik a většinou terapii vede ve stylu zaměření svého výcviku.

Psychoterapie by se dala zjednodušeně popsat jako léčebné působení kvalifikované osoby pomocí psychologických prostředků, jehož cílem je zmírnění či odstranění pacientových obtíží a jejich příčin, v průběhu psychoterapie dochází ke změnám v pacientově chování a prožívání (Kratochvíl, 2006).

Mezi hlavní současné psychoterapeutické směry řadíme např. dlouhodobou hlubinnou psychoterapii, dynamickou a interpersonální psychoterapii, dle jejího zakladatele pojmenovanou Rogersovskou psychoterapii, kognitivně behaviorální terapii známou více pod její zkratkou KBT, gestalt, někdy zvanou jako tvarovou terapii, anebo také existenciální a humanistickou psychoterapii. Vedle těchto hlavních terapeutických směrů existuje spousta dalších alternativ, jako je například transpersonální psychoterapie (Kratochvíl, 2006).

Rozvedla bych zde více tři směry, se kterými se u nás nejvíce setkávám v prostředí léčení závislostí.

### **Hlubinná psychoterapie – psychoanalytická psychoterapie**

Sigmund Freud vynalezl tehdy nový terapeutický směr, který pracoval s nevědomými motivy navázanými na psychosexuální vývoj lidského libida, do té doby něco nevídaného a v kontextu prudérní viktoriánské doby velmi kontroverzního. Nazval ho psychoanalýza a od něj se posléze vyvíjeli další

hlubinné směry jako např. analytická nebo dynamická psychoterapie. Psychoanalytická psychoterapie, jak již bylo zmíněno, se věnuje nevědomým aspektům lidské psychiky, terapeut se společně s pacientem snaží odhalit nevědomé vzorce chování, najít kořeny a příčiny jeho obtíží a přes přijetí a vyrovnání se s jeho minulostí, dojít k řešení současných problémů. Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie je dlouhodobá hlubinná terapie a snaží se docílit trvalých změn v pacientově osobnosti.

Psychoanalyticky zaměřená práce s hráči vypadá tak, že se snažíme přijít na to, co z minulosti způsobilo jeho dnešní patologické hraní. Co pro něj hraní znamená a jakou nevědomou frustraci si tím pacient saturuje. Více než o samotném hraní, mluvíme o vztazích v rodině a jeho dětství. Propojujeme minulost s přítomností a hledáme vzorce, podle kterých se hráč dnes chová. Pracujeme s tezí, že pravda neboli zvědomění je to, co uzdravuje.

### **Gestalt terapie**

Její zakladatel F. Perls ji nazval tvarovou neboli celostní, jelikož apeloval na to, aby se na psychické zážitky pohlíželo jako na jednu celistvost. Gestalt terapie se soustředí na přítomnost tady a teď a autentickou existenci spolu s prožíváním a vyjadřováním emocí. Hlavní teze jsou tedy princip přítomnosti, vztah „já a ty“ čili přesné nasměrování, kam emoce patří a také zůstávání v emoci, od které chce pacient utéct (Kratochvíl, 2006).

Gestalt pracuje s uvědomováním si, jak fungujeme - naše pocity, naše tělo a naše myšlenky. Závislí jsou z části od sebe úplně odpojení. Zvědomování se děje přes vztah s terapeutem, který se zaměřuje na přítomnost (tady a teď), snaží se propojit tělo, mysl a emoce a hlavně, může brát závislost jako kreativní přizpůsobení a jako symptom.

### **KBT - Kognitivně behaviorální psychoterapie**

Kognitivně behaviorální psychoterapie je relativně mladý směr, který se začal formovat někdy v sedmdesátých letech minulého století syntézou dvou starších směrů kognitivní a behaviorální terapie. KBT patří mezi krátkodobé

terapie většinou do dvaceti sezení, kterým předchází diagnostika pacienta. Poté se terapeut snaží pacientovi zvědomit jeho patologické myšlení vedoucí k dysfunkčnímu jednání. KBT se opírá o teorie učení, vždy si ohraničí konkrétní problém a toho se drží, pracuje jen s tím, co je vědomé a pozorovatelné, vede klienta pomocí nácviků a procvičování k soběstačnosti a velký důraz dává na vědeckost a empirickou podložitelnost svých postupů (Kratochvíl, 2006).

V práci s patologickými hráči tato terapie vypadá tak, že terapeut klienta drží v přítomnosti, reálném náhledu na jeho problém se závislostí a společně hledají cestu, jak nehrát pomocí učení a nácviku. Příkladem je prevence relapsu, kdy učíme klienta strategiím a opatřením, které má aplikovat při léčbě (omezit svůj přístup k financím, volat domluvené osobě v okamžiku krize a bažení, mít v peněžence vizitku svého terapeuta, která mu připomene, že vlastně hrát už nechce, změnit cestu do práce tak, aby nevedla okolo herny atd.).

Terapii můžeme též dělit podle počtu zúčastněných osob na:

**Individuální terapii**, kdy je na sezení přítomen pouze terapeut a pacient, jedná se o nejintimnější druh terapie, kdy se v bezpečném prostoru tvoří terapeutický vztah a místo pro nejhlubší prožitky pacienta.

**Párovou terapii**, ve které je kromě terapeuta a pacienta přítomen i pacientův partner. Při této terapii je odkloňujeme od individuálních témat, na klienty pohlížíme z hlediska páru jako celku a jejich témata vnímáme jako párová, tzn. společná.

**Rodinnou terapii**, ve které může být přítomen každý, koho rodinný systém považuje za součást rodiny, od rodičů až po psa. Úlohou terapeuta je pochopit, jak rodina funguje, zvědomit jim jejich nevědomé vztahové motivy, které vedou k aktuálnímu chování a prožívání rodiny.

**Skupinovou terapii**, kde je přítomen terapeut, někdy s koterapeutem a skupina pacientů, které spojuje podobné téma. Tito se pravidelně setkávají, aby sdíleli své příběhy, prožívání a zkušenosti. Role terapeuta bývá ve skupině

většinou upozaděna, jelikož velkým léčivým potenciálem disponuje samotná dynamika skupiny. Terapeutické skupiny dělíme na malé a velké podle počtu osob, krátkodobé a dlouhodobé dle délky trvání skupiny, anebo na uzavřené, polootevřené / polouzavřené a otevřené v závislosti na tom, zda je možné do skupiny vstoupit i během jejího průběhu.

### 2.7.3 FÁZE LÉČENÍ

Nešpor (2006) předkládá tři stádia uzdravování patologického hráče:

- **Stádium kritičnosti:** hráč si uvědomuje svou závislost, za pomoci odborníka pracuje na abstinenci, úspěšně přestává hrát, o svém problému hovoří s blízkými a začíná řešit svou dluhovou situaci.
- **Stádium znovuvytváření:** teď už bývalý hráč si dává dohromady život, splácí dluhy, reparuje rodinné vztahy, zbavuje se myšlenek na hru a nachází nové zájmy, začíná být schopen žít kvalitní život a pomalu si získává zpět důvěru svých blízkých.
- **Stádium růstu:** jedinec se již nezabývá myšlenkami na hru, chápe své psychické pochody a je schopen pomáhat sobě i druhým a řešit nové životní problémy a komplikace zralými způsoby. (Nešpor, 2006)

Osobně bych před tato tři stádia vložila ještě stádium přemýšlení o změně a léčbě, domnívám se, že již v tomto okamžiku se uvnitř pacienta začíná rodit proces léčení.

## 2.8 PREVENCE

Často se i u jiných patologických jevů dočítáme, jak důležitá je prevence a že tímto to má vlastně začít. Sama jsem přednášela na několika besedách na středních školách v rámci programu prevence problémového hráčství, ale to samo o sobě nestačí.

Prevenčí je třeba začít v primární rodině, pokračovat ve školách, zaměstnáních, působit na média, a hlavně každý by měl jít sám příkladem. Karel Nešpor užívá trefnou větu „*Mysli globálně, působ lokálně*“ (Nešpor, 2011, str. 94), má tím na mysli, že je správné mít v povědomí všechna rizika a mít všeobecný přehled, nicméně abychom mohli něco opravdu změnit, máme působit tak, jak je to v našich silách a možnostech, tím vytvoříme víc, nežli sněním či polemizováním o něčem, co nemůžeme ovlivnit.

Ačkoliv jsou všechna preventivní opatření potřebná a přínosná, největší vliv má přece jen dostupnost hazardu. Výzkumy z USA potvrzují, že státy, které mají striktnější zákony o hazardu, mají ve své prevalenci mnohem méně patologických hráčů (Nešpor, 2011).

Toto potvrzuje i Norská studie, která zjišťovala změny ve společnosti po zákazu hazardu, k němuž došlo v Norsku v roce 2007. Výsledky studie ukázaly, že zákaz měl spoustu pozitivních dopadů, jako méně akutních telefonátů na krizové linky, žádný nárůst náhradního ilegálního hazardu, pozitivní vliv na bývalé patologické hráče atd. (Lund, 2009).

V České republice je prevence problémového hráčství součástí prevence rizikového chování. Na nadnárodní úrovni ji koordinuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), dále pak na krajích působí krajsí koordinátoři prevence a na místní úrovni prevenci koordinují oblastní metodici prevence v rámci pedagogicko-psychologických poraden. Problematika prevence nelátkových závislostí a hazardních her se nejvíce řeší v 8. a 9. třídách ZŠ, kde je na to vyčleněna největší časová dotace (Mravčík, 2019).

Česká republika disponuje programy zaměřenými specificky na prevenci problémového hráčství. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky podpořila v roce 2018 celkem 11 programů zaměřených na prevenci problémového hráčství (Mravčík, 2019).

Poslední roky evidujeme také nárůst hraní hazardních her on-line, na tuto skutečnost také reaguje projekt HRaní (harm reduction v prostředí hazardu) - Společnost Podané ruce o.p.s. Tento projekt se bude snažit zavést metodu preventivní e-terénní sociální práce s motivy harm reduction v prostředí online hazardu a předcházet tak tomu, aby se z hráčů stali problémoví hráči a zároveň snižovat rizika hraní hazardních her. (Mgr. Častulíková, koordinátorka prevence, Spol. Podané ruce. o.p.s., osobní sdělení, 25.6.2019)

### 2.8.1 ZÁKON O HAZARDNÍCH HRÁCH

Protože dopady hazardního hráčství jsou mnohdy fatální a legislativa byla v tomto směru dlouhodobě nevyhovující a nedostačující, vyšel 1.1.2017 nový zákon o hazardních hrách s číslem 186/2016 Sb., který mimo jiné přináší mnohá preventivní opatření, jež mají zamezit či brzdit rozvoj patologického hráčství. Některá z nich zde ve velmi redukované podobě uvedu, jsou to např.:

***Snížení dostupnosti hazardních her***, zákon zde stanoví např. pevné otevírací doby heren a kasin, respektive nařizuje mít v určité hodiny zavřeno. Patří sem i zákaz hracích automatů v jiných zařízeních než hernách a kasinech nebo zákaz poskytování výhod, např. v podobě občerstvení zdarma hráčům.

Další prevencí je ***Opatření pro zodpovědné hraní***, které v sobě nese spoustu sebeomezujících opatření, která je majitel herny povinen nabídnout hráči, jako např. limit maximální sázky či prohry nebo počtu přihlášení do uživatelského konta.



Velkou novinkou, do které je vkládána spousta očekávání, je opatření, které vchází v platnost 1.1.2018 a tím je **Vyloučení z účasti na hazardní hře** a k tomu má sloužit **Rejstřík fyzických osob vyloučených z účasti na hazardních hrách**. Do tohoto rejstříku se člověk může zapsat jak dobrovolně, jakožto jedno ze seberegulačních opatření, které napomůže hráči v abstinenci, nebo tam může být osoba zapsána úřady v případech, jako jsou osobní bankrot, pobírání dávek hmotné nouze, nařízení ochranné léčby spočívající v léčení závislosti na hazardních hrách atd. Majitel herny je povinen dodržovat a kontrolovat toto opatření, jinak se vystavuje postihu za maření zákona. Tento registr je neveřejný, přístup má pouze majitel herny (zakonyprolidi.cz).

*“Stále není funkční tzv. rejstřík fyzických osob vyloučených z účasti na HH, který měl zajistit fungování centrální evidence osob vyloučených jak dobrovolně, tak ze zákona, tj. např. osob pobírajících dávky v hmotné nouzi, osob v úpadku a osob se soudem uloženou povinností zdržet se hraní HH nebo podstoupit léčbu patologického hráčství. Počet těchto osob je v ČR odhadován na 200–400 tisíc.”* (Mravčík, 2019, str. 7)

Od 1.1.2017 byla taktéž zavedena výrazná omezení propagace hazardu a zákaz zaměření takovéto reklamy na osoby mladší 18 let. U každé reklamy na hazard potom musí být sdělení: *„Ministerstvo financí varuje: Účastí na hazardní hře může vzniknout závislost!“*. Zároveň novým zákonem vyšlo v platnost vyšší zdanění hazardu. (Mravčík a kol., 2017).

*“V r. 2018 se základní legislativní rámec regulující oblast hazardního hraní nezměnil, tvoří jej od r. 2017 zákon o hazardních hrách (ZHH) a zákon o dani z hazardních her, které nahradily zákon o loteriích a jiných podobných hrách (ZoL).”* (Mravčík, 2019, str. 15).

## 2.9 DOPADY PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

„Jeden patologický hráč zkomplikuje v průměru život dalším 15 lidem“ (Nešpor, 2011). S tímto tvrzením nelze jinak než souhlasit. První, kdo odnáší dopady patologického hráčství, bývá nejbližší rodina, a to často ještě dříve, než si patologický hráč vůbec připustí svůj problém. Mezi první příznaky patří náhlý úbytek rodinných financí, patologický hráč si bere peníze určené na provoz domácnosti, rozprodává rodinný majetek pod různými záminkami a zadlužuje se. Osobnost hráče se mění, je nervózní, agresivní nebo úzkostný a tohle všechno ovlivňuje vztahy v rodině, která nic netuší, protože hráč z počátku vše důkladně tají a mlží o všech okolnostech okolo hraní.

Velmi ohroženou skupinou jsou děti patologických hráčů, které mají velké problémy spojené s citovou a posléze i hmotnou deprivací, své úzkosti si přenášejí do škol a mezi vrstevníky, kde bojují s pocity viny za své rodiče, často se v nich pod touto tíhou rozvinou agresivní sklony, přičemž se samy nezřídká stávají oběťmi svých agresivních závislých rodičů (Nešpor, 2011).

Problémy se ale dříve či později dostanou i mimo rodinu, potom se dostávají na povrch tvrdé důsledky hraní, které jsou již veřejně známé a přinášejí mimo jiné ztrátu společenského postavení, sebeúcty a v neposlední řadě přátel a blízkých.

Schofield a spol. (2004) popisují některé z nich. Krachy v zaměstnání či podnikání, hrozba bezdomovectví, rozpady partnerství a celých rodin. U dlouhodobě neřešeného patologického hráčství se objevuje trestná činnost, hlavně zpronevěry, krádeže, dluhy na alimentech, dokonce násilná trestná činnost nebo homosexuální prostituce nebývají výjimkou. Všechny tyto problémy se ale mohou dostavit i u osob, které ne zcela stoprocentně splňují kritéria závislosti, někdy i pouhé koketování s hazardem může přinést velké problémy a kruté následky (Toce-Gerstein a spol., 2003).

### 3 RODINNÉ FAKTORY V KONTEXTU ZÁVISLOSTI

*“Rodina představuje základní přirozenou sociální skupinu s rozhodujícím významem pro růst a vývoj lidského jedince“ (Zášková, 1998).*

#### 3.1 RODINA

Rodina je základ státu, říkalo se v dobách nedávno minulých, a z jistých hledisek je toto tvrzení stále platné. Rodinu totiž můžeme pojmut hned z několika úhlů. Lovasová (2005) vidí rodinu ze sociologického pojetí jako součást společenského systému. Průcha (2013) zase pojímá rodinu z hlediska demografického jako jakýsi reprodukční prvek, který zajišťuje vývoj společnosti a považuje ji za úplně první společenskou instituci.

Singly (1999) dělí rodinu na tzv. nukleární neboli primární, do níž patří matka, otec a potomci, a dále na rodinu širší, kam můžeme zařadit prarodiče, tety, strýce a jejich potomky. Nás ovšem zajímá hlavně psychologický pohled, který na rodinu nenahlíží jen jako na osoby pokrevně či manželsky spjaté, jak popisují Hartl a Hartlová (2000), nýbrž z hlediska její funkce, vzájemného působení všech jednotek, kvality soužití a pohledu na role jednotlivých členů rodiny v jejím celkovém pojetí.

Krásnou definici rodiny zastává Dobson (1995), který vnímá rodinu jako systém lásky a přijetí, čím více lásky v primární rodině dostaneme, tím více ji můžeme dávat zpět a dál do širší společnosti, stejné je to potom s úctou a respektem. Touto definicí se dostáváme k rodinnému prostředí, rodinné atmosféře, vazbám mezi jednotlivými členy a výchovnými styly, které ovlivňují další vývoj dítěte, jeho postavení ve společnosti a v neposlední řadě postojům sama k sobě.

Rodina tvoří v první řadě určité seskupení a celek. Pakliže máme toto naplněno, tak rodina plní určité funkce. Pokud má rodina správně fungovat, tak musí být tyto funkce naplněny. Kraus (2014) hovoří o tomto výčtu funkcí: hmotné zabezpečení členů rodiny; péče o zdraví, výživu, kulturní dědictví; vštěpování morálních postojů; ovlivňování, ochrana a podpora. Mimo tento výčet funkcí se rodina podílí na dalším zachování rodu a reprodukci další generace. Na druhou stranu Mühlpachr (2008) více strukturuje a shrnuje do obecných rovin funkce rodiny. Těmito funkcemi jsou: biologicko-reprodukční funkce; ekonomická funkce; socializační a akulturační funkce; emocionální funkce.

Nevšímal (2007) vidí v dysfunkčních rodinách vznik patologického chování. Tímto dysfunkčním chováním může být projev závislosti, psychické či fyzické násilí, zanedbávání apod. Pokud dlouhodobě dochází k tomu, že rodina není schopna nebo z dalších příčin nenaplňuje výše zmíněné funkce. Může docházet k tomu, že se tato skutečnost začne projevovat v rámci mezilidských vztahů v rodině nebo na jednotlivých členech rodiny. Každý jedinec k tomu přistupuje jinak a u každého se to může projevovat jinak. Tyto rodiny dle odborné literatury nazýváme dysfunkční rodiny.

### **3.2 RODINNÉ FAKTORY Z POHLEDU PŘÍČIN VZNIKU ZÁVISLOSTI**

*„Jeden můj pacient, gambler, uváděl ve své rodinné anamnéze, že jeho otec mu koupil vše, na co si vzpomněl i nevzpomněl, mezi jeho hračkami byl i pravý výherní automat, jeho první kontakt s hazardem bychom tedy našli v jeho dětském pokojíčku“ (PhDr.Hrůzová, PN Kroměříž, osobní sdělení, 13.12.2017).*

Když bychom se podívali na vznik a udržování závislosti pouze z hlediska rodinného systému, a tím nevylučujeme jiné příčiny, jen se jimi v této práci nebudeme zabývat, najdeme několik faktorů, které stojí za zmínku, popř. jsou podpořeny empirickými výzkumy.

Jak píše Hajný (2008), výzkumy se dříve hojně specializovaly na vztah matky s dítětem, který se vždy považoval za stěžejní, nicméně v poslední době jde trend spíše směrem multifaktoriálním a do výzkumů se čím dál více zapojuje prvek otce a jeho vztah k dítěti. V rodinných výzkumech se navíc setkáváme se spornými příčinami závislostního chování, o kterých se může polemizovat, zda jde o příčinu nebo spíše následek. Pro terapii ovšem tohle není důležité a je třeba brát v potaz vše, co se v rodině děje nebo dělo, protože pokud vynecháme při léčbě závislosti hledání jejího původu a budeme se zabývat pouze následky a tím, co vidíme, a je nám zřejmé, může se nám lehce stát, že nám z terapie vyjdou, jak říká Hajný, „dočasní abstinenti“, kteří časem opět najdou patologickou kompenzaci své frustrace, ať už ve stejné závislosti nebo v něčem jiném a novém.

Výzkum Szapocznika a Coatswotha (1999) uvádí některé charakteristiky rodin, které mají souvislost s následnou závislostí dětí, jsou jimi např: kriminalita rodičů a užívání návykových látek, hyperprotektivní nebo naopak nedostatečná péče o děti, problémy s komunikací v rodině, nejasný přístup k pravidlům a hranicím v rodině, rodičovská ignorace sociálních kontaktů dětí.

Podobné rysy závislostně postižených rodin uvádí i Hajný (2001), patří mezi ně: očekávání předčasné zralosti dítěte, zneužívání dětí do role důvěrníka dospělého, extrémně liberální nebo naopak kontrolující přístup rodičů, manipulace v rodině, negativní emoce, jejich neovládání a časté pocity studu a viny, popř. když je dítě bráno jako nástroj reparace neplněných přání a ambicí svých rodičů

Kalina (2003) se zmiňuje o Cancrinioho typologii závislosti z pohledu příčiny v rodině, ze které pacient pochází.

**Závislost traumatického typu** vzniká u lidí po nezvládnutém traumatu v rodině, jako je úmrtí, zneužívání, násilí, těžká nemoc v rodině atd...

**Neurotická závislost** jako následek dlouhodobě neřešených problémových vztahů v rodině.

**Přechodová závislost**, která vzniká jako reakce na nestálost, psychickou zátěž v rodině nebo zvláštní a nestandardní rodinné aktivity jako jsou sekty.

**Sociopatická závislost**, kdy závislý i jeho rodina považují za normu různé typy asociálního chování, které bývá součástí jejich běžného života.

### 3.2.1 HYPERPROTEKTIVNÍ VÝCHOVA

Když se řekne hyperprotektivní výchova, neznamena to, že rodiče láskyplně pečují o dítě, znamená to, že ho chrání před okolními vlivy tak, že mu tím vlastně škodí.

Vališová a Kasíková (2006) charakterizují hyperprotektivní výchovu jako působení, které je nadměrně pečující, extrémně ochranné a znemožňuje dítěti setkat se se zklamáním, bolestí nebo stresem. Rodiče dítě nadměru podporují, usnadňují mu život a chrání před možným zraněním či újmou i v rozsahu běžných životních situací. Svou snahou dítě všemožně ochránit však rodiče docílí toho, že dítěti znemožní setkat se tváří v tvář s nástrahami vnějšího světa a tím se na ně připravit (Krejčířová, Langmeier, 2006).

ThomasgardaMetz (1999) charakterizují hyperprotektivního rodiče jako člověka, který musí mít dítě neustále na očích, je přehnaně opatrný a úzkostný, nedopustí nezávislost dítěte, nedokáže se od něj odpoutat a má potřebu ho permanentně kontrolovat. Když je dítěti takto znemožněno poznat kauzality života a nástrahy okolního světa, není následně připraveno respektovat to, co se kolem něj děje, stanovit si hranice a hlavně nést následky svých činů (Ungar, 2007).

Podle reakce dítěte na hyperprotektivní výchovu rozlišuje Matějček (1992) dva typy dětí:

První typ se uchýlí k pasivitě, ztrácí sebevědomí a straní se kontaktu s ostatními, protože není schopno samo odhadnout, jak se k němu bude okolí vztahovat, popřípadě na různé interakce vhodně reagovat, v dospělosti se z důvodu neschopnosti socializace mohou objevit deprese a úzkosti.

Druhý typ reaguje na nepřiměřenou kontrolu rodičů agresivitou, kterou otáčí k rodičům, sobě nebo i okolí. Tento typ hledá hranice a vlastní zkušenost, která mu doteď nebyla nabídnuta. Chová se vzdorovitě a protestně, cítí se nenasyceno vnějšími podněty a chce vše dohnat. Takovéto děti potom experimentují s drogami, kriminalitou, sexualitou, jinými závislostmi atd. (Matějček, 1992).

S touto typologií se v podstatě shoduje i Ungar (2007), který druhý typ ještě rozšiřuje o čtyři podtypy, dle druhu protestní reakce, které nazývá podle prvních písmen jejich anglických názvů 4D, jsou to:

Dangerous children - nebezpečné děti

Deliquent children - delikventní děti

Deviant children - odlišné děti

Disordered children - děti s poruchami chování nebo duševně nemocné děti.

Co se týče výzkumů vlivu hyperprotektivní výchovy na vznik závislosti, zabýval se tímto tématem Stanton (1982), který potvrzuje, že příliš ochrannější rodiče mají nesporný vliv na rozvoj závislosti, zároveň ale poukazuje na to, že např. citový chlad a lhostejnost jsou v tomto ohledu ještě zásadnější. Rok poté udělal podobný výzkum Vaillant (1983), který ovšem ve své studii hyperprotektivitu rodičů jako důležitý faktor vzniku závislosti nepotvrdil.

### **3.2.2 CITOVÁ DEPRIVACE V DĚTSTVÍ A NEDOSTATEK MATEŘSKÉ LÁSKY**

Rodiče, kteří sami pocházejí z citově deprivovaného prostředí, velmi často nedokážou dát dítěti dostatečnou vřelost a laskavost a nedokáží se napojit na potřeby dítěte natolik, aby je mohli uspokojit. Podobně jsou na tom mladiství rodiče ve věku mezi patnáctým a osmnáctým rokem, pokud se jim v tomto věku narodí dítě, často jsou sami teprve ve fázi separace od vlastních rodičů a jejich nevyzrálость vede k chladnějšímu chování vůči dítěti, než je tomu u starších rodičů. Pojem „citová antarktida“ používá Langmeier (2011) u rodin, kde se zdá zvenčí, že jsou poměry v pořádku, rodiče jsou inteligentní, hmotně zaopatření, nicméně jim chybí citové napojení na dítě, které se projevuje nepřiměřenými nároky, jež mají

mnohdy kompenzovat jejich vlastní nesplněné sny (Langmeier, Matějček, 2011). Stejně je tomu u rodičů, kteří jsou profesně či jinak zaneprázdněni a svůj čas věnují něčemu jinému, než dítěti. U těchto citově deprivovaných dětí se pak setkáváme s poruchami chování, nemožností vytvořit uspokojivé sociální vztahy, či tendencemi k závislostem na alkoholu, kouření, drogách nebo automatech (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Velká citová deprivace spojená se stejnými následky se samozřejmě týká i dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních.

Čábalová (2011) se domnívá a potvrzuje výše zmíněné názory, že k rozvoji patologického chování dochází při neplnění rodičovských povinností a spatřuje to především při zanedbání výchovy ze strany rodičů.

### 3.2.3 FENOMÉN SPOLUZÁVISLOSTI

Spoluzávislost neboli kodependence je dle Kaliny „*souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina, nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení*“ (Kalina, 2008).

O tomto fenoménu, nenajdeme příliš mnoho adiktologických publikací a výzkumů, přesto je spoluzávislost jednou z nejčastějších forem závislosti (Whitfield, 1991). Na tento opomíjený jev začali ve třicátých letech dvacátého století upozorňovat členové Anonymních Alkoholiků v USA, když přicházeli na to, že na nedobrý průběh abstinenční léčby může mít vliv příliš ochranné, až paradoxní chování rodinných příslušníků (Hajný, 2015).

Frouzová (1997) popisuje, jak se příbuzní patologických hráčů často chovají, aniž by si uvědomovali, že tím závislému vlastně škodí. Zahlazují stopy a jsou ochotní i lhát, aby nebyla ostuda venku, vymůžou si slib, že už to bylo naposled, a tím se nechají naivně uchlácholit, platí dluhy za patologického hráče, paradoxně nechávají cenné věci na očích patologického hráče, aby mu dokázali, že mu věří a tím hráli na jeho svědomí, dokonce mu dávají peníze.



MelodyBeattie (1992) poukázala na to, že se u rodinných příslušníků závislých osob objevují znaky velmi podobné skutečné závislosti a přitom reálnou závislost nevykazují. Toto potvrzuje i Subby (1984), který hovoří o jakémsi kodependentovu „kopírování“ života závislého příbuzného. Před jasným vyhraněním názvu spoluzávislost, anglicky codependency, se pro tento fenomén používaly názvy jako nonalkoholic, coalkoholic, paraalkoholic a jiné (MelodyBeattie, 1992).

V současnosti můžeme na kodependenta pohlížet jako na někoho, kdo tráví hodně času tím, že se snaží kontrolovat druhé a tím vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Jelikož kodependentovo sebepojetí je nízké nebo v nejlepším případě nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých, funkčních hranic a separace (Kudrle, 2003).

Plocová dělí spoluzávislost rodinných příslušníků do tří fází:

- **Fáze utajování:** kodependent všemožně utajuje a popírá závislostní problém v rodině. Skrývá důkazy, obhajuje závislého před veřejností, nezřídka nabádá děti, aby o problému nemluvily, a zakazuje jim např. návštěvy kamarádů u nich doma, aby nebyla závislost odhalena. Pomalu se vytrácejí sociální kontakty a rodina se izoluje od okolního světa.
- **Fáze kontroly:** typické pro tuto fázi je, že se kodependent snaží převzít absolutní kontrolu nad chováním a jednáním závislého. Přes velké obtíže, které v rodině již vlivem závislosti nastaly, je v této fázi pro mnohé těžké závislého opustit, kvůli pocitům viny, že opouští nemocného, kvůli dětem atd...velkým rizikem této fáze je vznik reálné závislosti spolu s partnerem.
- **Fáze odmítání:** nastává většinou až po několika letech, kdy kodependentovi dochází energie a mechanismy kontroly již selhávají. Je to období vět typu: „Už nemůžu dál.“, „Léčba nebo nic“. atd. Kodependent konečně tlačí závislého do léčby a dává mu „nůž na krk“, pro závislého nastává nejtěžší období, nicméně z hlediska perspektivy nejpříznivější. Nátlak rodiny se stává pro počátek léčby velkým motivátorem (monikaplocova.cz).

Podrobněji se kodependencí zabýval Whitfield (1991), který se pokusil blíže charakterizovat spoluzávislého člověka. Přišel na to, že vliv na vznik kodependentního chování nemá až závislost partnera, ale už jeho primární rodina a výchova. Dá se předpokládat, že kodependent pochází z citově chladné a frustrující rodiny, kde byl dlouhodobě vystaven zraňujícím podnětům a emocionálnímu nátlaku ze strany pečujících osob. Toto způsobuje narušenou sebehodnotu jedince, který je potom závislý na pochvalách a hodnocení druhých, z tohoto důvodu má právě tendence k opatrování a přílišnému ochraňování svých blízkých, aniž by byl schopen myslet na své vlastní potřeby, očekává přitom od nich totéž, nicméně to většinou nepřichází. Kodependent se natolik zaměřuje na životy svých blízkých, že absolutně popírá sám sebe.

Příčina a důsledek je ale v případě patologické spoluzávislosti opačná než u zdravých reakcí na závislost v rodině. U kodependentů nacházíme velmi často silný pocit prázdnoty, který se snaží vyřešit posouváním svých osobních hranic, a nezřídka jsme svědky toho, že spoluzávislý přebírá emocionální život závislého, jelikož svůj vlastní nemá (Whitfield, 1991).

O podobnou charakteristiku se pokusila o rok později i Beattie (1992), ta popsala spoluzávislého člověka jako jedince, který ve své pečující lásce cítí odpovědnost za ostatní a lítost, až vinu, pokud mají problémy. Má potřebu neustále někomu pomáhat, což mu zvyšuje jeho hodnotu, pokud to nejde, cítí bezcennost a prázdnotu. Za své intervence očekávají vděk a odplatu stejnou mincí. Vykazují znaky nízkého sebevědomí, nemají se rádi a bez požehnání druhých si sami pro sebe nic nedopřejí, mají pocit, že si nezaslouží být šťastní. Mají velký strach z odmítnutí a tendence bagatelizovat problémy v rodině, které skrývají, tají a lžou svému okolí. Ze vzniklé situace obviňují sebe a posouvají své hranice tolerance. V pozdějších fázích se mohou dostavit deprese, letargie, suicidální tendence, zanedbávání dětí, izolace, agresivita a převzetí závislosti od partnera.

V České republice dělala výzkum kodependence Balúchová (2012) s jednoznačným závěrem, že na vznik tendence ke spoluzávislostnímu chování má největší vliv primární rodina, ze které kodependent pochází.

### 3.2.4 BAWLBYHO TEORIE ATTACHMENTU

Dětský psychiatr a psychoanalytik John Bawby (1907-1990) započal v roce 1956 výzkum attachmentu neboli vztahové vazby poté, co ho Světová zdravotnická organizace požádala, aby zkoumal duševní zdraví dětí bez domova a jejich reakce na dočasnou ztrátu matky (Bawby, 2010).

Bawbyho teorie se brzy stala populárním fenoménem, jehož kontexty se zkoumají po celém světě. Podle Bawbyho (2010) existuje jakýsi vrozený systém v mozku dítěte, který významně ovlivňuje vztah k pečující osobě. Tento systém má za úkol zvyšovat šance na přežití dítěte tím, že koordinuje komunikaci a aktivní vyhledávání matky nebo pečující osoby a tím zajišťuje pocity bezpečí.

Funkcí této vazby je též napojení dosud nezralé dětské psychiky na již vyvinutý a fungující dospělý mozek rodiče a jeho procesy, které mají za úkol zpracovat negativními vlivy vlastního self dítěte a podpořit ty pozitivní. Opakováním těchto procesů dochází u dítěte k zvnitřňování. A typ vazby, který u dítěte vznikl, s ním zůstává již po zbytek života. Bawby rozděluje vazbu, někdy nazýváno též poutem nebo přimknutím, na čtyři různé druhy:

- **Bezpečná vztahová vazba:** dítě, kterému je poskytnut tento typ vazby, žije v jistotě a bezpečí, má rádo tělesný kontakt s rodičem, pokud se mu vzdálí, cítí nepohodu, ale po návratu jej vítá s nadšením a láskou. Vztahová vazba vytváří dítěti bezpečný prostor pro komunikaci, emoce a sdílení (Lečbych, Pospíšilíková, 2012).

Dospělý jedinec s bezpečnou vazbou projevuje zájem o lidi, je sebevědomý, umí si udržet hranice, ale dokáže se i obětovat a pomáhat, důvěřuje lidem a je schopen zvládat bez újmy i frustrační situace, jelikož byl v dětství naplněn pocity lásky, důvěry a bezpečí. Tento typ vazby dominuje u více než 50% populace (psychologie.cz).

- **Úzkostná vztahová vazba:** dítě vyrůstající v této vazbě bylo na jednu stranu zahrnováno láskou a péčí, ale ne vždy, matka někdy mohla vykazovat znaky citového chladu a neempatie, a tak i vztah k matce je velmi ambivalentní. Po odloučení cítí stejně jako dítě s bezpečnou vazbou nepohodu, ale po návratu matky neví, zda ji obejmout či potrestat za její

nepřítomnost. V dítěti se mísí protichůdné pocity vyvolávající úzkost a zároveň závislost na matce (Lečbych, Pospíšilíková, 2012).

Dospělí jedinci potom vyhledávají závislé typy vztahů, ve kterých jsou nespokojeni, stěžují si na citový chlad a vyžadují neustálé dokazování citů a náklonnosti partnera. Tento typ vazby je častější u žen než mužů (psychologie.cz).

- **Vyhýbavá vztahová vazba:** reakcí dítěte s touto vazbou na nepřítomnost matky je ignorace, jakoby mu to vůbec nevadilo, a stejně tak po jejím návratu (Lečbych, Pospíšilíková, 2012). Typický je mdlý fyzický kontakt mezi matkou a dítětem, matka dá dítěti pravidelně jídlo, ale už ho potom nepomazlí. V dospělosti jsou to jedinci s velmi nezávislou povahou a až nápadnou snahou jakýmkoliv způsobem se vyhnout intimním vztahům, každá blízkost jiné osoby je mu nepříjemná a cítí se v ní v ohrožení. I v partnerských vztazích si drží odstup a emocionální chlad. Tato vazba je typičtější pro muže (psychologie.cz).
- **Úzkostně vyhýbavá vazba:** tato vazba nastává u zneužívaných, zanedbávaných nebo jinak traumatizovaných dětí. Lidé s tímto typem vazby se potýkají s velmi silnými emocionálními potížemi, jsou nedůvěřiví, bázliví a jen málokdy navážou intimní vztahy. Prevalence tohoto typu vazby v populaci je nízká (psychologie.cz).

Z hlediska vlivu na vznik závislosti je jediná bezpečná vazba ta první, tam se jedinec dokáže bez problémů poprat s nástrahami vnějšího světa, aniž by na ně musel reagovat nějakou patologií, ostatní typy vazeb jsou v kontextu závislosti ve vyšším riziku (Hajný, 2015), což potvrzuje i Maierová (2014), která říká, že typ vztahové vazby může mít významný vliv na etiologii onemocnění patologickým hráčstvím. Výzkum Scheansové (2017), která se zabývala vztahovou vazbou u patologických hráčů, potvrdil ve vysoké míře to, že bezpečná vazba chyběla v 80% dotázaných gamblerů, pouze 20% z nich uvedlo, že mělo vřelou a láskyplnou matku.

### 3.2.5 FIXACE V ORÁLNÍM STÁDIU VÝVOJE

Sigmund Freud vytvořil teorii psychosexuálního vývoje libida dítěte. Všechny stádia jsou spojené se sexuálním vzrušením jednotlivých erotogenních zón. První stádium je *orální stádium*, časově přibližně od narození do dvou let věku dítěte. Pudové napětí zde uvolňuje mateřský prs pomocí přijímání potravy, pozdější regrese do orálního stádia vývoje se projevuje orálním uspokojováním, čili vším, co přináší slast a uvolnění ústům: kouření, pití, přijímání potravy, hlučná mluva,...

Pro úplnost stručně nastíním ostatní stádia vývoje a jejich fixace. Druhé stádium je nazýváno *análním* podle uspokojení z vypuzování exkrementů. Toto stádium se časuje zhruba do tří let věku, na jeho konci je odložení pudového uspokojení ve smyslu okamžitého vykonání potřeby a nácvik čistotnosti a zadržení výkalů. Fixací v této fázi vývoje vzniká tzv. anální charakter význačný hlavně přehnanou čistotností, šetrností, někdy až hamižností a pomstychtivostí. Třetí fází psychosexuálního vývoje je dle Freuda etapa *falická*, dítě jí končí někdy kolem sedmého roku života a během ní se zaměřuje na objevování svých pohlavních orgánů, pomocí kterých nachází své pudové uspokojení. Během falického stádia děti prochází tzv. *Oidipským obdobím*, které je doprovázeno sexuální touhou po rodiči opačného pohlaví, doprovázené nenávisť a touze po likvidaci rodiče stejného pohlaví. Toto období nazývané též Oidipským komplexem, u dívek někdy podle Junga Elekřiných komplexem, končí identifikací s rodičem stejného pohlaví a je vytěsněno do nevědomí. Čtvrtým obdobím trvajícím až do puberty je *latence*, kdy je sexualita dítěte v útlumu a poté nastává poslední vývojová fáze a tou je stádium *genitální*, které se projevuje hledáním a spojením s náhradním objektem touhy za původní objekty, které se ale již z incestního hlediska stávají nepřijatelnými (Plháková, 2011).

Psychoanalyticky zaměření psychologové si dlouhá léta spojovali fenomén závislosti s fixací v orálním stádiu vývoje dítěte. Bylo to podmíněno tím, že kojeneček vlastně prožívá podobné stavy jako závislý, též je odkázaný na podněty z vnějšku, má tunelové vidění a jde mu především o uspokojení jeho potřeb. Při frustraci či sebemenším odsunutí předmětu jeho zájmu reaguje nelibostí. Freud přirovnával

závislost k masturbaci čili alternativnímu uspokojení sexuálního pudu, propojení hledal hlavně mezi závislostí a orálním uspokojením. Regrese či fixace v orální etapě psychosexuálního vývoje libida se právě projevuje ukojením orálního pudu ve formě nadužívání libidinózních a uvolňujících orálních aktivit jako je kouření, pití atd. (Freud, 1991). Tato Freudova teorie se zdá být platná a vypadá, že má svou logiku. Vyvrátil ji však nebo přinejmenším oslabil rozsáhlý výzkum Vaillanta (1980), který nepotvrdil, že by všichni jedinci fixovaní v orálním stádiu zápolili se závislostí. Nicméně výzkum na druhou stranu poukazuje na to, že mnozí ze závislých vykazují orální chování (Hajný, 2015). Mikota (1995) poukazuje na to, že závislí mají většinou tendenci upnout se na pečující osobu stejně jako malé dítě a využívat její bezpodmínečné péče, aniž by jí to vraceli. Mají zúžené vidění světa zaměřené pouze na uspokojení svých potřeb stejně jako je tomu u dítěte v orální fázi jeho života. Hajný (2008) ovšem připomíná, že znaky orální fixace mají závislí většinou až po rozvinutí jejich závislosti, ne předtím, tudíž se již dnes od této teorie, jakožto příčiny vzniku závislosti, upouští.

### **3.2.6 JINÝ ZÁVISLÝ ČLEN V RODINĚ**

Závislost jiného člena rodiny se bezesporu musí řadit mezi zásadní faktory pro vznik a rozvoj závislosti, hlavně pokud se jedná o rodiče nebo pečující osobu. V tomto vztahu se totiž potýkáme s procesem identifikace a idealizace. Rodič se logicky stává vzorem svým dětem, které přebírají jeho vlastnosti, návyky a chování. Pokud se jedná o procesy nežádoucí, potom zde hraje velkou roli právě idealizace, kdy si dítě nutně pro svůj zdravý psychický vývoj musí nadhodnocovat některé kladné vlastnosti rodičů, a přitom potlačovat ty problematické. Tyto faktory jsou potom zásadní v nevědomém přebírání rodinných vzorců, ačkoliv není výjimkou, že proti nim zprvu postižený bojuje (Hajný, 2015). Významný vliv závislého rodiče na pozdější rozvoj závislosti u dítěte potvrzuje i americký výzkum Steinglasse, který provedl v roce 1981.

## 4 TEORETICKO-KRITICKÁ ANALÝZA STAVU VÝZKUMU A POZNÁNÍ

O vlivech primární rodiny na vznik a rozvoj různých druhů závislostí bylo zkoumáno již mnohokrát, žádný výzkum ovšem nebyl zcela stejný s tím mým, tudíž výsledky nelze přesně porovnat, nicméně předložím několik studií, které jsou svým zaměřením podobné charakteru mé práce. Jejich výčet uvádím od nejstaršího po nejnovější.

Nejstarší z uvedených výzkumů provedl již v roce 1980 Vaillant, ten se zabýval psychoanalytickým tématem fixace v orálním stádiu u závislých jedinců, konkrétně tedy u alkoholiků. Jeho výzkum nepotvrdil, že by významná většina jeho výzkumného souboru byla zafixována v orální stádiu Freudova psychosexuálního vývoje. Ukázalo se, že se tento fenomén opakuje více než v běžné populaci. Otázkou zůstává, zda by se výsledky daly aplikovat na populaci patologických hráčů, jelikož orální forma řešení konfliktu je u alkoholu jasnější než u patologického hráčství a spojitost těchto dvou druhů závislosti je spíše teoretická.

Co se týče výzkumů vlivu hyperprotektivní výchovy na vznik závislosti, zabýval se tímto tématem Stanton (1982), který potvrzuje, že příliš ochrannější rodiče mají nesporný vliv na rozvoj závislosti, zároveň ale poukazuje na to, že např. citový chlad a lhostejnost jsou v tomto ohledu ještě zásadnější.

V roce 1983 uveřejnil Vaillant výsledky své velké studie, kterou prováděl na skupině alkoholiků. Část, která nás zajímá, je ta, kde zkoumal, zda se u matek alkoholiků vyskytují hyperprotektivní prvky výchovy. Můžeme se domnívat, že výsledky mohou být aplikovatelné i na jiné závislosti, nejen alkoholové. Vaillantovi se ovšem v jeho výzkumu tato hypotéza nepotvrdila (Vaillant, 1983).

Výzkum Szapocznika a Coatswotha (1999) uvádí některé charakteristiky rodin, které mají souvislost s následnou závislostí dětí, jsou jimi např: kriminalita rodičů a užívání návykových látek, hyperprotektivní nebo naopak nedostatečná péče o děti, problémy s komunikací v rodině, nejasný přístup k pravidlům a hranicím v rodině nebo rodičovská ignorace sociálních kontaktů dětí.

Jestli se dá závislost léčit psychoanalytickým způsobem, se ve svém výzkumu z roku 2010 pokusila objasnit Eva Tomášková. Její závěry přinesly vhléd do hlubinných vrstev závislostní problematiky. Popsala nevědomé aspekty vzniku závislosti a upozornila na nutnost řešit vytěsněné příčiny, které pomáhá znovu objevit právě psychoanalytická psychoterapie. Tomášková ve své práci popisuje, kdy a ve které fázi je vhodné tuto léčbu nastolit a za jakých podmínek. Dle autorky je lepší hlubinnou terapii zařadit až jako druhou či třetí fázi léčení, abstinenci považuje za nutný předpoklad terapie, hned vedle jisté dávky trpělivosti, inteligence a vnímavosti. Ze studie též vyplývá, jak velký vliv na vznik a rozvoj závislosti má právě primární rodina (Tomášková, 2010).

Velímová (2010) prováděla svůj kvalitativní výzkum na patologických hráčích, studovala jejich osobnost a část výzkumu věnovala jejich dětství. Došla k závěru, že nedostatek stimulujících podnětů v primární rodině vedl k tomu, že mladí lidé ihned po opuštění rodiny měli tendence tyto deprivace kompenzovat jinde a většinou tedy v oblasti závislosti, v našem případě hraní. Její výzkum potvrdil, že většina z dotazovaných měla problémy ve své původní rodině a navíc ti, kteří trpěli i ekonomickým nedostatkem, se snažili vyhrát díky automatům velké peníze pro zvrácení předurčujícího sociálního statusu, ve kterém žili.

Maierová (2014) zkoumala různé aspekty patologického hráčství u téměř 150 hráčů hospitalizovaných v českých psychiatrických nemocnicích. Její obsáhlý výzkum deklaruje mnoho přínosných dat, pro účely této práce je zajímavé hlavně zjištění, že blíže nespecifikovaná většina ze zkoumaného vzorku popisuje své dětství jako nefunkční, frustrující nebo citově chladné.



Další z novějších výzkumů provedla Joklová v roce 2015. Zkoumala postoje rodičů k problematice patologického hraní jejich adolescentních dětí. Její kvalitativní výzkum přinesl poznatky o tom, jak rozdílně vnímají celou věc matky a otcové. Matky se ve svých strategiích zaměřily více na emocionální složku, přemýšlely, zda dávají dítěti dostatek lásky a snažily se o změnu chování potomka nějakou motivací.

Otcové k problému přistupovali více racionálně, jako důvody uváděli to, že se dítěti málo věnovali. Toto chtěli v rámci ozdravného procesu změnit, nicméně většinou se nehodlali vzdát své práce či ji nějak omezit. Většina rodičů se potom shodla na tom, že je potřeba jít svým dětem příkladem a že jim určitě nemohou ukazovat, že oni sami hrají nebo sází. Tento výzkum zajímavě popisuje to, jak rodiče vnímají celou problematiku nezdravého hraní a hazardu i z hlediska genderové rozdílnosti (Joklová, 2015).

V roce 2016 dělal svůj výzkum na patologických hráčích pro diplomovou práci Záruba, z několika jeho výzkumných otázek stojí v kontextu mé práce za zmínku ta, kde zkoumá, co vedlo hráče k tomu, že začali uvažovat o léčbě. Ve velké většině se tímto impulsem stala náhlá událost v rodině, respektive vzhled příbuzných, kteří se do té doby chovali víceméně kodependentně, do situace a jejich tlak na léčbu. Pouze v jednom případě v jednom případě si na to hráč přišel sám. Z výzkumu je zřejmé, jak důležitá je role rodiny při léčbě patologického hráčství (Záruba, 2016).

Nejčerstvější výzkum z hlediska dětství patologických hráčů provedla v roce 2017 Scheansová, ta ve své kvalitativní studii zkoumala mimo jiné kvalitu vztahové vazby patologických hráčů a to jak k matce, tak k otci. Scheansová došla k závěru, že 80% patologických hráčů nezažilo kvalitní mateřskou péči, většina zúčastněných popisovala svou matku jako chladnou a nepečující. S kvalitou otcovské péče vyšly výsledky přesně půl na půl, ovšem hráči popisují, že i tam, kde byl otec vřelý, nedokázal nahradit lásku chladné matky. Další dílčí výsledek studie odhalil, že 63% hráčů nejspíš zažívalo v raném dětství nejistou vztahovou vazbu a více než polovina respondentů uvedla praktikování nepřiměřených tělesných trestů ze strany rodičů (Scheansová, 2017).

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM**

Výzkumný problém navazuje na teoretickou část, která je jeho teoretickým základem. Týká se dětství patologických hráčů a možných rodinných vlivů na vznik a rozvoj tohoto onemocnění. Napříč všemi terapeutickými směry se setkáme s názorem, že dětství člověka nějakým způsobem ovlivní jeho další život a fungování v něm, některé psychologické školy tomu přiznávají větší význam, jiné menší.

Mou vizí bylo prozkoumat, jestli se vybrané faktory vyskytují u zkoumaného vzorku respondentů. Jelikož rodinných aspektů, které by mohly mít vliv na výše uvedené je nespočet, viz teoretická část, a není možné v jedné práci sledovat všechny, otázkou zůstává, zda je vůbec možné všechny aspekty pojmenovat a najít. Vybrala jsem dvě oblasti zkoumání a to, zda se u patologických hráčů ve větší míře vyskytovala hyperprotektivní výchova a zda se při rozvoji patologického hráčství objevil v rodině fenomén spoluzávislosti.

Na hyperprotektivní výchovu lze v tomto kontextu pohlížet jako na faktor možného vzniku tohoto onemocnění a na spoluzávislost zase jako na faktor možného rozvoje této nemoci. Tyto dva rodinné vlivy jsem rozšířila o subjektivní pohled patologického hráče na strategie, které jeho rodina používala v boji s touto závislostí.

### **5.2 CÍLE VÝZKUMU**

Cílem výzkumu je pomocí rozhovoru zjistit, zda se v rodině patologického hráče vyskytla hyperprotektivní výchova ze strany matky či otce, popř. jiné náhradní pečující osoby. Volnými otázkami chci získat odpovědi na to, jaké měl patologický hráč dětství, jaké vztahy v rodině vládly a jaké výchovné styly jednotliví rodiče na dítěti aplikovali.

Dále chci prozkoumat, jak se rodiče, popř. jiní důležití členové rodiny stavěli k onemocnění respondenta, zda pokračovalo jejich hyperprotektivní chování v případě, že bylo prokázáno už v dětství, a jestli vykazovali znaky kodependence a pokud ano, co si o tom respondent myslí z hlediska rozvoje svého onemocnění.

Zajímá mne také, jaké strategie nastolila rodina v boji s patologickým hráčstvím a jak byla tato opatření podle hráče účinná. Očekávám, že výsledky výzkumu mi, a snad nejen mně, pomohou v pochopení atmosféry v rodině zasažené patologickým hráčstvím, toho, co se u nejbližších postiženého děje a jak na to reagují. Doufám, že toto poznání mi bude nápomocno v terapiích s patologickými hráči a jejich rodinami.

### **5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

- 1) Vyskytovaly se v dětství patologických hráčů hyperprotektivní prvky výchovy?
- 2) Chovají se rodiče patologických hráčů vůči nim hyperprotektivně i v jejich dospělosti?
- 3) Vykazovali někteří členové rodin patologických hráčů během jejich onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?
- 4) Jaké strategie používaly rodiny patologických hráčů v boji proti patologickému hráčství?
- 5) Jak se patologičtí hráči staví nyní ke strategiím, které rodiny zvolily v boji s jejich nemocí z hlediska účinnosti?

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 6.1 DESIGN A TYP VÝZKUMU

Jelikož mne více než statistiky opřené o velké množství dat zajímají spíše hlubší kontexty a poznatky ze života respondentů, jejich dětství a subjektivního vnímání okolností jejich hraní, zvolila jsem kvalitativní design výzkumu, který dle Reichela (2009) předpokládá intenzivní šetření zkoumané skutečnosti, prvotní sběr dat a následnou interpretaci výsledků a identifikaci vztahů. Podstatou kvalitativních metod je zkoumání mnoha aspektů u menšího množství objektů. Postupy jsou pozměňovány v souvislosti s vývojem výzkumu a časová náročnost sběru i analýzy získaných dat je značná. Využití statistiky je v tomto případě minimální až nulové, zobecnění výsledků pak sice problematické, výhodou je ale velmi dobré poznání konkrétních podmínek a situací (Reichel, 2009).

Úkolem kvalitativního výzkumu je odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních a sociálně-psychických jevech. Kvalitativní výzkum zachycuje jevy v jejich dynamice a zejména podmínění této dynamiky. Kvalitativní výzkum se tedy orientuje na pochopení smyslu jednajících sociálních subjektů, více odhaluje reálné souvislosti mezi jevy. Cílem kvalitativního zkoumání je pak podle Nového a Surynka (2006) adekvátní popis nebo vytvoření logické konstrukce celku sociálního jevu.

Jako typ kvalitativního výzkumu jsem zvolila několikanásobnou případovou studii. Případová studie je podle Miovského(2006) nejoblíbenějším typem kvalitativních výzkumů v oborech psychologie, psychiatrie a jim podobných, vzpomenout si můžeme např. na Freudovy dnes už legendární Studie o hysterii (Freud, 1947). Případovou studii jsem si vybrala proto, že zájmem pozornosti výzkumníka je zde případ jako takový v plné jeho kráse, hloubce a individualitě a to je jádro mého výzkumu, nechci zde operovat s čísly a statistikami, ale lidskými osudy s respektem k jejich vážnosti.

## **6.2 ZÍSKÁVÁNÍ DAT A OKOLNOSTI VÝZKUMU**

### **6.2.1 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT**

Jako metodu pro získání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který využívá výhod jak standardizovaného, tak nestandardizovaného rozhovoru, což znamená, že má stanovený určitý okruh otázek na předem známé téma, otázky je však možné modifikovat či prohazovat v závislosti na osobnosti dotazovaného. Mezi nevýhody pak patří jeho časová náročnost a obtížnější statistická zpracovatelnost výsledků (Nový, Surynek, 2006).

Ve svém výzkumu jsem i přes obecné doporučení užití standardizovaných metod (Kolařík a kol., 2017) zvolila vlastní otázky nestandardizovaného rozhovoru, které se týkají tří okruhů a těmi jsou přítomnost hyperprotektivní výchovy patologického hráče, přítomnost fenoménu spoluzávislosti v rodině patologického hráče a strategie rodiny v boji s patologickým hraním respondenta a jeho subjektivní náhled na ně.

Otázky měly své pořadí, které jsem dodržela, i když jsem byla připravena jejich posloupnost přizpůsobit rozhovoru v zájmu jeho přirozené kontinuity. Otázky jsem pokládala jako otevřené s oboustrannou možností doplnění jak otázek, tak informací. Celý rozhovor jsem si ručně zapisovala, a navíc se souhlasem respondentů zafixovala i nahrávkou, která mi následně pomohla s přesným přepisem interview.

### **6.2.2 OBSAH ROZHOVORU**

Obsah rozhovoru byl rozdělen do tří tematických částí: přítomnost hyperprotektivní výchovy patologického hráče, přítomnost fenoménu spoluzávislosti v rodině patologického hráče a strategie rodiny v boji s patologickým hraním respondenta a jeho subjektivní náhled na ně.

První oblast je ještě rozdělena na dvě části: hyperprotektivní chování rodičů hráče v dětství a dospělosti. Otázky jsem volila dle svých terapeutických zkušeností a úvah a zároveň jsem se opírala o teoretický rámec této práce, kde je daná problematika blíže vysvětlena. Při tvoření otázek pro oblast hyperprotektivní výchovy jsem se inspirovala diplomovou prací Tauchmanové (2011).

Jak jsem již výše psala, otázky byly sice jasně dané, ale netrvala jsem na jejich přesném pořadí a vždy jsem zdůrazňovala otevřenost otázek a možnost jejich doplnění např. konkrétním příkladem či příběhem. Struktura rozhovoru:

Oblast výchovy a její hyperprotektivní prvky:

- 1) Jaké bylo Vaše dětství?
- 2) Měl jste někdy pocit, že Vás rodiče v dětství opakovaně příliš omezovali v chování a jednání bez evidentního důvodu?
- 3) Máte dojem, že o Vás rodiče měli neustále strach, proto Vás chtěli mít permanentně pod dohledem?
- 4) Opečovávali Vás rodiče i během puberty, jako by Vám bylo stále pět?
- 5) Pamatujete si na to, že by za Vás rodiče dělali věci, které byste v pohodě zvládl sám?
- 6) Stávalo se, že rodiče za Vás chodili orodovat do školy, kvůli přezkoušení nebo nespravedlivé známce?
- 7) Řešili za Vás rodiče Vaše spory s kamarády s jejich rodiči či kamarády samotnými?
- 8) Ubezpečovali Vás rodiče, že příčinou Vašeho neúspěchu nejste Vy, ale špatné okolnosti či někdo jiný?

Oblast hyperprotektivního chování rodičů dospělých hráčů:

- 9) Můžete se zamyslet nad tím, zda některá z výše uvedených tvrzení platí dodnes a případně uvést příklad?
- 10) Stará se některý z rodičů dodnes o Vaši stravu a v jakém rozsahu?
- 11) Měli nebo mají Vaši rodiče přehled i v dospělosti o Vašich financích?
- 12) Musel jste si během studia vydělávat peníze na brigádách nebo jste dostával dostatek peněz od rodičů?
- 13) Dotovali Vás rodiče finančně i po ukončení studia?

14) Půjčují Vám rodiče peníze? Vzali by si sami půjčku, aby Vám mohli dát peníze?

15) Jak se rodiče staví k tomu, když si v životě něco chcete udělat, rozhodnout či zajistit sám bez konzultace s nimi?

Oblast spoluzávislosti:

16) Jak se chovala Vaše nejbližší rodina, když vyšlo najevo, že máte problém s hraním?

17) Stanovili Vám striktní hranice?

18) Máte pocit, že někdy zavírali před problémem oči?

19) Půjčovali Vám peníze na zaplacení Vašich dluhů spojených s hazardem?

20) Převládalo v rodině v souvislosti s Vaším hraním obviňování namísto reálných návrhů řešení?

21) Lhali Vaši nejbližší někdy svému okolí o Vašem hraní nebo Vás dokonce kryli?

22) Vymáhali od Vás Vaši blízcí opakovaně slib, že když už se to nestane, tak udělají za vším tlustou čáru, i když jste toto již v minulosti slíbil a nesplnil?

23) Měl jste přístup k rodinným financím i v době, kdy už byl zřejmý Váš problém s hraním?

24) Nabyli jste někdy dojmu, že Vaši blízcí mají možnost udělat něco, co by Vás donutilo přestat hrát, ale oni to neudělali?

Oblast strategie rodiny v boji s patologickým hraním:

25) Jaké strategie používala rodina v boji s Vaším patologickým hraním?

26) Byly tyto strategie podle Vás účinné?

27) Co byste od své rodiny potřeboval, abyste přestal hrát?

28) Co byste od své rodiny potřeboval, abyste vůbec nezačal hrát?

29) Je ještě něco, co byste chtěl zmínit v souvislosti s Vaší rodinou a Vašimi blízkými a jejich možného vlivu na Vaše hraní?



### **6.2.3 DESKRIPTICE VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

Výzkumný soubor tvoří klienti Společnosti Podané ruce o.p.s., kteří se zde léčí s diagnózou patologického hraní. Jejich celkový počet je osm, z toho sedm z nich mám v terapeutické péči já osobně. Tři respondenty mám pouze v individuální psychoterapii, tři ve skupinové terapii a jednoho, který chodí na individuální terapii i na výše zmíněnou skupinu hráčů. Jeden respondent je klientem mé kolegyně. Věkové rozpětí respondentů je od 23 do 51 let a jejich průměrný věk je 30 let. Všichni dotazovaní jsou muži a nikdo z nich nemá patologické hráčství v rodinné anamnéze. Všichni respondenti jsou v době získávání výzkumných dat aktivními motivovanými klienty v abstinenčně orientované léčbě.

### **6.2.4 PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT**

Výběr vhodného výzkumného souboru proběhl metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce, který je dle Miovského (2006) nejlepší volbou pro případy, kdy respondenty spojuje např. léčba v jednom zařízení. Kromě výše zmíněného kritéria léčby závislosti na hazardu ve Společnosti Podané ruce o.p.s. bylo dalším kritériem to, aby v rodinné anamnéze respondenta nebyla zjištěna diagnóza F63.0 - Patologické hráčství a samozřejmě ochota zúčastnit se výzkumu, mluvit o své rodině, hraní a jeho okolnostech.

Z klientů, které jsem měla sama v péči, jsem vybrala ty, kteří vyhověli mým požadavkům, a ty jsem oslovila s žádostí o účast na výzkumu. Vysvětlila jsem jim podstatu výzkumu a o jaký druh práce se jedná. Dostali informace o tom, že výzkum je anonymní, že z něj mohou kdykoliv bez udání důvodu odstoupit a také, jakým oblastem se budeme během rozhovoru věnovat. Řekla jsem jim, že interview bude probíhat formou volných otázek, já si budu jejich odpovědi zapisovat a zároveň nahrávat na diktafon v mobilním telefonu. O reprodukci tohoto popisu výzkumu jsem požádala i své kolegy, kteří mi pomohli s hledáním vhodných respondentů mezi jejich klienty, kteří splňují daná kritéria výběru.

Všem dotázaným jsem v první fázi dala čas na rozmyšlenou, většina z nich čas nechtěla a s účastí okamžitě souhlasili. Když jsem žádost přednesla na skupině hráčů, tak tři se přihlásili hned, jeden až na individuálním sezení a jeden se k tomu nevyjádřil, to jsem respektovala a dále již dotazován nebyl. Před samotným rozhovorem jsem jim všem pravidla znovu zopakovala a přidala ještě nabídku bezplatné terapeutické pomoci či intervence pro případ, že by v nich otázky z rozhovoru vyvolaly nezpracovaná traumata, která by bylo potřeba terapeuticky ošetřit. Poté jsem jim dala podepsat informovaný souhlas, který je vytištěn ve dvou vyhotoveních pro obě strany a podepsán respondentem i výzkumníkem čili mnou. Informovaný souhlas je součástí příloh na konci této práce.

Všechny rozhovory jsem vedla v mé terapeutické místnosti Společnosti Podané ruce o.p.s. v Olomouci nebo na detašovaném pracovišti v Prostějově, kde též působím. Rozhovory trvaly v průměru okolo padesáti minut, respondenti dostali drobné občerstvení ve formě kávy, čaje nebo vody a celý rozhovor probíhal v uzavřené terapeutické místnosti, která zajišťuje příjemné prostředí, anonymitu a soukromí. Rozhovory byly realizovány v letech 2017 a 2018.

Má původní představa o počtu respondentů byla 12-15, dva ale nakonec vypadli, jeden z důvodu nesplnění kritérií, ukázalo se, že jeho otec měl problémy se sázením na sport, tudíž musel být z výzkumu vyřazen, a druhý nedorazil na smlouvenou schůzku, kde měl být proveden rozhovor, jeho rozhodnutí jsem respektovala a dále ho nekontaktovala. Během psaní této práce se již další vhodný kandidát neobjevil, takže se výzkumný soubor ustálil na čísle deset

### **6.2.5 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO LÉČEBNÉHO ZAŘÍZENÍ**

Jak již bylo avizováno výše, všichni účastníci výzkumu byli v době sběru dat v ambulantní terapeutické péči ve Společnosti Podané ruce o.p.s., konkrétně v ambulantní péči v Centru komplexní péče v Olomouckém kraji. Společnost jako celek působí na území Moravy a má několik středisek a detašovaných pracovišť ve větších i menších moravských městech. Organizace je svým charakterem

nezisková a působí nízkoprahově. Mezi hlavní zásady patří anonymita, dostupnost a bezplatnost služeb. Věnuje se dvěma stěžejním oblastem a těmi jsou práce s látkovou i nelátkovou závislostí a práce s dětmi a mládeží. V poslední době se nové programy rozrůstají o péči o osoby po výkonu trestu nebo jinak sociálně znevýhodněné skupiny (podaneruce.cz, 2017).

Jeden z programů Společnosti Podané ruce s.r.o. je Centrum komplexní péče v Olomouckém kraji, dříve Terapeutické centrum, které pomáhá lidem v náročných životních situacích spojených se závislostí na návykových látkách či patologickém hraní. Hlavní sídlo centra je v Olomouci, ale spadají pod něj i dvě detašovaná pracoviště v Prostějově, Přerově a Zábřehu. Psychologové zde poskytují odborné poradenství a psychoterapie závislým lidem a jejich blízkým v rámci individuální, skupinové, rodinné i párové terapie. Sociální pracovníci potom nabízejí další sociální práce s klienty jako je např. dluhové poradenství či primární prevenci na školách.

## **6.2.6 ETIKA VÝZKUMU**

Oblast etických otázek výzkumu je velmi důležitá, nelze ji podcenit a už vůbec ne opomenout, na tom se shoduje většina autorů metodických příruček (Miovský, 2006, Hendl, 2008) a troufnu si říct, že snad i výzkumníků samotných. Psychologické výzkumy, zvláště když se dělají na lidech, pracují s velmi citlivými údaji a křehkostí lidské psychiky, které je třeba co nejvíce ochránit před možnými negativními dopady či zneužitím.

Tato zodpovědnost padá na bedra výzkumníka a je třeba, aby k tomu přistupoval se vší vážností. Já osobně jsem v mém výzkumu řešila několik etických otázek, které jsem se snažila ošetřit co nejvíce ve prospěch respondentů.

Základním tématem byla anonymita, kterou zaručuji všem zúčastněným. V audio nahrávce ani na psaném přepisu nikde nefiguruje respondentovo jméno. Veškeré materiály jsou označené jen číslem interview dle pořadí, v jakém byly rozhovory uskutečněny, a kazuistika byla posléze vypracována a v práci uveřejněna pod pseudonymem, stejně tak byly změněny geografické údaje, které

klienti uvedli a mohli by podle nich být identifikováni. Dalším etickým tématem byla dobrovolnost a právo kdykoliv odstoupit z výzkumu bez udání důvodů, toto jsem několikrát respondentům zdůraznila jak ústně, tak písemně v informovaném souhlasu. Jako psycholožka považuji za jeden z nejzásadnějších etických problémů dopad výzkumu na psychiku jeho účastníků.

Vzhledem ke křehkosti a složitosti lidské psychiky nemůžeme nikdy dopředu odhadnout, zda otázky z výzkumu neotevřou v respondentovi jeho pomyslné temné komnaty a nevynoří se nevědomé konflikty, do té doby úspěšně držené obrannými mechanismy mimo účastníkovu vědomí. Se všemi účastníky jsem na toto téma mluvila a napsala i do informovaného souhlasu, že mě mají možnost kontaktovat v případě, že k takové situaci dojde a že jim poskytnu bezplatnou terapeutickou intervenci, ať už by se jednalo o krizovou intervenci či psychoterapii.

## **6.3 ANALÝZA DAT**

### **6.3.1 METODA ANALÝZY DAT**

Jak již bylo výše zmíněno, data rozhovoru byla fixována audiozáznamem, který jsem posléze přepsala na papír a metodou ruční analýzy (Hendl, 2008) je utřídila. Fixami a zvýrazňovači jsem barevně rozdělila jednotlivá témata a informace do celků, tato metoda, nazývaná kódování (Miovský, 2006) mi pomohla lépe se orientovat v tom, jaké vzorce se opakují v jednotlivých kazuistikách a zařadit je do větších celků. Utříděním shodných barev k sobě vznikají tzv. trsy, čili jevy, které se vzájemně překrývají na základě své podobnosti. Tyto obecnější a vyšší celky následně vedou k interpretacím a závěrům výzkumu. Samozřejmě je využita i klasická deskriptivní metoda, popisující získaná kvalitativní data z rozhovoru. A v neposlední řadě metoda prostého výčtu, která analyzuje určité vlastnosti zkoumaného jevu, jako např. jeho četnost aj. Jak píše Miovský (2006), posledně jmenovaná metoda je sice na hranici kvalitativního a kvantitativního

výzkumu, nicméně může kvalitativní výzkum významně obohatit. Udělala jsem analýzu a interpretaci jak jednotlivých případů, tak i témat vztahujících se k výzkumným otázkám, které jdou napříč kazuistikami.

## 7 KAZUISTIKY A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole se seznámíme s jednotlivými případy. Z přepisu polostrukturovaného rozhovoru jsem vytvořila kontinuální příběh, doplněný o citace respondentů. Za každou kazuistikou následuje interpretace výsledků dle výzkumných otázek. Všechna jména účastníků výzkumu byla změněna a nahrazena pseudonymy.

### 7.1 ADAM

Adamovi je 26 let, osm let má problém s hraním automatů a dvakrát absolvoval ústavní léčbu v Kroměříži a Bohnicích. V tuto chvíli žije sám v nájemním bytě a v době snímání rozhovoru 66 dnů od hazardu abstinovat. V jeho rodině se nikdy předtím patologické hráčství neobjevilo.

*„Mé dětství bylo hodně o sportu. Celý druhý stupeň základní školy jsem vrcholově dělal biatlon. Spoustu trénování, málo volna. Většinou jsem objížděl závody s mámou. Otec od března do září pracoval v Karlových Varech, takže s ním jsem byl jen přes zimu.“*

Adam se musel často podřizovat rozhodnutí rodičů. Sportování, výběr školy, vhodná partnerka. Nicméně si nemyslí, že by neměl svůj názor. Když chtěl přestat dělat biatlon, tak byli proti, ale prosadil si své rozhodnutí a oni ho museli respektovat. Školu si nakonec vybral sám, ale byl ovlivněn jejich názory: lepší škola = lepší život. Věří, že pro něj chtěli vždy jen to nejlepší.

*„Jako jedináček jsem byl určitě více hlídán. V mládí jsem byl klasický vesnický kluk. Běhali jsme po lese a dělali lumpárny. Nikdy nic velkého, policie mne nikdy domů nedovezla. Dlouho jsem nesměl chodit večer ven. Například mí vrstevníci už mohli na veřejné bruslení a já ne. To se dělo až do mých 15 let. Od střední se vše obrátilo a jako rodina jsme se odcizili. Poté už jsem nebyl hlídán tak moc a mohl chodit kamkoliv. Byl jsem limitovaný autobusovým spojem, takže jsem vždycky v 23:00 byl doma, ale už se mne tolik neptali, co a s kým dělám. V té době jsem začal kouřit trávu.“*

Adam tvrdí, že má dodnes pocit, že ho rodiče opečovávají, jako by mu bylo pět. Dřív to bylo z máminy strany hodně přehnané, ale poslední rok o tom hodně mluvili, takže se to dost zlepšilo. Nicméně v dětství za něj dělávala věci, které by v pohodě zvládnul sám. Do školy ani za kamarády však za něj orodovat nechodili.

*„Jsem maminčin mazánek, to mohu říct s jistotou. Máma se mi několikrát snažila vysvětlit, že má jenom mě. Absence otce tomu taky napomohla. Tím že byl půl roku pryč, se její přirozená starost o rodinu zaměřila jen na mne. Vždy jsem měl vypráno a navařeno. Doma jsem musel dělat mužské práce jako sekání zahrady atd.“*

Adam mluví o vztazích v rodině a o tom, jak pohlížejí na to, kdo může za jeho hraní.

*„Otec to často házel na mámu. Myslím si, že tento názor má dodnes. Máma je tím trochu zblblá a věří tomu. Říkal jsem jí, že to tak není, ale asi to nepomohlo. Dává jí za vinu, že mě vychovala určitým způsobem, i když sám se na mé výchově prakticky nepodílel.“*

V poslední době se Adam setkává s nedůvěrou ze strany otce. Má o něj více starost a chce ho ovlivňovat. Snažili se o tom mluvit a vyříkat si to a oba se teď snaží spolu vycházet. Nemůže říct, že by ho teď v dospělosti nějak omezoval, pokud to tak je, dá mu to najevo. Zato od mámy neustále poslouchá, že je hubený a musí se najíst. S otcem chodí denně na oběd, ale není to podle něj starost z jejich strany, spíš to mají takto domluvené a vyhovuje jim to. O víkendech jezdí k rodičům na oběd.

Během studia Adam nikdy nemusel pracovat. Když něco chtěl, vzal ho táta na brigádu k sobě a odpracoval si to. Měl kapesné v průměrné výši cca 500 na týden. Když pak jezdil autobusem, tak mu přidali. Na bydlení ani na jídlo nikdy nepřispíval. Když ukončil školu, začal chodit do práce a sám si vydělávat, žil si svůj život, ovšem často s penězi nevycházel a půjčoval si od nich, takže svým způsobem věděli o jeho finanční situaci.

*„Drogy, nafta do auta, o víkendu na pivo, cigarety. S výplatou jsem nikdy neuměl vyjít. Žil jsem ze dne na den a neplánoval, co bude další den. Poslední týden před výplatou jsem už většinou byl bez peněz. Tátovi jsem bral peníze z*

*kapes. Dodnes nevím, jestli o tom ví, nebo ne. Dopadlo to tak, že jsem tátovi ukradl z trezoru cca 500 tisíc. Máma mi za těch osm let půjčila asi 100 tisíc. Možná ještě víc. Půjčku by si nevzali, nepotřebují to. Kdyby za mě chtěli zaplatit dluhy, tak na to mají finance. Je pravda, že v nejhrošších dobách mi máma říkala, že by si klidně půjčku vzala, ale řekl jsem jí, že to nepomůže.“*

Od roku 2014, po první léčbě, už mají rodiče přehled. Veškeré peníze chodí Adamovi na jejich účet a ty mu vydávají po pár stovkách týdně. Na otázku, jak se rodiče staví k jeho autonomii teď v dospělosti, odpověděl, že se bojí a často mu věci rozmlouvají a ovlivňují tím jeho rozhodnutí.

*„Měl jsem spoustu snů, ale většina z nich padla kvůli rodičům a mé závislosti na jejich svolení. Udělal jsem v životě zásadní chyby a oni se teď bojí, že zase něco vyvedu. V životě jsem slyšel tolikrát ne, že dnes už často zavrhnou nápad, ještě než se jich zeptám nebo něco udělám. V tomhle ohledu se cítím hodně svázaný.“*

Když se rodina dozvěděla o Adamově hraní, tak na měsíc utekl z domu.

*„Nejdřív mě kontaktovala mamka přes přítelkyni. Pak jsem se sešel s otcem v restauraci. Byli zlomení a nemohli uvěřit, co se děje. Dostal jsem podmínky. Byl jsem neustále hlídáný. Nemohl jsem si dělat, co jsem chtěl. Nedostal jsem víc než pár drobných. Otec mi řekl, že když znovu začnu hrát, tak mě vydědí a rozvede se s mamkou a peníze si utratí sám. Podmínkou byla léčba a abstinence a musel jsem jet s tátou do Karlových Varů, abych byl pod dohledem. Efekt to mělo opačný. Když jsem začal znovu hrát, tak se se mnou otec úplně přestal bavit. Odjel do Varů, mě nechal na Moravě a řekl mi, že mi dává 5 % šanci na normální život. Řekl, že už pro mne udělal dost a že víc nemůže. Mamka se mu podřídila. Tohle období bylo asi nejsmutnější v mém životě.“*

S otcem nemá na rozdíl od matky Adam vřelé vztahy, dobu, kdy býval šest měsíců z roku pryč, těžko nahradit. Otec mu zaplatil asi sedm krátkodobých půjček v celkové výši 60 tisíc. Jak Adam sám říká, udělal to, protože se bál, že mu domů přijdou exekutoři. Poté ho požádal, aby si změnil trvalé bydliště. Tyto peníze mu Adam již vrátil. Co se týče hraní a jeho prezentace rodinou na veřejnosti, tak



oba měli tendenci Adama krýt a mlžit o okolnostech hazardu v jejich rodině, matka potom víc, protože dělá kadeřnici a nechtěla, aby se to rozneslo mezi lidi.

*„Často mi říkali, že bych od nich mohl mít všechno na světě, jenom nesmím hrát. Mamka mi hodně říkala, že otec vše buduje kvůli mně a že jednou to stejně dostanu všechno já, ale nesmím hrát. Tyto vzdušné zámky mi slibovali už dříve v souvislosti se školou.“*

V době, kdy už bylo zřejmé, že Adam hraje, neměl již žádný přístup k rodinným financím, ale jednou našel klíč od trezoru svého otce. To už byl závislý, ale bez dluhů. Tehdy se dle něj vše změnilo a propadl tomu totálně. Během 6 měsíců z trezoru prohrál všechno, bylo tam 500tisíc. Když dnes Adam mluví o hraní, tvrdí, že chyba byla hlavně v něm samotném. Myslel si, že mu nikdo nerozumí a nechápou, proč to dělá. Chtěl na sebe upozornit a donutit je, aby udělali to, co chtěl on. Jako strategii v boji s jeho hraním používali nátlak do léčení a chovali se k němu tvrdě. Otec mu dával hodně najevo, jak ho to mrzí, a chtěl, aby bylo vidět, jak se sám cítí. Matka nevěděla, co dělat první. Snažila se to pochopit, ale moc se jí to nedařilo. Nakonec byla tak vyřízená, že už se na to nemohl dívat a šel na druhou léčbu.

*„Určitě svým dětem ve vhodném věku vysvětlím, co jsou to drogy, alkohol, hazard a závislost. Do závislostí jsem se dostal, aniž bych věděl, co to vlastně je a co všechno riskuju. Měl jsem hloupé názory na život a smysl života a nikdo mi to nerozmlouval. Chtěl jsem žít svůj život určitým způsobem, a hlavně po svém. To mi v 16 letech nemělo být povoleno. Asi se to lehce píše, když nemám děti, ale věřím, že prevence je velmi slabá. Ze všech stran slyším, jak jsme na špici v pití piva, kouření marihuany. Na západě se česku říká kasino Evropy. To je dle mého názoru špatně a následky, jaké to může mít, se teprve objeví. Dnes není problém narazit na 16letou holku, co je v pět ráno sjetá z perníku s bandou v herně. Když mně bylo těch 16, chytl jsem se podobné party. Někteří z nás brali i pervitin. Chodili jsme hrát poker a kouřili trávu.“*

Adam dnes tvrdí, že kdyby šli všichni na rodinnou terapii, kde by se vzájemně vyslechli, všechno mohlo být jinak. Aby úspěšně abstinovat, tak od rodiny teď potřebuje hlavně oporu, odpuštění, pochopení a dohled. Myslí si, že kdyby měl v dětství lepší vztah s otcem, tak by asi nehrál.

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

U Adama je zcela evidentní hyperprotektivní výchova matky, zapříčiněná nejspíš absencí otce v rodině, který byl pracovně šest měsíců v roce mimo domov. Vztah s matkou byl a je velmi vřelý, na rozdíl od vztahu s otcem, jehož nepřítomnost pociťoval Adam jako velký deficit a neustále se snažil o jeho pozornost, ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu. Ze strany otce se hyperprotektivita nepotvrdila.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Toto tvrzení se opět u rodičů Adama potvrzuje jen u matky, ta se hroutí, když je syn v potížích, opakovaně mu půjčovala a dávala peníze a je ochotná ho krýt a lhát kvůli němu lidem v okolí. Otec naopak stanovuje tvrdá pravidla a za nimi si stojí.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Jelikož spoluzávislost velmi úzce souvisí s hyperprotektivními prvky chování, i v tomto ohledu se za kodependentní může v tomto případě považovat matka Adama. Spíše než k reálným řešením se uchýlovala k planým slibům a namísto striktních strategií psychicky kolabovala. Mezi ní a synem je zřejmý jakýsi druh závislosti, toto může být jeden z důvodů, proč se rodiče uchylují k tzv. nevědomému umožňování jiné závislosti svých dětí. Udržují tak své děti ve stavu

závislostního chování, aby sami nepřišli jejich autonomií o své potěšení z jejich blízkosti. Její finanční dotace synovi to jen potvrzují. Otec byl v boji s patologickým hraním syna mnohem aktivnější a znaky kodependence nevykazoval

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Chladný otec stanovil striktní pravidla. Vřelá, ale labilní matka se pokoušela o emocionální cestu citového vydírání.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Adam považuje strategie rodiny za nepříliš efektivní, i když přiznává, že zhroucení matky ho donutilo nastoupit do druhé léčby. Domnívá se, že rodinná terapie by jim všem pomohla více než zmíněné strategie.

## 7.2 BOŘEK

Bořkovi je 31 let, žije s rodiči a dvěma bratry v jedné domácnosti a má přítelkyni. Hraje 13 let, nyní probíhá jeho první léčba. O jeho hraní se rodiče dozvěděli poprvé před sedmi lety, pak si mysleli, že přestal, a další informaci dostali až teď, když nastoupil na ambulantní terapeutickou léčbu. V rodině diagnózu patologického hráčství nemají.

*„Byl jsem v dětství pořád někde venku. Hodně často jsme hráli fotbal, florbal. Chodili jsme na třešně. Byl jsem premiantem na základní škole, vždycky jsem měl vyznamenání. Občas jsme museli doma pomáhat se dřevem, na poli, nebo když naši potřebovali s něčím pomoci. Dost jsme si hrávali s bratry, oba naši rodiče byli hodně pracovně vytížení.“*

Že by se o Bořka rodiče nějak moc strachovali, si nemyslí, tvrdí, že mu hodně důvěřovali, má dva mladší bratry a míval je na starost. Táta byl často a dlouho v práci, takže na rodinu neměl tolik času. Mamka musela všechno zvládat sama, a tak jim nechala hodně volného prostoru. Studoval hotelovou školu, umí si cokoliv uvařit. Chodil do skautu, takže nemá dle svých slov skoro s ničím problémem. Ve škole ani s kamarády neměl problémy, takže intervence rodičů nebyla potřeba.

*„Kromě sázení nepociťuji ve svém životě žádný jiný neúspěch. Odmaturoval jsem s vyznamenáním. Dvakrát jsem vystudoval inženýra. Pracuji na magistrátu jako ekonom. Chtěl jsem asi jako každý další více peněz, ale mnoho lidí je na tom hůř než já. Mám čtyři roky přítelkyni, se kterou jsem šťastný. Kromě sázení je všechno v mém životě v pořádku.“*

Kvůli dluhům musí Bořek bydlet s rodiči, což ho nebaví, proto se chce dluhů co nejdříve zbavit, aby mohl bydlet s přítelkyní. Máma mu pere a žehlí, protože to neumí, ale jinak si vše zařizuje sám. Společné peníze nemají, ale přispívá na energie a stravu. O jeho financích rodiče nikdy předtím nic nevěděli, mysleli si, že šetří na dům. Během studia si přivydělával na brigádách u otce, ale dostával peníze i mimo to. Po studiích už normálně pracoval, a když ne, šel opět na brigádu

k otci. Rodiče mu půjčili každý jednou, otec 30 tisíc a máma 100 tisíc, když se provalily jeho dluhy. Jinak si vše zajišťuje sám a o povolení je nežádá ani s nimi svá rozhodnutí nekonzultuje.

*„Když se to provalilo, tak přítelkyně hodně brečela a nadávala mi. Rodiče mě podporují v tom, že s tím něco dělám a často se mnou o tom mluví.“*

Na otázku, zda mu stanovili striktní hranice ve chvíli, kdy zjistili, že hraje, odpověděl, že ne, protože nebyl důvod, zároveň ale říká, že máma problémy řeší nejraději hned, aby to nebylo ještě horší, a celá rodina se mu snaží pomoci na místo obviňování. Nikdy mu v souvislosti s hraním ničím nevyhrožovali.

*„Pokud mi řeknete, co mě donutí už nikdy nehrát, tak budu strašně rád. Já na to bohužel ještě nepřišel. Zrušil jsem si účet u Fortuny a stejně občas zajdu do kamenné pobočky. Naštěstí to už od nového roku nepůjde, tak snad to bude řešení. Hodně mi pomáhají individuální sezení, ale i tak občas hraju. Je to mnohem lepší než dřív, ale pořád to není optimální.“*

Strategie rodina nepoužívá žádné, protože mu věří, ale máma se o tom chce pořád bavit. Co by od nich potřeboval, aby přestal hrát, netuší.

*„Mě sport baví, rád se na něj dívám. Bohužel mě už ale stál hodně peněz. Víím, že mám velké dluhy a stejně si vsadím s vidinou, že aspoň něco zaplatím, když vyhraju. Potom, když prohraju, akorát řeším, kde vzít zase peníze na běžné výdaje. Není to o rodině. Podpora je velmi důležitá, ale je to vždycky o tom hráči a o jeho vůli, trpělivosti a odhodlání s tím přestat.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Z odpovědí se nezdá, že by výchova Bořka byla hyperprotektivní, naopak nepřítomný otec, který byl často v práci, a zaneprázdněná matka pečující sama o domácnost a tři děti dávali Bořkovi více nekontrolované volnosti. Navíc se musel starat i o dva mladší bratry a není zřejmé, kdo a jestli vůbec někdo pečoval o něj.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Ani v dospělosti rodiče Bořka nevykazují znaky hyperprotektivního chování, půjčili mu peníze na dluhy, ale tato částka byla jednorázová, což není znak hyperprotektivity.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Za kodependentní chování by se dala považovat až naivní důvěra, kterou rodiče v syna vkládají v oblasti hraní. Je až k nevíře, že hraje 13 let, přišli na to před sedmi lety, pak mu uvěřili, že nehraje, teď to na něj „prasklo“ znovu a znovu mu věří a nestanoví žádné hranice a žádná pravidla. Slepou neopodstatněnou důvěrou můžeme považovat za zavírání očí před problémem a tím pádem za znak spoluzávislosti.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Zdá se, že žádné. Vypadá to, že rodina se chce opíjet pocitem, že vše je v pořádku.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Bořek je přesvědčen o tom, že rodina v boji s jeho závislostí nehraje žádnou roli, že je to všechno jen o hráčově vnitřním nastavení, takže jeho hraní nechce vůbec spojovat s rodinou a účinnost strategií už vůbec ne, jako by na ně nechtěl přenést ani kousek zodpovědnosti.

Musím říct, že tento příběh byl pro mě z hlediska zorientování nejtěžší. Mám pocit, jakoby si Bořek žil v nějakém zidealizovaném světě, kde kromě jeho

hraní všechno báječně funguje. Nějak se nešlo dostat k hlubšímu vhledu, což možná zapříčinilo i to, že tento klient není můj a já ho viděla poprvé až při rozhovoru.

### 7.3 CYRIL

Cyril je pětadvacetiletý muž, který hraje asi sedm let automaty, nyní žije část týdne sám na bytě v Praze a část doma s rodiči. S hazardem v rodině nikdo nikdy problém neměl.

*„Dětství jsem měl poněkud krušné. Do první třídy jsem šel s tím, že umím číst i psát, třídní učitelka mě nechtěla proto vyvolávat, aby se to naučily i ostatní děti a já z tohoto nezájmu začal koktat. V šestnácti letech jsem si prodělal první ze dvou toxických psychóz z kouření marihuany. S hraním jsem začal okolo osmnáctého roku. Zprvu jsem s kamarády hrál válcové automaty za drobné na svačinu, později se přidala ruleta a hraní automatů na internetu. Částky se postupně zvyšovaly a s nimi také dluhy.“*

Pocit, že by o něj rodiče pečovali přespříliš, dle svých slov určitě nemá. V mládí měl spíše naopak hodně svobody, mohl si dělat prakticky skoro vše, co chtěl. Cyril tvrdí, že o něj měli rodiče v pubertě velký strach kvůli jeho pití alkoholu, ale věřili jeho zdravému rozumu, tak ho nechávali bez dohledu.

*„V pubertě jsem měl volnosti ještě naopak více. Otec se o mě přestal starat úplně, jelikož nesouhlasil s mým pitím alkoholu, a matka věřila, že se o sebe dokážu postarat sám.“*

Cyril si vzpomíná, že i když měli velkou zahradu, tak podílet se na jejím obstarávání musel jen minimálně a doma povinnosti také neměl, jak sám tvrdí, maximálně jednou za čas vysál koberce.

*„Vzpomínám si, jak mi kdysi kamarád vrazil pěstí a moje matka šla za jeho rodiči za mě orodovat. Tehdy jsem se cítil dost trapně, jelikož jsem si tu ránu asi i zasloužil. Matka neměla ráda mé kamarády, jelikož jsem s nimi pil. Občas i můj neúspěch sváděla na mé kamarády. Myslela si, že mě stahují k různým nekalostem, ale nevěděla, že to bylo většinou naopak, že já jsem byl většinou strůjcem těchto situací. Ještě dodnes mi matka říká, že kdybych nekouřil marihuanu, mohl jsem být úplně v pohodě. Kdybych vyrůstal s jinými kamarády, že bych dodělal vysokou školu.“*



Matka Cyrila má stále přehled o jeho financích. Jelikož ví o jeho hráčských problémech, kontroluje mu bankovní účet, jestli si nevzal nějakou půjčku. Na škole ho finančně podporovali dostatečně, ale i tak chodil na brigádu, aby si vydělal peníze i bokem. Když dostudoval a přišel o práci, rodiče ho rok ještě dotovali, aby měl na společné bydlení s tehdejší přítelkyní. Matka chce mít podle Cyrila o všem přehled, takže každé své rozhodnutí musí nejdřív konzultovat s ní.

*„Ano, rodiče mi půjčují peníze. Většinou to byly půjčky na splacení dluhů, které jsem prohrál v automatech. Sice v minulosti nevěděli, že jsem peníze prohrál, ale i když to posléze věděli, stejně mi peníze půjčili.“*

Cyril se odmlčí a dodává:

*„Když zjistili, že hraju, byli z toho ve velkém šoku. Říkali, že po mých všech psychických problémech to snad ani nemůže být možné. Striktní hranice mi stanovili až v poslední době po posledním incidentu, kdy jsem prohrál větší obnos peněz. Dali mi poslední šanci.“*

Dle Cyrila rodiče v minulosti zavírali před problémem oči, neuvědomovali si váhu problému. Ale nyní už se u nich všechno řeší narovinu. Rodiče o problému vědí oba, otec v minulosti o hazardu nevěděl, jen matka.

*„Matka zprvu hodně obviňovala otce. Dávala mu za vinu, že za to může on, že se mnou málo komunikoval a že jsem se mu chtěl nějakým způsobem zavděčit vyhranými penězi.“*

Rodiče několikrát vymáhali po Cyrilovi slib, že když s tím přestane, tak udělají tlustou čáru, tomuto slibu opakovaně věřili, i když to Cyril vždy porušil. O jeho závislosti neví kromě rodičů nikdo, matka to před širší rodinou tají.

Co se týče strategií rodiny v boji s patologickým hráčstvím syna, tak hlavní význam má totální kontrola financí ze strany matky, výplata chodí matce na účet a ta mu pak vydává jen potřebné množství peněz, má pod kontrolou i půjčky. Tyto strategie považuje Cyril za účinné.

*„Co bych potřeboval od své rodiny? Možná bych potřeboval více komunikovat s otcem. Jeho láska mi opravdu chybí.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Výchova Cyrila působí dle zjištěných dat lehce ambivalentně, na jednu stranu spousta volnosti, možná až nedostatek pozornosti rodičů doprovázené naivními představami o synově zralém úsudku, na straně druhé snaha matky řešit za syna konflikty, ochraňovat ho před tíhou domácích povinností, tendence svalovat vinu na druhé. V tomto smyslu se dle mého mínění dá mluvit o matčiných hyperprotektivních sklonech.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Z odpovědí Cyrila se dá říct, že hyperprotektivita matky přetrvává i do dospělosti. Rodiče byli ochotní ho živit celý rok po ztrátě zaměstnání, aby mohl žít s přítelkyní, půjčovali mu opakovaně peníze, matka ho chce mít neustále pod kontrolou a vyžaduje konzultaci všech jeho rozhodnutí a plánů.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Za kodependentní znaky se jistě dá považovat bagatelizace Cyrilových problémů, svalování viny za vzniklou situaci na výchovu druhého rodiče namísto

konkrétních návrhů řešení, bezmezná důvěra opakovaným slibům i při proběhlých zkušenostech s jejich porušením či splácení dluhů z hazardu za syna i v době, kdy už byl problém s hraním zřejmý. Spoluzávislost je v tomto případě zřejmá.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Rodina zprvu žádné strategie nenastolila, protože problém bagatelizovala, posléze matka nastolila totální kontrolu synových financí.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Finanční kontrola se Cyrilovi zdá jako účinné opatření, nicméně pozornost otce, po které tolik touží, by ho motivovala více.

## 7.4 DUŠAN

Dušan je šestadvacetiletý muž, žijící sám v domácnosti. Problém s hraním má tři roky a v jeho rodině nikdo jiný patologicky nehrál. Nyní je v druhé ambulantní léčbě. Své dětství popisuje jako harmonické, má mladší sestru, otec podnikal, s financemi neměli nikdy problém. Jak sám tvrdí, nemá pocit, že by ho někdy v něčem rodiče omezovali nebo příliš kontrolovali, dělají to až dnes na základě hraní. Dříve mu spíš nabídli pomoc, když viděli, že něco nezvládal, ale sami to za něj nedělali. Problémy s kamarády taktéž dříve neřešili, dnes občas jdou vyřešit něco kvůli jeho dluhům.

*„Dá se říct, že mi často rodiče říkali, že za to, co dělám, můžou mít kamarádi a lidi, se kterými se stýkám, to mi říkali v dětství i dnes.“*

*„O mou stravu se nestarají, ale mamka mi občas říká, že se stravuju špatně, že nic nepiju atd. Když jsem u nich, tak mi vždycky nabalí jídlo domů. Táta mě zase denně vozil do práce, když jsem přišel o řidičák, musel kvůli tomu vstávat dříve a zhoršil se mu zdravotní stav, má cukrovku. Říkal jsem mu, že pojedou autobusem, ale to nechtěl, protože nevěřil, že ráno vstanu, ví, že s tím mám problém od dob, kdy jsem hrával.“*

Co se týče financí, tak rodiče nikdy neměli přehled o jeho výdajích. Příjmy znali, jelikož Dušan pracuje ve firmě otce, ale tím jejich dosah končil. Když potom prasklo to, že Dušan hraje, převzali zodpovědnost za něj, otec mu peníze z výplaty nevyplácí, ale platí jeho insolventi a dluhy a zbytek schovává, dává mu jen tolik, kolik je třeba na běžný provoz. Během studií dostával Dušan vždy jen tolik peněz, kolik potřeboval ke studiu, zbytek si musel vydělat sám na brigádách. Po ukončení školy Dušan ihned nastoupil do práce, takže byl finančně soběstačný.

*„Půjčku by si kvůli mně brát nemuseli, protože mají peněz dost, ale půjčují, vlastně i dávají mi hodně peněz a nikdy to nebyly malé částky.“*

*„O má rozhodnutí se starají až teď, když mají pod palcem moje peníze, tak se musím ptát a konzultovat každou utracenou korunu, ale jinak se moc nezajímali, v novém bytě bydlím asi rok, a ještě tam ani nebyli na návštěvě, a to bydlím kousek od nich.“*

Když vyšlo najevo, že Dušan hraje, tak byli v šoku, i když něco trošku tušili už z minulosti, ale rozsah je vyvedl z míry. Rodiče se ihned snažili najít nějaké řešení, pro matku dlouho nebyla jiná možná varianta než pobytová léčba v Opavě, to Dušan odmítal, a i otec se stavěl na stranu jiných řešení. Vyhledali možnosti ambulantní léčby a do jedné z nich Dušan nastoupil. Potom nastala série různých opatření ze strany rodičů, hlavně finančních omezení a kontroly volného času. Dle Dušana nikdy před problémem nezavírali oči, vždy to brali velmi vážně.

*„Mamka mi občas řekne, že přivedu tátovi infarkt a jestli mi to za ty jeho zdravotní komplikace stojí.“*

Dušan tvrdí, že ho rodiče nikdy nekryli a o jeho hraní nelhali, kromě prarodičů a sestry, kterým to nechtěli říct. Na druhou stranu i kvůli práci se otec brání Dušanově hospitalizaci, protože neví, co by řekl kolegům.

*„Ze začátku rodiče věřili mým slibům, že už nebudu hrát, potom jsem důvěru zcela ztratil a myslím, že mi nevěří doteď, že už nehraju.“*

*„Rodiče mě začali kontrolovat, vzali mi peníze, dokonce jezdili po různých hernách a hledali mě tam, jestli náhodou někde nehraju, uměle mě udržovali doma a zakazovali chodit ven. Ta jejich šílená kontrola mě nutila chodit ven a utíkat v noci natajno hrát. Čím větší kontrola, tím větší chuť hrát jsem měl. Když se mě nedávno máma zeptala, jestli nechci jít bydlet k nim, řekl jsem jí, že ne, protože u nich jsem prohrál mnohem více peněz, než když bydlím sám.“*

Od rodiny by Dušan dle svých slov potřeboval oporu a pochopení toho, proč hrál, mámina snaha dostat Dušana do léčby do Opavy ho spíše podrývala, otcův vřelý a proaktivní přístup mu hodně pomáhá.

*„Když jsem žil s bývalou přítelkyní, tak ta o mém hraní věděla, naši se jí několikrát ptali, jestli nehraju a ona jim to vždy zatajila. Možná by se dalo říct, že kdyby jim to řekla, tak bych nebyl tam, kde jsem, naši by to zastavili. Ona mi i půjčovala peníze, věděla, že dlužím, ale netušila, že tak moc. Doma nechávala běžně peníze k dispozici, i když já jí teda na ně nikdy nesáhl. Zakazovala mi hraní, když jsem prohrával, když jsem vyhrával, tak jí to nevadilo. Ona asi byla ta, která zavírala oči před tím, co se děje.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Z odpovědí respondenta se nezdá, že by jeho rodiče vykazovali hyperprotektivní znaky výchovy.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

V dospělosti se k hyperprotektivitě uchyluje spíše otec Dušana a matka zaujímá chladnější racionální postoj. To, že ho otec vozí denně do práce i na úkor svého zdraví, to jen potvrzuje. Nenechá ho úplně převzít zodpovědnost za své činy. Placení synových dluhů je dalším z těchto znaků.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Spoluzávislost vykazovala přítelkyně Dušana, která s jeho hraním „bojovala“ jen ve chvíli, kdy prohrával, výhry jí nevadily, nikdy se ho nesnažila skutečně donutit, aby přestal hrát, a jeho gamblerství tajila před Dušanovými rodiči, i když se na to opakovaně ptali. Jisté kodependentní znaky by se našly i u otce, který za syna vždy jeho problémy řešil, schovával je pod koberec, platil dluhy a tajil synovu závislost před okolím.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Totální převzetí finanční kompetence rodiči a dohled nad synovým volným časem, zákazy chození ven a kontrola jeho volnočasových aktivit.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Dušan tvrdí, že kontrola financí má své opodstatnění, ale zákazy chození ven a tvrdá kontrola rodičů měly úplně opačný efekt, utíkal z domu a prohrával ještě víc peněz.

## 7.5 EDUARD

Eduard má 51 let, třicet let hraje automaty a ruletu, momentálně žije sám, je rozvedený a v jeho rodině se nikdy předtím patologické hráčství neobjevilo. Dětství měl dle svých slov fajn, byl hodně venku s kamarády, okolo baráku nebo řeky. Má dobré vzpomínky na dětství. Až na to, že rodiče se rozvedli, když mu bylo dvanáct, a předtím byl otec už asi tři roky na práci v Rusku.

*„Matka byla s námi sama, měla tři děti. Po škole jsme pravidelně dělali úkoly a pak mohli ven s dalšími dětmi. Nebyly mobily, jen volání z okna, že je čas jít domů.“*

Eduard nemá pocit, že by bylo o něj v dětství nějak přehnaně pečováno, byl dost samostatný a od puberty už se o sebe staral v podstatě sám. Na vysokou odešel hlavně proto, aby matce ulevil od finanční zátěže, nebylo to jako u ostatních, které rodiče během studia dotovali, Eduard se už na vysoké škole živil sám. Od osmnácti je Eduard samostatnou jednotkou a doteď nemá potřebu konzultovat svá rozhodnutí s rodiči, zdá se, že ani z jejich strany není v tomto směru vyvíjen tlak.

Když se rodina dozvěděla o Eduardově hraní, nastalo období výčitek, odsuzování, výhrůžek, nikdo z nich to nechápal. Ubíjela ho ta představa, že je zklamal. Nemají vůbec ponětí o průběhu té nemoci.

*„Taťkova manželka mi nedávno řekla, že dostanu na holou.“*

*„Se svou bývalou ženou jsme udělali nějaké omezení, že ona spravovala finance. Někdy se stalo, že jsem je doma ukradl. Nakonec to ale skončilo rozvodem, i když jsem s tím hraním přestal. To bylo pro mne těžké. S mou další partnerkou jsme pak hledali další řešení, ale ta byla tak omezující, že jsem si připadal, jak ve vězení.“*

Půjčky nikdy od rodičů nedostával, ani by je nechtěl, ale otec mu jednou nabídl, že prodá byt, aby splatil jeho dluhy, nakonec se to ale vyřešilo jinak.



*„Rodiče a sourozenci nevědí co s tím dělat, bývalá přítelkyně mi doporučovala různé léčitele a udělali jsme finanční omezení: dal jsem jí své kreditní karty, posílal peníze na účet. Nějaký čas to fungovalo, než jsem se cítil být omezován a změnil jsem podmínky. Asi na těch strategiích bylo něco dobrého, ale problém je spíš hlubší. Nicméně možná měly své místo na cestě k uzdravení.“*

To, co by Eduard potřeboval k tomu, aby přestal nebo možná vůbec nezačal hrát, je bezpodmínečná láska, pochopení a podpora.

*„Určitě jsou ve mně nějaké nevyřešené programy a situace z dětství v souvislosti s mou rodinou, které způsobují nepříjemné pocity. Hraní bylo spíše neuvědomělým východiskem, jak zapomenout na nějakou bolest, nepříjemný pocit, špatnou náladu, neshodu. V poslední době se můj život postupně mění a mám se stále lépe. Sleduji videa, čtu knihy o osobním a duchovním rozvoji, medituji, rozjímám o sobě, životě, rodině. Víím, že každá krize je jen touha mé duše po změně. Slovo "problém" jsem přejmenoval na slovo "projekt", tedy "projekt hraní", "projekt vztahu", "projekt peníze", atd. Má to jinou energii a já se těším na změny, které to postupně přináší. Důležité je, že jsem se začal mít rád takový, jaký jsem, uvěřil jsem tomu, že mé vnitřní já je úžasné, aniž by v tom byla pýcha. Každý člověk má v sobě úžasné vnitřní já. Kdybychom to viděli, byli bychom všichni jako úžasní bratři a sestry v lásce a dobru. Jsem teď víceméně pozorovatel a uživatel svého života. Až se nějaký projekt dořeší, přijde další a další a to je asi ten vnitřní růst, cesta je ten cíl. Je blbost těšit se až na cílovou pásku, důležité je žít teď v tuto chvíli. K tomu mi pomáhají meditace, ztišení, samota. O těchto věcech občas mluvím se svou sestrou a taky se svou bývalou přítelkyní, což je dobře, a myslím, že to vše má pozitivní vliv na mé hraní, respektive nehraní.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Ne, rodiče Eduarda nevykazovali ani jeden hyperprotektivní prvky výchovy.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Ne, rodiče Eduarda se ani v synově dospělosti nechovají vůči němu hyperprotektivně a svůj postoj nezměnili ani po zjištění problému s gamblingem.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Rodiče už v té době byli mimo dosah a obě partnerky nastolily tvrdá pravidla a omezení, žádný ze znaků spoluzávislosti se u nikoho z nich neobjevil. Eduard sám tvrdí, že nemá pocit, že by někdo z nich zavíral před problémem oči.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Byla to striktní omezení hlavně finanční. U druhé partnerky potom i různé spirituální metody a léčitelé.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Tyto strategie považuje Eduard za účinné, nicméně pouze z krátkodobého hlediska.

## 7.6 FRANTIŠEK

František má 27 let a hraje asi rok a půl, žije s přítelkyní, která je o 15 let starší, a jejím synem. Nikdo z rodičů ani ze širší rodiny neměl problém s hazardem. Na léčení byl jednou v Opavě po pokusu o sebevraždu. Na své dětství si prý stěžovat nemůže, až na to, že je matka dvakrát rozvedená. První rozvod proběhl, když mu byly dva roky, od té doby měl dva tatínky, se kterými vycházel dobře. I s nevlastním bratrem měl dobrý vztah.

*„Když se moje matka podruhé rozváděla s druhým otcem, tak z ničeho nic ze dne na den zmizel, zjistilo se, že má spoustu dluhů a nechal nás tady v tom. Matka všechno vyřizovala sama, já měl před závěrečnými zkouškami na učňáku, ale zvládl jsem to, i když to bylo velmi náročné období.“*

*„Bratr vždycky víc zlobil, takže se víc pozornosti upínalo na něj. U nás byl ten hodný otec a ta zlá byla matka. Žádný z otců na mě nikdy nevztáhl ruku, zato matka si nikdy pro ránu daleko nešla. Je to ale hodná ženská, myslela to dobře.“*

*„Matka byla hodně opatrná, babička tvrdí, že mě nechtěla pouštět ani k nim, a když už jsem tam byl, tak tam pořád volala, jestli jsem v pořádku, nemohl jsem se tam ani hrabat v záhoně, to se pak s babičkou měsíc nebavila. Přišlo mi, jakoby ze mě chtěla mít holku, abych byl doma a pomáhal utírat prach a nádobí a tyhle holčičí práce. Já to nesnášel. Má plné poličky prasečinek a chtěla po nás, abychom to všechno sundali a omyli. Ale musím říct, že nás vychovala dobře, vždycky nás podržela. Do Opavy mi furt volala, posílala balíčky.“*

František má dodnes pocit, že se k němu i v pubertě chovali, jako by mu bylo pět, matka to dělá dodnes a přeje si, aby bydlel s ní. Když se po rozchodu chtěl vrátit k partnerce, nechtělaho pustit zpět. Když měl František čerstvý řidičák, nikdy mu nepůjčili auto, ani ho nenechali řídit, když někam jeli. Tohle považuje za velkou křivdu, cítil se jako blbec a koupil si vlastní auto. Na to mu řekli, že mají strach, že se zabije a byl z toho velký konflikt. Nevlastní otec jim vždy chystal svačinu a snídani do školy i v době, kdy by to už dávno zvládli sami. Do školy za

něj orodovat nechodili, nebylo to potřeba. Nicméně konflikty s kamarády za ně řešili. Když byl potom ve škole František šikanovaný, matka šla problém vyřešit do školy a to zabralo.

Matka řešila všechno za Františka až do doby, kdy jí to v Opavě terapeutka vysvětlila, od té doby si František vše zařizuje sám, nicméně matka volá skoro každý den a ptá se, jestli je vše v pořádku.

*„O mou stravu se nestará, ale samozřejmě jako každá matka mě na návštěvě nabalí vajíčka, brambory atd. Při studiu jsem si musel vydělávat sám, protože to bylo špatné období, kdy se matka rozváděla, neměli jsme peníze.“*

Po studiu František odešel k vlastnímu otci, tam si našel práci, takže se živil sám. Když měl dluhy, požádal matku a jejího nynějšího partnera, zda by si nevzali půjčku, aby mohl splatit své dluhy, že by jim je splácel, oni odmítli. Půjčili mu maximálně na jednu, dvě splátky. Situace se změnila po léčení v Opavě, to na něj potom změnilo názor, už mu věří, a tak si vzali půjčku na advokáta pro Františka, který ji splácí.

Jednou se stalo, že ukradl doma přítelkyni deset tisíc a prohrál je, ta se naštvála, byla velká hádka, musel zavolat matce, aby mu peníze půjčila, protože to byly finance na nájem. Matka přijela, přivezla peníze, přítelkyně jí řekla, že to František hodil do automatů, ale matka na to tenkrát nijak nereagovala, nad čímž se František pozastavuje dodnes. Jen se ho zeptala, jestli se jí chce s něčím svěřit.

*„Po Opavě se ke mně chovají úplně jinak, věří mi, dokonce jsem dostal zpět i platební kartu.“*

*„Když si chci něco udělat po svém, tak matka je naštvaná, otec ne, ti chlapi to nějak neřeší, ale matka je vyřízená, ta musí o všem vědět.“*

Když se v rodině zjistilo, že František patologicky hraje, tak ho všichni podpořili v léčbě, na kterou nastoupil sám, a chovali se moc hezky, což František vůbec nečekal. Stanovili mu ovšem pevné hranice, řekli, že ho podpoří v léčbě, jak

jen to půjde, ale pokud to udělá podruhé, už se o něj nepostarají. Sám František ovšem pochybuje o tom, jak moc vážně má toto tvrzení brát.

*„Rodiče nikdy před problémem nezavírali oči, ale přítelkyně ano, protože jsme hráli spolu. Problém byl ten, že ona to hraní dokázala ovládat, ale já ne. Ona mě pak přemlouvala, ať jdeme domů z herny, ale já už měl tunelové vidění.“*

*„Po léčení v Opavě jsem se chtěl vrátit k přítelkyni, rodiče byli hrozně proti, báli se, že s ní do toho spadnu znovu, protože to byla ona, kdo mě k tomu přivedl a ona se léčit nešla. Nakonec jsme si to všichni nějak vyříkali, mě vyléčila Opava a ji vyléčil šok z mého pokusu o sebevraždu. Dnes nehrajeme ani jeden a jsme šťastní.“*

Když s přítelkyní hráli, tak vůbec nebyli v kontaktu s rodinou, žili si svůj život v herně a rodina nic netušila. Několikrát si spolu slíbili, že už nebudou hrát, dokonce rozstříhali kartu do herny, ale pokaždé jim to vydrželo tak týden. Opakované plané sliby o konci hraní byly na denním pořádku. Rodinnou kasu doma držel František, protože přítelkyně nevydělávala, takže přístup k rodinným penězům měl celou dobu.

*„Myslím, že jediné, co by mě dokázalo zastavit, by byla rodina, kdyby řekli, že tam třeba už nemám chodit a že se mnou končí, to by asi pomohlo. Přítelkyně mi zkoušela různě vyhrožovat, ale to bylo k ničemu. Hrozba zavržení ze strany matky byla pro mě největším strašákem. Nikdo jiný než matka by mě nedokázal zastavit, ani přítelkyně, nikdo, jen matka.“*

*„Jsem přesvědčený o tom, že můj bratr věděl, že hraju a nic nikomu neřekl. Teď mě napadá, jestli to neudělal schválně, aby byl stín v rodině taky někdy na mně a ne jen na něm. Když jsem byl v Opavě, tak se mi ani jednou neozval, vlastně mám pocit, že měl radost z toho, že tam jsem a že jsem takhle dopadl. Fakt je, že kdyby řekl rodičům, že hraju, tak matka by určitě hned zakročila a všechno mohlo být jinak, tím jsem si jistý.“*

## **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Matka Františka vykazovala hyperprotektivní znaky, které přetrvávaly v dětství i adolescenci. Nepřiměřeně se o něj bála, nevěřila babičce, že se o něj na prázdninách dokáže postarat, když už jej tam pustila, tak ho potom často kontrolovala. Dovolila mu sice udělat si řidičák, nicméně pak nesměl řídit, aby se mu něco nestalo atd.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Matčiny hyperprotektivní sklony vůči synovi přetrvávají dodnes. Má stále tendence kontrolovat jeho rozhodnutí, opečovávat ho, starat se o jeho stravu, pokud má problém s přítelkyní, okamžitě ho přijde zachránit a na oprávněné stížnosti partnerky ohledně hraní vůbec nereaguje.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Za spoluzávislou bych označila partnerku Františka a to v obou významech slova. Přítelkyně vykazuje jak znaky spoluzávislosti ve smyslu umožňování závislostního chování partnera, tak z hlediska toho, že hráli oba dva a oba byli na automatech závislí. Za kodependentní znaky se dá jistě považovat záměrné vyhýbání se rodině, která by zasáhla, lhaní ohledně hraní nebo opakované plané sliby a plány na abstinenci namísto reálných řešení.

Důležitý znak spoluzávislosti se prokázal u Františkova bratra, který ačkoliv věděl o jeho závislosti, tak to záměrně nikomu neřekl. Přitom by se dalo očekávat, že hyperprotektivní, ale velmi rázná matka by okamžitě zasáhla.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Rodina o hraní nevěděla, dozvěděli se to, až sám nastoupil na léčení, takže strategie do té doby nepoužívala žádné. Po léčení nastolili klasická omezení dle doporučení z léčebny, finanční kontrola, převzetí zodpovědnosti za své úkoly atd., doprovázeno silnou psychickou podporou v léčebném procesu. Přítelkyně, která o hraní věděla, nenastolila žádná opatření ani strategie.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Láska a opora matky byly pro Františka zásadní, největším strašákem pro něj bylo, že by jej matka zavrhla, takže to ho nejvíce motivovalo k léčbě a tato strategie byla pro něj nejúčinnější.

Zajímavá v tomto příběhu je role matky. Matka Františka působí spíše realistickým dojmem, jakoby vždy věděla, co dělá a její strategie byly přesně mířeny na cíl, takže o jejím podílu spoluzávislosti by se dalo spekulovat nejspíš jen v kontextu její ignorace k sdělení, že její syn hraje, což jí řekla jeho přítelkyně. Otázkou je, do jaké míry se toto bezpochyby kodependentní „neslyšení“ týká jejího možného soupeření se synovou partnerkou. Z několika krátkých úryvků tohoto rozhovoru bylo zřejmé, že matka má k synovi přinejmenším dost zvláštní neodseparovaný vztah a chce být neustále ženou číslo jedna v jeho životě. Syn danou skutečnost může potvrdit tím, že si našel partnerku o 15 let starší. I co se týká motivů k léčbě, tak jako hlavní uváděl František opakovaně matku, pro ni se léčil. Zdá se, jakoby se zbavoval jedné závislosti, aby neztratil jinou, tu hlavní, tu se svou matkou. Analýza tohoto vztahu by byla jistě velmi zajímavá, nicméně přesahuje již rámec tohoto výzkumu, tak se jí v tuto chvíli více nebudu zabývat.

## 7.7 GUSTAV

Gustav je třiaadvacetiletý muž, který hraje tři roky automaty v hernách i online. Nikdy předtím se neléčil, žije sám v domě po dědečkovi a patologické hráčství se u něj v rodině vyskytlo poprvé. Když mluví o svém dětství, říká, že měl takové dětství, jak má být, vyrůstal na vesnici, chodil ven s kluky, mlátili se klacky, ne jak dnes, sezení u počítače a telefonu.

*„Byl jsem klasický sígr, co dělá klukoviny, ale ne velké problémy.“*

Gustav si nemyslí, že by o něj rodiče měli strach více než je zdrávo a ani ho nijak zvlášť neopečovávali. Od patnácti let bydlel s přítelkyní, takže byl spíš samostatnější. Nikdy za něj neřešili problémy ve škole ani mezi kamarády.

*„Otec se o mě stará až teď po tom gamblu, hlídá mi finance, ale nikdy předtím to nedělal, je to jen kvůli tomu.“*

Během studií chodil na brigádu jen jednou, peníze nepotřeboval, doma byl odměňován za domácí práci, když pracoval, tak dostával vše, co potřeboval.

*„V dospělosti mi rodiče občas půjčili, vymýšlel jsem si různé historky, proč je potřebuju. Když na mě pak prasklo, že hraju, táta mi zaplatil nějaké dluhy, převzal celkovou zodpovědnost za mé peníze, ale půjčku by si asi nikdo z nich nevzal. Myslím si, že pokud bych to udělal podruhé, tak už mě v tom nechají vymáchat.“*

S tátou má velmi blízký vztah, když ho čeká nějaké rozhodnutí, jde za ním. Je to jeho velký vzor a záleží mu na jeho názoru. Sám tvrdí, že dal tátovi dost zabrat tím, co udělal, proto by si už ani nedovolil něco s ním nekonzultovat.

*„Rodina se zachovala tak, že ji to hodně mrzelo, bylo to pro ně těžké a dovedu si představit, že kdybych to udělal podruhé, tak by to táta nemusel přežít. Když si uvědomím, že bych o tátu přišel, tak si říkám, co je v životě důležité.“*



Rodiče mu stanovili hranice v tom, že mu řekli, že mu pomohou, ale opakovat to nebudou. Oči před problémem s hraním nikdy nezavírali. Matka mu půjčila na hazard hodně peněz, ale nevěděla, že hraje, a jak sám tvrdí, byl výborný lhář a nikdo to nepoznal. Když mu začal půjčovat otec, tak se hromadily plané sliby, že už to neudělá, a po několikátém selhání a porušení slibu vyhledal otec terapeutickou pomoc pro syna. Obviňování nikdy nepřevládalo před nabídkou reálných řešení problému. Gustav tvrdí, že mu rodiče nikdy nevěřili jeho sliby o tom, že nebude hrát, mají problém věřit mu doteď.

*„Měl jsem klíče od baráků obou rodičů, věděl jsem, kde mají peníze a chodil jsem jim je tam brát. Až takhle hluboko jsem spadl. Jednou jsem tátovi vzal najednou větší částku peněz a on na to nepřišel, doteď nechápu jakto. Ale když tak o tom přemýšlím, tak pokud by na to přišel, tak jsem do toho nemusel takhle spadnout, protože by tomu udělal přítrž.“*

Největší hrozbou pro Gustava bylo, že by ho táta odepsal, tím mu vyhrožoval a Gustav ví, že pokud by začal hrát znovu, tak to udělá. Jako strategie používala rodina přísná pravidla doma, co se bude a nebude dít, navštěvování terapie a absolutní kontrola otce nad Gustavovými financemi. O těchto strategiích si Gustav myslí, že jsou účinné. Od rodiny Gustav ocenil podporu a donucení k léčení, samotného by ho to nenapadlo. Za původ jeho hraní odmítá označit cokoliv z rodiny.

*„Já byl dobře vychován, dali mi všechno, co mohli, vážím si jich a nikdy bych nemohl říct, že oni za to můžou, že hraju.“*

*„Mamka mi pomohla, když mi půjčila peníze, ale to bylo na hraní, jsem jí vděčný, ale vlastně mě v tom držela tím, že mi ty peníze dala. Nicméně nevěděla, na co je mám. Doopravdy mi pomohl až taťka, ten, až se dozvěděl, o co jde, mi začal finančně pomáhat, zaplatil dluhy a nebýt jeho, nevím, co by se stalo, kde bych byl, co bych byl, jestli bych vůbec byl... vyhledal vás, promluvili jsme si o tom, dal mi jedinou finanční pomoc, která byla opravdu pomocí a za to mu budu navždy vděčný. Táta se hodně zajímá o průběh mé terapie, vždyť víte, že vám často volá, jestli chodím. Potřebuje vědět, co dělám, kde jsem a jestli nedělám*

*průsery v práci, nejvíc mu vyhovovalo, když mě do práce a z práce vozil, to měl klid. Když jsem mu řekl, že bych chtěl změnit práci, tak málem dostal infarkt. On celkově blbě nese, když vymyslím nějakou změnu ve svém životě, raději už nic nevymyslím, protože i brácha už je na mě naštvanej, že má kvůli mně táta zdravotní problémy, protože si to všechno moc zabírá. Zabírá si i to, když se chci ráno déle vyspat, ale já ho chápu, má na to právo, po těch nervech, co se mnou měl, a po tom, co pro mě všechno udělal, se mu vůbec nedivím, že mi nechce už nechat ani korunu navíc a že to nastavil tak, že se ho musím prosit každý týden o peníze. Chápu ho, že to se mnou nemá jednoduchý.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Z rozhovoru nevyplývá, že by dětství Gustava bylo ovlivněno hyperprotektivní výchovou některého z rodičů.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Otec má silnou potřebu kontroly nad synem. Dle Gustava se toto začalo dít až po problémech s gamblingem. Veškeré problémy za syna vyřešil a žije ve velké úzkosti, že bez jeho kontroly nebude syn fungovat tak, jak by měl a opět propadne hazardu. Z tohoto pohledu se může říct, že otec vykazuje hyperprotektivní znaky chování vůči svému dospělému synovi.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Za kodependentní chování by se dalo označit půjčování peněz matky v době, kdy syn hrál, popř. neřešení a nevšimnutí si častých ztrát rodinných financí z trezoru a pokladniček. Vzhledem k tomu, že ale nemůžu s jistotou říct, že by matka o synově hraní věděla a že by oba rodiče akceptovali, že syn krade doma

peníze, ba naopak toto tvrzení dle Gustava musím spíše vyvrátit, pak je závěr ten, že se v rodině spoluzávislé chování neobjevilo.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Otec převzal zodpovědnost za finance syna, dal jasná pravidla, podle kterých se bude fungovat, vyhledal odbornou pomoc a převzal kontrolu nad volným časem a veškerými aktivitami syna. Hrozba odepsání ze strany otce byla velkým motivátorem ke změně chování.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Gustav otcovy strategie považuje za účinné.

Z terapeutického hlediska na mne Gustavovo hraní působí jako pověstná výměna závislosti za závislost, a to hazard versus otec. Respektive pokus o nezávislost. Z rozhovoru je zřejmé, že autonomní vyjádření a chování není v jejich vztahu možné a něco tomu brání. Hlubší posouzení a analýza jejich vztahu nicméně již není cílem výzkumných otázek této práce a zůstane „pouze“ podnětem mého dalšího terapeutického bádání a práce s Gustavem.

## 7.8 HUGO

Hugovi je čtyřicet let, s hraním má problém šest let, žije sám, je po ústavní léčbě ve Šternberku. Hazard se u něj v rodině neobjevil, když nepočítá to, že otec alkoholik hrál v hospodě karty. Hugo je vyléčený alkoholik.

*„S odstupem času si člověk chce dětství přikrášlit, aby měl hezké vzpomínky. Otec v rodině moc nefiguroval, 40 let pil, nedokázal se toho zbavit do konce života. Matka je velice majetnicky založená. Za každou cenu vždy spořila, já jel na lyžák v teplákách, což bylo dost drastický, do tanečních jsem nešel, protože mi nekoupili oblek. Pořád nám tvrdili, jak jsme chudí a že na nic nemáme. Když jsem se pak ale omylem dostal k informaci, kolik ušetřených peněz si musejí dělit při rozvodu, tak mi ta částka vyrazila dech a dodnes to matce nemůžu odpustit, že na nás tak šetřila a lhala nám. Řekl jsem jí to až teď. Celý život tímto trpím a má to na mě velice nezdravý dopad, já dělám absurdní opak mému synovi, zahrnuju ho vším možným. Zajímavé je, že moje matka to tak neměla, ta dělala přesně to, co její matka, babička byla tyran a matku ponižovala, ta to pak přenášela na nás.“*

Dětství měl Hugo dle svých slov volné. Lítal po lese, v zimě na rybníku s kluky, tehdy byl přirozený volný pohyb dětí po vesnici. Nevzpomíná si, že by někdy rodiče za ně něco řešili, spíše se jim vůbec nevěnovali. Výchova byla prakticky nulová, otec nefiguroval a matka maximálně podepsala úkoly.

*„Jednou jsem dostal poznámku za vyrušování a to byl velký problém, že se za mě stydí a tak, hodně mi tenkrát vynadala. Žádná promluva o tom, co se stalo. Tam byl vždycky jen bič, žádný cukr.“*

Matka dnes trošku změnila chování, ale jen velmi pozvolna po hádce, která proběhla před třemi lety. Tenkrát jí Hugo řekl, co si o ní myslí. Matka je velmi zaměřená na peníze a všechny lidi posuzuje jen podle toho, kolik mají nebo nemají peněz. Jednou se stalo, že Hugo potřeboval půjčit peníze na kauci bytu a tu pak nechtěla vrátit, ale bylo to po té jejich hádce, takže Hugo to vnímá pouze jako pokus o vykoupení se z toho, jak se k nim chovala v dětství. Když jim bylo

osmnáct, byli všichni tři sourozenci okamžitě konfrontováni s vystěhováním. Matka byla velmi tvrdá. Během studia si Hugo vydělával sám na brigádách a nikdy mu peníze nepůjčovali.

*„Když chci udělat nějaké rozhodnutí, tak matka má tendenci to okamžitě kritizovat, takže jí to už ani neříkám.“*

Jediný člověk, který ví o Hugově hraní, je jeho sestra. Té to Hugo řekl a poprosil ji, aby mu nepůjčovala peníze, že má problém. Matce o hraní neřekl, má na všechny závislosti úplně lichý názor, nechápe to a ani to dle Huga chápat nechce. Během hráčské kariéry měl tři přítelkyně, ale žádná to nevěděla. Pomoc a podporu hledá jen u odborníků a léčí se pomocí nich a svépomocí, je velký samotář.

*„Sestra mi půjčovala peníze, stalo se to asi dvakrát až třikrát. Při druhé půjčce jsem ji žádal, aby mi víc nepůjčovala, že bojuju s hraním. Při třetí půjčce jsem si vymyslel takovou historku, aby mi uvěřila a půjčila znovu. Pak jsem se šel léčit. Morálně je to pro mě velká zátěž, sestra je pro mě nejbližší osoba, taková náhrada matky. Ale ani ona té závislosti nerozumí.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Dětství Huga bylo ve znamení velmi chladné a despotické výchovy.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Otec Huga již nežije, ale nikdy neměl tendence se starat o děti, matka žije, ale její chladný a drsný přístup pokračuje i do dospělosti dětí.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

O patologickém hraní Huga ví jen jeho sestra, a to jen ve velmi omezené míře, takže o spoluzávislosti se nedá mluvit.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Žádné, nikdo to nevěděl.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Nesvěřuje se rodině.

Hugo své hraní velmi spojuje se svým vztahem k matce. Matka posuzuje lidi dle toho, kolik mají peněz, hodnota člověka je měřena touto veličinou a Hugo se s tímto vzorcem ztotožnil. V herně se snažil vyhrát dostatek peněz na to, aby byl dost dobrý pro svou matku, chtěl si tím zajistit a koupit její lásku, upoutat její pozornost něčím, co je pro ni tak důležité.

## 7.9 IGOR

Igor je pětadvacetiletý mladý muž, žije sám v bytě, který mu pořídili rodiče. Problém s patologickým hraním má asi pět let. Když jsem se ho zeptala, jak dlouho vnímá své hraní jako problémové, odpověděl, že vlastně od začátku.

*„Nevím, jak někdo může považovat hraní za neproblematické, vždyť každá koruna, kterou tam hodím je vlastně vyhozená z okna a tím hůř, že se nebavíme o korunách, ale o tisících, proto si myslím, že jakékoliv hraní je problematické.“*

Na své dětství vzpomíná Igor rád. *„Mé dětství bylo moc hezké, byl jsem nejmladší ze tří sourozenců, starší bratr a sestra byli o hodně starší než já, takže jsem byl spíš jako jedináček, naši si mě hýčkali jako benjamínka.“*

Igor má spíše částečný pocit, že by ho rodiče omezovali, ale vnímal, že jsou dost úzkostní, měl telefon dřív než jeho vrstevníci a často mu na něj volali, aby zjistili, kde je a co dělá.

*„Měl jsem pocit, že se o mě bojí víc než ostatní rodiče mých spolužáků, vždycky tvrdili, že to je tím, že jsou staří, že když měli za mlada moje sourozence, tak to prý tolik neřešili, protože byli mladí a neuvědomovali si, co všechno se může stát. Takže třeba doma z venku jsem musel být dřív než v mém věku mí sourozenci.“*

Co se týče opečovávání ve školním věku, tak Igor vzpomíná spíš na péči matky než otce.

*„Máma mi furt chtěla dávat svačinky v ubrousku, za což jsem se ve škole dost styděl, takže jsem je vždycky vyhodil a pamatuju si, že mi máma zastrkovala tričko do kalhot, ať mi nenastydnou záda, to byl dost trapas, zvlášť když to zkoušela před lidmi, ale jinak mě asi nic nenapadá, já se v pubertě snažil spíš stranit domova.“*

V pozdějším věku o něj už matka pečovala pro Igora přijatelným a běžným způsobem, který se nijak nevymykal tomu, co slychal od svých vrstevníků.

*„Máma mi někdy uklidila pokoj, protože se prý na to už nemohla dívat, vlastně teda dost často, já moc neuklízela, věděl jsem, že to nevydrží a uklidí mi a vařila mi, ale to mi přijde normální, to snad dělá každá matka svým dětem.“*

Otcova péče znamenala finanční zajištění rodiny. Byl podnikatel, který disponoval větším majetkem. Igor si nepamatuje, že by ho nějak rozmazloval, ale na druhou stranu měl vše, co potřeboval.

*„Můj táta dával škole sponzorské dary, někdy jsem s tím machroval a myslel si, že to může mít vliv na moje známky, ale vlastně to asi byla blbost nebo nevím, žádnou konkrétní situaci, že by kvůli mně šli orodovat do školy, si nepamatuju.“*

Igor vzpomíná, že ve škole sice ne, ale na dětském hřišti se ho máma často zastávala a hájila jeho zájmy, nejdřív se mu to líbilo, ale když byl starší, tak už mu to připadalo trapné a hlavně věděl, že se mu pak kluci budou posmívat, takže se těmito situacím snažil vyhýbat.

Když si má Igor vzpomenout na reakce rodičů na jeho případné neúspěchy, tvrdí, že o žádných neúspěších neví, možná jen fotbal.

*„Já si pamatuju akorát neúspěchy z fotbalu a to mi vlastně nijak nekomentovali, ale vím, že táta chtěl, abych hrál fotbal a obecně říkal, že ani jeden syn není po něm, že jsme s bráchou lempli na sport a že je to tou dobou, protože raději sedíme u PC než venku na hřišti.“*

Co se týče péče nyní v dospělém věku, tak Igor nejdřív odpovídá, že určitě nepečují, pak se ale zamyslí a něco přece jen najde.

*„Tak táta mě nutí, abych pracoval u něj ve firmě, nebo vlastně nevím, jestli mě nutí, ale vždycky mi to vysvětlí tak, že mám pocit, že jinou možnost ani nemám a vlastně má asi pravdu, protože tam mám jistotu, takže táta mi zajistil práci, dal mi vlastně i byt, ale ten dal teda všem svým dětem, a máma mi teda pere, protože bych to prý zapral a neumím žehlit nebo co, mně je to vlastně jedno, občas s prádlem doveze jídlo, což je dobrý, protože ušetřím za restauraci, sám si uvařím, tak maximálně kafe.“*



Kromě toho, že mu máma občas donese jídlo, tak k nim chodí na obědy o víkendech. Igorovi rodiče prý nemají moc vliv na jeho finance a moc o nich ani nevědí, ale spíš je to dané tím, že není o čem vědět, protože vlastně žádné nemá.

*„Táta mi posílá výplatu, takže má přehled. A máma mi akorát zajišťuje nějaká pojištění nebo co, moc tomu nerozumím. Kolik utratím, asi nevědí, já moc taky ne... i když, když jim furt říkám, že jsem na nule, tak asi vědí.“*

Během studia si Igor chodil vydělávat k tátovi do firmy, vydělal si tam dost peněz, takže už kapesné nedostával a ani ho nepotřeboval. Po studiu potom bydlel u rodičů a nemusel přispívat na domácnost, máma vždycky říkala, že přece nebude chtít po vlastním dítěti peníze na jídlo. Když potřeboval peníze, šel za mámou, ta mu půjčovala menší částky, někdy je vrátil, někdy to upadlo v zapomnění, bylo to takové jejich tajemství, o kterém táta nevěděl, Ten za Igora zaplatil dva větší dluhy, Igor pak musel slíbit, že s hraním přestane a už to nikdy neudělá.

*„Naši mají vždycky pocit, že když někdo v rodině něco řeší, tak musí zasednout rodinná rada a vymyslet nejlepší řešení, nejlepší řešení samozřejmě vždycky vymyslí táta, proti němu se moc nedá argumentovat. Když jsem chodil hrát, tak o tom nevěděli, bylo to moje svobodné rozhodnutí i to, kde si na to pak půjčím... taky to tak dopadlo.“*

Když vyšel najevo Igorův problém s hraním, rodiče měli tendenci mu s tím pomoci a situaci vyřešit.

*„...naši zaplatili dluhy a musel jsem přísahat, že už hrát nepůjdu, měl jsem z toho tenkrát vítr a sám věřil tomu, že už do herny nevezu, ale dlouho mi to nevydrželo...“*

Napoprvé nestanovili rodiče Igorovi žádné další omezení či hranice, věřili, že je problém vyřešen, a už se to víckrát nestane. Igor nemá pocit, že by před jeho problémem s hraním rodiče zavírali oči, protože ani netušili, jak velký problém to je, mysleli si, že se domluvili, že prostě nebude hrát a tak to bude, proto dal táta Igorovi peníze na zaplacení půjček a chtěl za vším udělat tlustou čáru. Když Igorova závislost vyšla najevo podruhé, jejich reakce už byla jiná.

*„Když to prasklo podruhé, tak máma brečela, ptala se, kde udělali chybu, že jim tohle dělám a za co je pánbůh trestá. Táta spíš vyhrožoval, že mi vezme byt a přerazí mě vejpůl.“*

Nejdřív se rodiče snažili všechno utajit i před nejbližšími příbuznými, když problém nastal podruhé, řekli to Igorovým sourozencům, před veřejností se to snaží utajit doteď.

*„...možná, kdybych musel řešit ty dluhy sám a nějak si snížit životní úroveň, tak bych získal větší pokoru, ale táta přišel, dluh zaplatil a pro mě se nic nezměnilo, stud z té situace brzy vyprchal a vše bylo jako při starém. Asi jsem si podvědomě myslel, že to táta vždycky vyřeší jako všechno.“*

Jako zvládací strategii používali Igorovi rodiče více citové vydírání než nějaká reálná řešení.

*„Zkoušeli to přes city a pak vyhrožovali, že mi vezmou byt a bude ze mě bezdomovec. Ty máminy slzy mi moc dobře nedělaly, to je pravda a říkal jsem si, že jsem hroznej prevít a že jsem se nepovedl, ale to člověka spíš žene do té herny zpět, aby na vše zapomněl. To vyhrožování s bytem mělo svou váhu, ale na druhou stranu jsem si celou dobu stejně myslel, že by to neudělali.“*

A co by Igor potřeboval od rodiny, aby přestal hrát?

*„Asi aby mě brali trošku vážně. Zní to paradoxně, ale asi kdyby mi to nedali úplně zadarmo, tak bych měl větší motivaci přestat. Já ale ty výhody samozřejmě využíval velmi rád.“*

Aby s hraním vůbec nezačal, tak by podle svých slov potřeboval změnit primární přístup k penězům v rodině, bylo jich vždycky dost a nevážil si jich.

*„Možná aby mě naučili si víc vážit peněz, já jich měl vždycky dost a do herny mě zavedlo vlastně machrování před klukama, že na to mám, házet tam litry.“*

*„Cítím se zvláště vůči tátovi, vážím si ho, dokázal toho tolik, postaral se o rodinu, tahá mě z průserů, každé ze svých dětí zaopatřil, já i brácha děláme u něj*

*ve firmě, mám pocit, že je ve všem dokonalý a já mu nikdy nebudu sahat ani po paty. Našel si ženu, která o všechny pečuje, je milující, někdy mám pocit, že nemá ani svůj život, žije tak, aby byli šťastní všichni okolo, a když to tak je, tak je šťastná i ona. Když se tak zamýšlím, tak jediný slabý článek v rodině jsem já. Nevím, kde se stala chyba.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Rodiče Igora byli úzkostní, měli ho v pozdějším věku a sami přiznávají, že tohle mělo vliv na jejich opatrný a kontrolující přístup k výchově. Matka měla více tendence syna opečovávat a chránit jak před druhými dětmi, tak třeba zimou, hladem nebo jiným nedostatkem. Otec pečoval hlavně finančně a chtěl mít věci pod kontrolou. Výchova matky se dle rozhovoru dá považovat za hyperprotektivní.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

O Igora nyní pečují oba rodiče, každý svým způsobem. Matka nahrazuje Igorovi partnerku, několikrát v týdnu mu vaří, pere mu a žehlí, když je potřeba, půjčí mu nějaké drobnější peníze. Otec pečuje způsobem jemu vlastním, čili kontrolujícím. Dal Igorovi byt a zaměstnal ho u sebe ve firmě, zajistil mu tedy základní životní jistoty, a když přišel problém, otec jej vyřešil. Je to velmi silná persona v Igorově rodině, kterou jde jen stěží přerůst. Oba rodiče se vůči Igorovi chovají hyperprotektivně i v jeho dospělosti.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

To, že matka průběžně půjčovala synovi peníze, aniž by pátrala po tom, na co je má a nechtěla je zpět, se může považovat za kodependentní chování, nicméně v té době ještě netušila, v čem syn jede. Spoluzávislost ale určitě je to, že otec zaplatil synovi dluhy za krátkozraký slib, že se to nebude opakovat, celý synův problém se snažili ututlat jak před rodinou, tak okolím a celkově synovu závislost velmi podcenili a bagatelizovali.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

O strategiích se v tomto případě příliš mluvit nedá. Rodina používala hlavně citové vydírání.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Igor považuje strategie rodiny za nepříliš efektivní, jak sám tvrdí, to že mu otec vyhrožoval, že mu vezme byt, nebral úplně vážně, mrzelo ho zhroucení matky, ale to mu sebralo ještě víc pocit vlastní hodnoty a vehnalo zpět do herny.

Igor je inteligentní mladý muž, který žije s pocitem, že nikdy nemůže dorůst svého otce. Jeho hodnotu respektive nehodnotu určují otcovy úspěchy. Nikdy se úplně neodpojil od vlivu své primární rodiny a výhod z toho plynoucích, což vyhovuje oběma stranám, nicméně Igor pak zakouší pocity méněcennosti a nekompetentnosti, tyto pak kompenzuje v herně, kde se paradoxně cítí tak, že má život ve vlastních rukou a navozuje si falešné pocity samostatnosti a dospělosti.

## 7.10 JINDŘICH

Jindřich je třiatdvacetiletý mladý muž, kterého do léčby přivedla jeho sestra, chodí na skupiny a ze všech respondentů je nejméně motivovaný. Bydlí u svých rodičů a toho času nepracuje. Je nejmladší ze tří sourozenců a kromě hraní automatů občas experimentuje s drogami.

Na své dětství vzpomíná jako na velmi volné a benevolentní.

*„Jako nejmladší dítě v rodině jsem měl všeho dostatek a byl jsem prý rozmazlovaný i když se rodina potýkala s finančními problémy. Moji rodiče mě nechávali rozhodovat si o sobě, už jako dítě jsem se mohl toulat po venku, častokrát mě pak hledali pozdě večer po okolí, když jsem nepřišel včas domů. Často se i stávalo, že doma nebyli oni a jídlo nám připravovala sestra.“*

Dle Jindřicha byla u nich vcelku běžná situace, že rodiče chodili orodovat do školy a řešit kázeňské přestupky.

*„Rodiče poukazovali na to, že mám vysoké IQ a ostatní, včetně kantorů, jsou blbci, kteří zabíjí svými postupy mou přirozenou touhu po rozvoji. Neměl jsem žádné zábrany říct kantorovi, že je blbec a rodiče mě v tomto tvrzení podpořili, když jsem o cca 20kg menšímu spolužákovi dal pěstí a rozbil mu brýle, výstup od rodičů byl takový, že si to zasloužil a neměl si dovolovat na většího.“*

Kromě kantorů rodiče často kritizovali Jindřichovi kamarády a jejich rodiče, čehokoliv se Jindřich dopustil, mu bylo odprezentováno tak, že za to mohl někdo jiný.

Dneska je situace taková, že Jindřich žije s rodiči v jejich pronajatém bytě, nepracuje a nechává se živit i přes finanční potíže, které rodiče mají. Rodiče ho dotovali i během studia, i když tenkrát měl pár brigád, výdělek z nich ovšem neměl vliv na to, kolik peněz dostal od rodičů. Půjčky jim vracet nemusí, vždy se to nějak udělá.

*„Rodiče platí moje dluhy bez nutnosti jim peníze vracet. Např. pokutu za řízení pod vlivem návykových látek celou zaplatili za to, že jsem udělal maturitu, bylo to asi 20 000,-. Na mé větší dluhy padlo stavebko, které si šetřili, jednou jim to vrátím, až budu vydělávat.“*

Když vyšlo najevo, že Jindřich hraje automaty, a tím se vyjasnily ztráty hodnotných věcí doma a Jindřichovi dluhy, nabízeli jak sourozenci, tak rodiče pomoc v tom, že Jindřichovi zajistí léčbu, ten je ale přesvědčil o tom, že to není nutné a zvládne to sám. Když ale problém neustál a Jindřich dál nosil domů jen dluhy, začali být rodiče striktnější.

*„Nejprve mě vykárali z bytu s tím, že se můžu přijít najíst a osprchovat, ale bydlet s nimi nebudu, po pár měsících u nich opět bydlím a živí mě. Berou to tak, že jsem si chtěl jen vyzkoušet další klukovinu a už je vše v pořádku. Navíc teď chodím do té skupiny.“*

Kromě nabídky léčby, kterou nakonec dotáhla do konce Jindřichova sestra, se v rodině k jiným efektivním strategiím nepřistoupilo, namísto toho se hledal viník.

*„Otec zazlíval matce, že mě omlouvá a nedodržuje pravidla, která jsme si dali (např., že si nebudu bez dovolení půjčovat auto rodičů), taky ji obviňoval, že mě omlouvá v mé neschopnosti sehnat si práci, což je pravda, matka mi třeba říkala, že přece nebudu dojíždět na 7 hodin ráno autobusem, nebo nebudu dělat za 15 000,-, já byl rád, že stojí při mně a nemusím do práce, protože ta buzerace v práci není fakt nic pro mě, já si potřebuju sehnat svobodné zaměstnání jako má můj otec, pracovní doba od do není nic pro mě, já to prostě nedávám.“*

Rodiče nikdy nikomu kromě sourozenců neřekli, že má Jindřich takové problémy, a když se někdo ptal, tak to nějak zametli pod koberec. Jindřichovi dávali ultimáta, nicméně je nikdy nedodrželi. Nikdy nesplnili, čím vyhrožovali. I když už vyšlo najevo, že má Jindřich problém s hraním, tak celou situaci bagatelizovali a i nadále mu nechali přístup k rodinným financím.

Když s Jindřichem mluvíme o strategiích, které rodina nastolila v souvislosti s jeho patologickým hraním, tak je vidět, že se doma všichni podporují v bagatelizaci problému.

*„Rodiče nenastolili v podstatě žádné strategie, možná to vyhrožování a jednou mě teda vyhodili z domu, sestra pak přišla s tou skupinou, tak jsem sem nastoupil, ale moc nevím, co to má přinést, já chápu, že prohrát hodně peněz je blbý a měl bych to nějak ovládat, ale zase si myslím, že když se na to budu soustředit a nebudu chodit do herny opilej, tak si můžu někdy zahrát jen tak pro zábavu.“*

Jindřich neví, co by se mělo v rodině dít jinak, aby žil teď jiný život, vliv výchovy na dnešní situaci nevidí, má pocit, že ho rodiče vychovali dobře, že to, že se to dnes občas zvrhne, je jen jeho chyba.

*„Ségra tvrdí, že kdyby mě vychovávali stejně jako starší sourozence, tak bych měl dnes rodinu a žil normální život jako oni, prý mě moc rozmazlovali, já ten pocit nemám, mám prostě jinou povahu, oni jsou suchaři, já jsem živel. Všichni sourozenci máme složitý vztah s rodiči, ani vzájemně se spolu moc nescházíme a nemáme se ani extra v oblibě. Jsme prostě každý jiný.“*

### **Interpretace kazuistiky z hlediska výzkumných otázek:**

1) Vyskytovaly se v dětství patologického hráče hyperprotektivní prvky výchovy?

Rodiče Jindřicha vykazují tak trochu paradoxní hyperprotektivitu i laxnost zároveň. Na jednu stranu se o něj téměř nestarali, bylo jim jedno, kde tráví svůj volný čas a jestli má, co jíst atd. Na druhou stranu za něj veřejně bojovali a přesvědčovali ho o jeho výjimečnosti, až téměř omnipotenci a rozmazlovali ho, což se dá považovat za hyperprotektivní chování.

2) Chovají se rodiče patologického hráče vůči němu hyperprotektivně i v jeho dospělosti?

Dospělost Jindřicha je vlastně celá založena na ochraně a opečovávání rodičů. Rodiče Jindřicha živí a řeší za něj jeho dluhy a problémy. Oba jeho rodiče se k němu chovají hyperprotektivně.

3) Vykazovali někteří členové rodiny patologického hráče během jeho onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?

Oba rodiče, u kterých teď Jindřich žije, vykazují kodependentní znaky. Ať udělá Jindřich jakýkoliv průšvih, rodiče to buď „překousnou“ nebo nevidí. Bagatelizace Jindřichových problémů je u nich v rodině na denním pořádku. Patologické hraní zatajují před okolím, platí jeho dluhy, aniž by peníze chtěli zpět a svým hyperprotektivním chováním a omlouváním napomáhají tomu, aby neměl motivaci cokoliv ve svém životě změnit.

4) Jaké strategie používala rodina patologického hráče v boji proti patologickému hráčství?

Rodiče Jindřicha jednou vyhodili z bytu, nicméně mohl tam i nadále chodit se osprchovat a najíst a zanedlouho ho vzali zpět úplně. Další strategie nenastolili, když bylo nějaké omezení, nemělo dlouhou platnost, až sestra přiměla Jindřicha nastoupit do léčby.

5) Jak se patologický hráč staví nyní ke strategiím, které rodina zvolila v boji s jeho nemocí z hlediska jejich účinnosti?

Jindřich sám tvrdí, že nic, co rodiče řekli, nedodržel, takže neví, zda strategie byly či nebyly účinné. Malou změnu v myšlení přinesl až rozhovor se sestrou, která mu doporučila navštěvovat terapeutickou skupinu.



Jak jsem již psala, tak Jindřich je nejméně motivovaný ze všech respondentů. Působí emočně chladným dojmem a patologické hraní nepovažuje za svůj největší problém. Propojení s dětstvím a výchovou téměř odmítá, je přesvědčen, že rodiče ho vychovali dobře. Měsíc po sejmutí rozhovoru terapeutickou skupinu opustil.

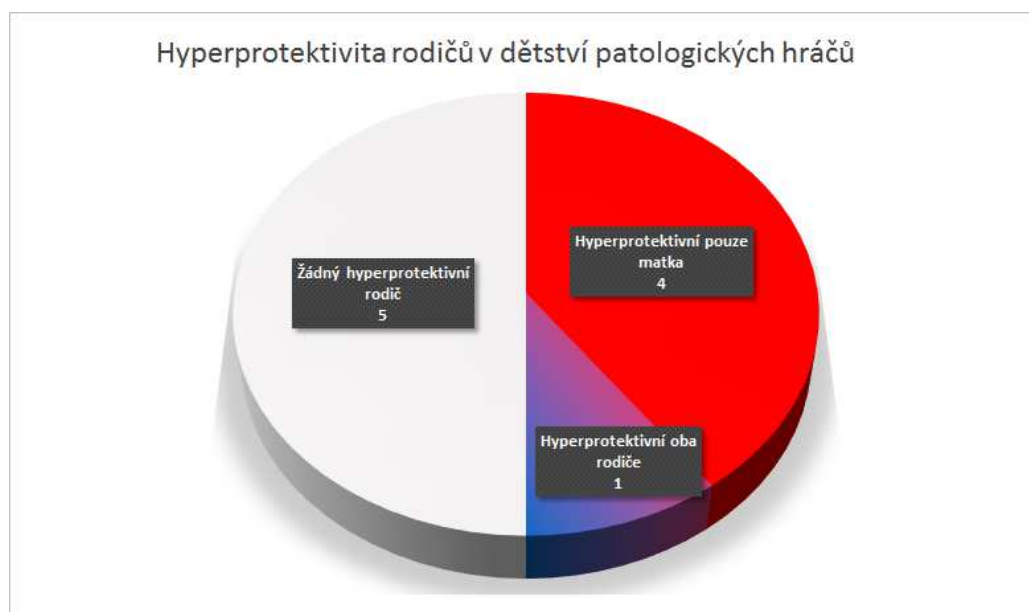
## 8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

### 8.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**Vyskytovaly se v dětství patologických hráčů hyperprotektivní prvky výchovy?**

Z rozhovorů vyšlo najevo, že hyperprotektivní výchova není dominantní výchovou patologických hráčů. Pouze jeden z respondentů zažil, že by se jeho otec choval více pečujícím způsobem, než je běžné a pět účastníků výzkumu potvrdili, že měli hyperprotektivní matku. To znamená, že pět respondentů nemělo hyperprotektivní výchovu vůbec, čtyři částečně skrze svou matku a jeden od obou rodičů, tohle číslo sice není z hlediska velikosti výzkumného souboru zcela zanedbatelné a je třeba brát na zřetel, že se tyto prvky objevují, nicméně potvrzuje výsledky výzkumů Stanton (1982) a Vaillant (1983), že hlavním stylem výchovy budoucích gamblerů není hyperprotektivita, leč hojně zastoupená.

*„Jsem maminčin mazánek, to mohu říct s jistotou. Máma se mi několikrát snažila vysvětlit, že má jenom mě.“ (Adam, 2018)*



Graf č.1 – Hyperprotektivita rodičů v dětství patologických hráčů

## 8.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### Chovají se rodiče patologických hráčů vůči nim hyperprotektivně i v jejich dospělosti?

Oproti výsledkům první výzkumné otázky se podíl hyperprotektivity rodičů významně zvýšil a to tak, že pouze tři respondenti uvedli, že ani jeden z rodičů o ně nyní přehnaně nepečuje, sedm respondentů naopak hyperprotektivní chování nyní potvrzuje. Tam, kde byla hyperprotektivní matka v dětství, zůstává extrémně pečující i v dospělosti a navíc se ve třech dalších případech přidal s těmito vlastnostmi i otec, nutno ovšem podotknout, že rozdíl je v tom, že matky vykazují kontinuální hyperprotektivitu, ovšem u otců většinou toto chování vyvolal až problém s hazardem. Ve dvou případech se hyperprotektivní chování vyskytuje u obou rodičů zároveň.

*„Táta se hodně zajímá o průběh mé terapie, vždyť víte, že vám často volá, jestli chodím. Potřebuje vědět, co dělám, kde jsem a jestli nedělám průsery v práci, nejvíc mu vyhovovalo, když mě do práce a z práce vozil, to měl klid. Když jsem mu řekl, že bych chtěl změnit práci, tak málem dostal infarkt. On celkově blbě nese, když vymyslím nějakou změnu ve svém životě, raději už nic nevymýšlím.“*  
(Gustav, 2017).



Graf č.2 – Hyperprotektivita rodičů v dospělosti patologických hráčů

### 8.3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 3. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

#### **Vykazovali někteří členové rodin patologických hráčů během jejich onemocnění patologickým hraním znaky spoluzávislosti?**

Otázku spoluzávislosti jsem rozšířila i na další členy rodiny hazardního hráče, jelikož nyní v jeho dospělém věku mu již hraní může „umožňovat“ i někdo jiný než jen rodiče. Výsledky potvrzují terapeutickou praxi v tom, že fenomén spoluzávislosti se u patologických hráčů vyskytuje ve významnější míře. Opět pouze tři respondenti uvedli, že nikdo takový v jejich blízkém okolí není, sedm z deseti hráčů má ve svém okolí kodependentní jedince, přičemž ve dvou případech to byla dokonce i partnerka a v jedné z kazuistik se objevil s tímto typem chováním bratr dotazovaného. Jedna partnerka vykazovala i aktivní spoluúčast na hazardním hraní.

*„Když jsem žil s bývalou přítelkyní, tak ta o mém hraní věděla, naši se jí několikrát ptali, jestli nehraju a ona jim to vždy zatajila. Možná by se dalo říct, že kdyby jim to řekla, tak bych nebyl tam, kde jsem, naši by to zastavili. Ona mi i půjčovala peníze, věděla, že dlužím, ale netušila, že tak moc. Doma nechávala běžně peníze k dispozici, i když já jí teda na ně nikdy nesáhl. Zakazovala mi hraní, když jsem prohrával, když jsem vyhrával, tak jí to nevadilo. Ona asi byla ta, která zavírala oči před tím, co se děje.“ (Dušan, 2017).*



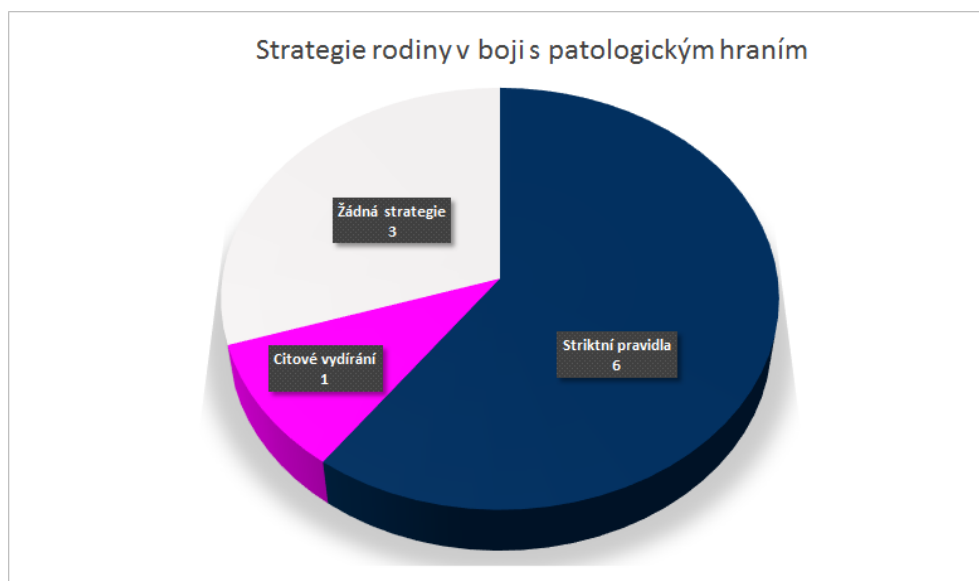
Graf č.3 – Spoluzávislost v rodině patologických hráčů

## 8.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### Jaké strategie používaly rodiny patologických hráčů v boji proti patologickému hráčství?

Strategie, které rodiny nastolují v boji s patologickým hraním svých blízkých, se v podstatě příliš neliší od doporučení, která se dávají v léčebnách a různých terapeutických zařízeních. V šesti případech rodiny stanovily tvrdá pravidla včetně převzetí kontroly nad financemi gamblera. Zajímavý výsledek se ukazuje u respondentů, jejichž otcové vykazovali hyperprotektivní chování po zjištění problému s hazardem, dva respondenti uvedli, že jejich otcové nastolili jako strategii totální kontrolu, včetně kontroly jejich volného času, jakoby se stali malými nekompetentními dětmi a dva naopak o ně bezmezně a slepě pečovali a problém bagatelizovali. Jeden respondent uvedl, že partnerka vymýšlela různé spirituální strategie včetně léčitelů a jiných alternativních metod. Pouze dva mluví o lásce a opoře a tři o tom, že téměř žádné strategie rodina nenastolila, buď z důvodu bagatelizace problému, nebo protože o tom rodina nevěděla a neví dodnes.

*„Tlačili mě do léčení a chovali se ke mně tvrdě. Otec mi dával hodně najevo, jak ho to mrzí, a chtěl, aby bylo vidět, jak se cítí.“ (Adam, 2018).*



Graf č.4 – Strategie rodiny v boji s patologickým hraním

## 8.5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ 5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### **Jak se patologičtí hráči staví nyní ke strategiím, které rodiny zvolily v boji s jejich nemocí z hlediska účinnosti?**

Za účinné považuje ze strany rodičů většina respondentů převzetí kontroly nad financemi, i když někteří poznamenávají, že tato účinnost je krátkodobá. Pokud rodiče nastolili i jiná kontrolní opatření jako hlídání volného času atd., k tomuto se potom dva ze tří, kteří tyto strategie uvedli, staví velmi negativně a tvrdí, že omezování svobody mělo pro ně spíše opačný účinek.

*„Rodiče mě začali kontrolovat, vzali mi peníze, dokonce jezdili po různých hernách a hledali mě tam, jestli náhodou někde nehraju, uměle mě udržovali doma a zakazovali chodit ven. Ta jejich šílená kontrola mě nutila chodit ven a utíkat v noci natajno hrát. Čím větší kontrola, tím větší chuť hrát jsem měl.“ (Dušan, 2018).*

Respondenti, kteří uvedli mezi reakcemi rodiny lásku, pomoc a psychickou oporu, tyto strategie považují za velmi účinné a několikrát se v odpovědích opakovalo, že hrozba ztráty rodiny byla velkým motivátorem ke změně chování gamblera. Důležitost pozitivních a vřelých rodinných vztahů doplňuje i fakt, že respondent, který pochází z citově chladného prostředí, celé své léčení prožívá sám a rodina o jeho boji s hazardním hraním neví, se cítí nejvíc ztracen a nemůže najít vhodnou motivaci ke změně, se kterou by se ztotožnil a zvnitřnil si ji.

## 9 DISKUZE

Výzkum této rigorózní práce byl mým splněným snem, protože mi odpovídá na otázky mé každodenní praxe. Velmi často se setkávám s patologickými hráči, o které jejich rodiče významně až přehnaně pečují. Vzhledem k tomu, že se mi tento vztah mezi dospělým dítětem a jeho rodičem zdál natolik jiný oproti běžné populaci, přišlo mi vhod, že mohu toto téma empiricky prozkoumat.

V závislosti na počtu možných respondentů a hlavně tématu, které jde do hloubky, byl kvalitativní design výzkumu jasnou volbou. Dlouho jsem měla v hlavě pouze hrubou představu o tom, co chci zkoumat. Hyperprotektivita matek hazardních hráčů pro mě bylo téma číslo jedna, ale bylo třeba tuto myšlenku rozvinout a přidat další témata.

Nakonec to byli právě mí klienti, kteří mě navedli na kreativní cestu a ukázali mi témata, která provázejí jejich životy a která mi přinášejí do terapie jakožto důležitá a stěžejní. Ukázalo se například, že mé téma hyperprotektivity se zdaleka nemusí týkat jen matek, ale i otcové mají tyto sklony. Svou původní verzi o hyperprotektivních matkách jsem na základě této zkušenosti rozšířila na oba rodiče, popřípadě na jiné pečující osoby pro případ, že by měl některý z respondentů namísto rodičů např. pěstouny, tato varianta ovšem nakonec nenastala.

Dalším rozvětvením tématu hyperprotektivity se stalo rozdělení v čase. Můj původní dojem, že hráči mají rodiče, kteří jsou hyperprotektivní od svého základu, se ukázal jako ne zcela přesný, jelikož v některých případech se rodiče chovali hyperprotektivně až po hráčské kariéře svého potomka. Tudíž vznikly dvě výzkumné otázky na toto téma, jedna patřila období dětství respondenta a druhá už jeho dospělosti.

Hyperprotektivita se někdy zaměňuje s fenoménem, který se nazývá kodependence neboli spoluzávislost, v některých znacích jsou si tato dvě chování velmi podobná, proto jsem i téma spoluzávislosti zařadila mezi výzkumné otázky.

V kapitole o spoluzávislosti popisují, že kodependence je chování blízké osoby, které umožňuje závislost konkrétního člena rodiny. Jedná se o tzv. slepotu vůči znakům závislosti, určitou naivitu a možná i nevědomou touhu k udržování závislého chování blízkého člověka. Kodependentní chování a jednání je velký fenomén, který by si zasloužil svou vlastní obsáhlou práci, a určitě bych ji navrhla dalším výzkumníkům jako téma pro jejich studie. Se spoluzávislostí blízkých osob se v terapeutické praxi setkávám poměrně často, jak z vyprávění gamblerů, tak přímo od rodinných příslušníků, se kterými též pracuji.

K posledním dvěma výzkumným otázkám jsem se dostala tak, že jsem si odpověděla na to, proč vlastně tuto práci píšu, k čemu může posloužit jiným lidem, kde je její přínos, jaký je její další přesah přes rigorózní řízení a akademickou funkci.

Řekla jsem si, že chci pomoci terapeutům v jejich práci s patologickými hráči a jejich blízkými. Chci najít témata, která se v terapiích opakují a kterým je dobré se věnovat a všimnout si jich. Mezi základní metodiku práce se závislými patří edukace a nácvik omezení a opatření, která mají eliminovat dopady gamblerství na postiženého i jeho rodinu a mají mu pomoci v boji s tímto neduhem. Ať už se terapeut ztotožňuje nebo ne s těmito behaviorálními metodami, jisté je, že alespoň na začátku terapie mají své místo, a proto je všechny léčebny a terapeutická centra doporučují a pracují s nimi.

Otazníky v mé hlavě a následně v této práci byly, jak moc jsou tato opatření z hlediska hráčů účinná, popř. jaké jiné strategie jejich rodina nastolila, jak se hráčům líbily a jestli fungovaly či nikoliv.

Těmito tématy jsem vymezila hlavní proud otázek, na které jsem chtěla znát odpovědi. Témat, kterým by se v rámci vlivu rodinného systému na patologické hráčství mohlo věnovat, by bylo nespočet, ale nelze všechny zahrnout do jednoho výzkumu. Mohlo by se to ovšem stát inspirací pro další výzkumy a studie.

Nezodpovězené zůstávají otázky vlivu jiných členů rodiny závislých na gamblingu, sociálních vrstev, ze kterých rodina pochází, počtu dětí v rodině,



náboženské příslušnosti rodiny k nějaké církvi, kriminalita, neúplné rodiny, psychiatrické diagnózy v rodinách, děti z dětských domovů a spousta dalších, které bych mohla vyjmenovávat dlouhé hodiny. Tyto a další otázky vlivů primárních rodin na vznik a rozvoj patologického hráčství stále čekají na své výzkumníky a odpovědi.

V teoretické části jsem občas váhala nad vhodností, respektive dostatečnou odborností zdrojů, hlavně tedy v jednom případě, kdy se v kapitole o spoluzávislosti odkazuji na Moniku Plocovou, která vede sanatorium pro závislé a na svých stránkách má zajímavé rozdělení fází spoluzávislosti, které mi dávalo smysl pro mou práci, nicméně neměla zde odkaz na primární odborný zdroj. Zkoušela jsem ji kontaktovat emailem, abych původní zdroj vypátrala, ale odepsala mi, že primární zdroje již neví a je to kombinace jejích myšlenek a zkušeností s dříve naučeným. Nakonec jsem se rozhodla, i přes možné riziko neodborného zdroje, její popis spoluzávislosti v mé práci ponechat, jelikož koresponduje i s mou terapeutickou zkušeností.

Když jsem dala dohromady výzkumné otázky a věděla, o čem studie bude, musela jsem se rozhodnout, zda sejmout od respondentů volné povídání ve formě kazuistik nebo dát výzkumu řád a vytvořit otázky pro nějakou formu rozhovoru. Nakonec jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, jelikož jsem se bála, že při volném povídání se zahltím velkým množstvím informací na úkor konkrétních dat, která potřebuji pro zodpovězení výzkumných otázek. Domnívám se, že kdybych měla respondentů méně, byl by asi přístup volnějšího vyprávění vhodnější, protože bych se dostala do lepších kontextů a možná bych pochopila kauzality, které mi mohly vzhledem k omezenému prostoru rozhovoru uniknout. Jak už jsem ale nastínila výše, rozsáhlé kazuistiky jsou z hlediska časové náročnosti vhodnější u menšího počtu respondentů.

Jako metodu získávání dat jsem tedy zvolila polostrukturovaný rozhovor, který jsem si pro sebe rozdělila do oblastí, navazujících na výzkumné otázky. Vytvořila jsem 29 otázek, které jsem pokládala respondentům, ale neobjasňovala jsem jim, kam otázkou mířím, jen občas jsem ji zopakovala s malou úpravou, v

případě že ji nepochopili a začali odpovídat na něco jiného. Byla jsem připravena pořadí otázek měnit v závislosti na proudu rozhovoru, ale to nebylo třeba dělat.

K vedení rozhovoru musím přiznat, že zde vidím jisté deficity, které přiřazuji mé nezkušenosti v oblasti kvalitativních výzkumů. Odpovědi jsem si například zaznamenávala na papír a zároveň fixovala diktafonem v mobilním telefonu, domnívala jsem se, že mi hlasový záznam pomůže upřesnit data, která jsem si nestihla zapsat. Realita byla ovšem taková, že veškerý rozhovor jsem následně snímala ze zvukového záznamu a mé poznámky na papíře jsem vůbec nepoužila, takže jsem je dělala zbytečně a namísto psaní jsem se mohla více věnovat samotnému rozhovoru. S tímto možná souvisí i druhá věc, kterou bych příště udělala jinak, a tou je větší doptávání se na doplňující otázky. Možná že právě ono psaní poznámek mě zahltilo natolik, že jsem nepoložila tolik doplňujících otázek, kolik mně jich napadlo při následném přepisu rozhovoru. Chybami se člověk učí, a i když můj výzkum toto uvědomění už neovlivní, tak snad pomůže jiným začínajícím výzkumníkům v eliminaci jejich přehmatů.

Počet respondentů je nakonec menší, než jsem původně předpokládala. Má představa byla minimálně dvanáct, spíše patnáct účastníků výzkumu. Nakonec jich přislíbilo účast dvanáct, ale o dva jsem na konci snímání přišla, jeden nesplnil kritéria pro účast ve výzkumu a druhý se nedostavil na schůzku a využil tím jeho právo odstoupit od výzkumu, já jeho rozhodnutí plně respektovala. Další vhodní kandidáti se během psaní mé práce neobjevili, ale budu doufat, že nižší počet respondentů neohrozil validitu výzkumu.

Než jsem začala rozhovory snímat, věděla jsem o dvou studiích podobného zaměření, tedy o výzkumech, zda závislí mají hyperprotektivní matky. Zabýval se tímto tématem v roce 1982 Stanton a o rok později Vaillant. Oba dospěli k závěru, že hyperprotektivita je sice častým jevem ve výchově závislých jedinců, ale nikoliv dominantním stylem výchovy. Nedala jsem se těmito výzkumy odradit a byla jsem přesvědčená o tom, že uplynulý čas mezi výše zmíněnými výzkumy a současností udělal své a výsledky potvrdí mou hypotézu, že hazardní hráči mají skutečně hyperprotektivní matky. Sama sobě jsem argumentovala tím, že původní výzkumy jsou velmi staré, takže poměry dnes už další generace se mohly změnit a navíc

popisované výzkumy byly prováděny na lidech s látkovou závislostí, což sice bývá v mnoha ohledech velmi podobné s nelátkovými závislostmi, nicméně homogenní skupina to není, tudíž můj výzkum určitě dopadne jinak.

S pokorou musím přiznat, že jsem se mýlila a můj výzkum dopadl úplně stejně jako dva výše zmiňované. Hyperprotektivní prvky výchovy se sice objevily, a rozhodně ne v nepatrné míře, ale jejich četnost nemůžeme považovat za dominantní. Tímto se dá říci, že se potvrzuje velká podobnost mezi vznikem závislosti látkové i nelátkové a dá se předpokládat, že i ostatní znaky budou vykazovat velkou míru shody.

Výsledky výzkumu byly pro mě překvapující z několika hledisek. Když již přeskočím výše zmíněné, tak mne například zarazilo, kolik otců se stalo hyperprotektivními po zjištění, že jejich dítě nezdravě hraje, i když předtím tyto sklony neměli, a nejvíc asi to, že ti pak mnohdy nastolili systém totální kontroly, kdy jejich strategie hraničily až s omezováním svobody. Vysvětluji si to z pohledu genderového rozložení funkcí v rodině, matka zastává spíše emocionální potřeby rodiny, otec potom zajišťuje stabilitu pomocí reálných a racionálních řešení, toto nakonec potvrzuje ve svém výzkumu i Joklová (2015), která sledovala rozdíly ve strategiích otců a matek patologických hráčů.

Z hlediska možného přínosu této práce pro jiné terapeuty je zase zajímavé zjištění, že právě přílišné omezování a kontrola ze strany rodičů měly na hráče přesně opačný vliv, a několik z nich uvedlo, že pod touto tíhou měli ještě větší chuť unikat a hrát. Budu doufat, že ono zjištění, spolu s touhou hráčů po podpoře, pochopení a lásce ze strany rodičů, přispěje k úspěšným terapiím s rodiči hráčů, partnery a jinými blízkými osobami, kteří v nejlepší víře nastolují mnohdy strategie, které se bohužel absolutně mívají účinkem.

Ačkoliv v době dopisování této studie již ve výše uvedené společnosti nepracuji, přesto je stále terapeutická práce se závislými klienty a jejich rodinami ta hlavní cílová páska, kam chci, aby doběhl význam této práce. Přála bych si, aby terapeuti pracovali se závislými z hlediska celého systému, ze kterého pacient pochází a ve kterém nyní žije. Aby se mravenčí prací nímrali v rodinách

patologických hráčů a pátrali po původu, namísto léčení důsledků. Patologické hraní totiž není příčina, je to symptom a ukazatel mnohem hlubšího problému.

## 10 ZÁVĚRY

Z výzkumu vyplývá, že hyperprotektivita, ačkoliv hojně se vyskytující, není dominantním stylem výchovy budoucích patologických hráčů. Ve většině rodin se po zjištění hráčské kariéry dítěte objeví hyperprotektivní sklony alespoň u jednoho z rodičů a rodič, který byl hyperprotektivní v dětství respondenta, vykazuje tyto znaky i v jeho dospělosti bez ohledu na jeho hraní.

Výzkum též ukázal, že většina hráčů má ve své blízké rodině kodependentního člověka, který vykazuje znaky spoluzávislosti a tím mu umožňuje hrát. Hlavní strategií rodiny v boji s patologickým hraním příbuzného bylo převzetí finanční kontroly nad příjmy a výdaji závislého. Absolutní převzetí kontroly nad životem hráče považují respondenti za neúčinné, ba naopak to jejich chuť hrát ještě zvyšuje. Mezi neúčinnější strategie rodiny považují hráči finanční kontrolu rodičů a blízkých, i když vnímají tuto strategii pouze jako krátkodobou. Z výzkumu též vyplývá, že z dlouhodobých a pevnějších motivů ke změně návykového chování vyzdvihují hráči lásku, oporu a psychickou pomoc rodiny. Myšlenka na ztrátu rodiny byla pro respondenty největší hrozbou.

## SOUHRN

Celá práce má klasické rozdělení na teoretickou a výzkumnou část, přičemž každá ze dvou hlavních částí se dále dělí na několik tematických kapitol a podkapitol. Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První je kratší s názvem Závislost. Je to jediná kapitola, která je obecnější, definuje závislost jako celek, popisuje její znaky a některé z teorií vzniku závislosti.

Druhá kapitola už pojednává o konkrétním tématu mé práce a tím je patologické hráčství. Tato kapitola je nejobsáhlejší a má devět dalších podkapitol. Snažím se v ní co nejpodrobněji přiblížit problematiku patologického hráčství z několika možných úhlů pohledu. Přes obecnější pohled na to, co je to vlastně hra, se dostáváme k definici patologického hráčství a jeho diagnostiky, kterou vymezují jak podle MKN, tak i DSM, jelikož jsou mezi nimi lehké nuance. Přihlédnutí k možnostem diferenciální diagnostiky u patologického hráčství uzavírá tuto podkapitolu. Množstvím patologických hráčů v populaci se zabývá kapitola o prevalenci, která se dále dělí na prevalenci v České republice, Evropě a celém světě. Tato kapitola se hojně opírá o výzkumy prováděné jak u nás, tak v ostatních zemích. Dále se zabývám už konkrétním onemocněním, které blíže popisují v kapitole stádia patologického hráčství a typologie hráčů. Přes možnosti léčby a fáze léčení pokračuji dále k prevenci a popisu nového zákona o hazardních hrách, který vešel v platnost 1.1.2017. Kapitulu o gamblingu symbolicky uzavírá téma dopadů patologického hráčství.

Třetí kapitolou druhého ze stěžejních témat mé práce je rodina. Kapitola nazvaná Rodinné faktory v kontextu závislosti přináší přes prvotní definici rodiny jako takové bližší rozbor několika vybraných rodinných faktorů z pohledu příčin vzniku závislosti. V podkapitolách tohoto tématu rozvíjím teorii o hyperprotektivní výchově, na kterou následně navážou dvě z výzkumných otázek. Přibližuji též fenomén spoluzávislosti, který má taktéž přesah do empirické části v podobně jedné z výzkumných otázek. Dalšími možnými faktory, o kterých se zmiňuji, jsou typy vazby z pohledu Bowlbyho teorie attachmentu, fixace v orálním stádiu vývoje, citová deprivace nebo jiný závislý člen v rodině.

Čtvrtá a poslední kapitola v teoretické části práce je teoreticko-kritická analýza stavu výzkumu a poznání. V této nejkratší kapitole jsem shrnula ty nejzajímavější a obsahově nejbližší výzkumy, které jsem z pohledu podobnosti s mou prací dohledala a z některých i vycházela.

Výzkumná část má šest hlavních kapitol a několik rozšiřujících podkapitol. Nejdříve jsem definovala výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Chtěla jsem zjistit, zda se v dětství patologických hráčů vyskytovala hyperprotektivní výchova a zda tento typ chování rodičů převládá i v dospělosti hráče. Dalším cílem bylo zjistit, jestli a v jaké míře se vyskytuje v rodině patologického hráče fenomén zvaný spoluzávislost, čili zda rodinní příslušníci svým nevědomým jednáním vlastně umožňují závislost respondenta. A nakonec se zabývám otázkou strategií rodiny v boji s patologickým hraním, jaké strategie rodina nastolila a jak byly tyto z pohledu hráče účinné. Tyto cíle jsem shrnula do pěti výzkumných otázek, na které jsem následně hledala odpovědi.

Šestou kapitolou je metodologie výzkumu. Zde definuji design a typ výzkumu. Přibližuji, proč jsem zvolila kvalitativní design výzkumu aněkolikánásobnou případovou studii. V další podkapitolách popisuji okolnosti vzniku výzkumu. Jako metodu získávání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor a výběr vhodného výzkumného souboru proběhl metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce. V jedné z podkapitol jsem prezentovala i vybranou instituci, ve které byl výběr prováděn, jednalo se o Společnost Podané ruce o.p.s., Centrum komplexní péče v Olomouckém kraji. V práci jsou obsaženy i otázky celého polostrukturovaného interview a deskripce výzkumného souboru, jednalo se o deset patologických hráčů, kteří se ambulantně léčí ve výše zmíněném zařízení, podmínkou zařazení do výzkumu byla absence jakékoliv hráčské diagnózy v rodině. V neposlední řadě se zde zabývám etickými otázkami výzkumu a hledám možnosti, jak co nejvíce ošetřit možné negativní dopady výzkumu na život a psychiku respondentů. Na konci této kapitoly přináším přehled metod analýzy dat, které jsem použila. Popisuji metodu ruční analýzy, kódování, tvoření trsů nebo deskriptivní metody a metody prostého výčtu.

Sedmá kapitola patří jednotlivým kazuistikám a jejich interpretacím. Předkládám zde deset příběhů, které vznikly na základě výše zmiňovaného polostrukturovaného rozhovoru. Jména respondentů jsou samozřejmě v zájmu anonymity smyšlena, přiřadila jsem taková jména, jejichž první písmena jdou v abecedním pořadí Adam, Bořek, Cyril, Dušan, Eduard, František, Gustav, Hugo, Igor a Jindřich. Za každým příběhem následuje interpretace z hlediska každé z pěti výzkumných otázek.

Poslední empirickou kapitolou je analýza výsledků výzkumných otázek. V této kapitole dávám dohromady výsledky jednotlivých příběhů z pohledu každé výzkumné otázky zvlášť a předkládám závěry, ke kterým jsem ve výzkumu došla. Čtyři z pěti výzkumných otázek doplňuji i graficky.

V diskuzi popisuji blíže okolnosti vzniku práce, toho, jak probíhal výzkum, jaká úskalí to neslo, co bych dnes již udělala jinak a komu by měly výsledky výzkumu pomoci. Věnuji se v této kapitole více návaznosti mého výzkumu na terapeutickou práci s patologickými hráči a jejich rodinami. Také se zde zmiňuji o inspiracích na jiných výzkumech, především pak studie Vaillanta (1983) a Stantonova (1982), u kterých jsem předpokládala, že výsledky budou po sedmatřiceti letech jiné, a nakonec se překvapivě ukázalo, že vyšly stejně jako tenkrát.

Závěry mé práce stručně shrnují, k čemu jsem dospěla a jaké jsou odpovědi na mé výzkumné otázky. Píši tam o tom, že hyperprotektivita, ačkoliv hojně se vyskytující, není dominantním stylem výchovy budoucích gamblerů. Že ve většině rodin se po zjištění hráčské kariéry dítěte objeví hyperprotektivní sklony alespoň u jednoho z rodičů, zároveň rodič, který byl hyperprotektivní v dětství respondenta, vykazuje tyto znaky i v jeho dospělosti bez ohledu na jeho hraní. Poukazuji na to, že většina hráčů má ve své blízké rodině kodependentního člověka, který vykazuje znaky spoluzávislosti a tím mu umožňuje hrát. A že hlavní strategií rodiny v boji s patologickým hraním příbuzného bylo převzetí finanční kontroly nad příjmy a výdaji závislého. Absolutní převzetí kontroly nad životem hráče přitom považují respondenti za neúčinné, ba naopak to jejich chuť hrát ještě zvyšuje. Mezi nejúčinnější strategie rodiny považují hráči finanční kontrolu rodičů, i když vnímají tuto strategii pouze jako krátkodobou, z dlouhodobých a pevnějších



motivů ke změně návykového chování vyzdvihují hráči lásku, oporu a psychickou pomoc rodiny. Myšlenka na ztrátu rodiny byla pro respondenty největší hrozbou.

Práci ukončuji shrnutím a seznamem použité literatury. V přílohách předkládám formulář informovaného souhlasu s účastí na výzkumu, seznam obrázků a grafů a abstrakt.

## **Seznam použitých zdrojů a literatury:**

Balúchová, M. (2012). Spoluzávislost – kodependence. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Beattie, M. (1992). Codependence no more. USA: Hazelden.

Bouček, J. a kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Cox, B. J., Yu, N., Afifi, T.O. & Ladouceur, R. (2003). A national survey of gambling problems in Canada. Canadian Journal Psychiatry, 50 (4), 213-217.

Čábalová, D., (2011). Pedagogika. Praha: Portál.

Dobson, J. (1995). Výchova dětí. Brno: Nová naděje.

Freud, A. (1964). The psychoanalytic treatment of children: lectures and essays. Schocken Books.

Freud, S. (1947). Studie o hysterii. Praha: Nakladatelství Julius Albert.

Freud, S. (1991). Vybrané spisy I. Praha: Avicenum.

Frouzová, M. (1997). Gambling. Metodická příručka pro prevenci gamblingu. Praha: Státní zdravotní ústav.

Griffiths, M. (2009). Přehled problémového hráčství v Evropě. Úřad vlády ČR. Překlad: Jiří Bareš.

Hajný, M. (2001). O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing.

Hajný, M., Kořínek R., Majer, M., (2004). Rodina a drogy. Olomouc: P-centrum.

Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku udržování závislosti. In: Kalina, K., (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: Kalina, K. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Harri, J. (2015) Chasing the scream: The first and last day so fthe War on the drugs. New York: Bloomsbury.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.

Heller, J. Pecinová, O. a kol. (1996). Závislost známá neznámá. Praha: Grada.

Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.

Hupková, I. (2009). Vybrané aspekty problematiky patologického hráčstva. Sociální prevence. Bratislava: Národné osvetové centrum, roč. 4., č. 2/2009, s. 16 – 18.

Joklová, M. (2015). Postoj rodičů k patologickému internetovému hráčství svých dospívajících dětí. Brno: Masarykova Univerzita.

Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády ČR

Kalina, K. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., Sobotková, I., Šucha, M., Vtípil, Z. (2017). Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. (ed.). Terapeutická komunita pro drogově závislé 1. - Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje / o.p.s. Magdaléna.
- Kratochvíl, S., (2006). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
- Kraus, B., (2014). Základy speciální pedagogiky. Praha: Portál
- Krejčířová, D., Langmeier, J. (2006). Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, K. a kol: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). Psychická deprivace v dětství, 4. dopl. vyd. Praha: Karolinum.
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). Dětská psychoterapie, 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál.
- Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. E-psychologie. 6 (3). 1-11.
- Lund, I. (2009). Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers hen EGMs are banned. A natural experiment. J Gambler Stud. 2009: 25 (2), 215-225.
- Lovasová, L. (2005). Láska a partnerství. Praha: Sdružení Linka bezpečí.
- Maierová, E. (2012). Patologické hráčství na herních automatech v České republice. Adiktologie, 12 (4) 334-343.

Maierová, E. (2014). Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů. Olomouc: Univerzita Palackého.

Matějček, Z. (1992). Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Mikota, V. (1995). O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

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

Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B. & Vlach, T. (2016). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Kozák, J., Grohmannová, K., Janíková, B., Vlach, T., Kiššová, L. (2017). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Tion Leštinová, Z., J., Grohmannová, K., Janíková, Černíková, T. (2019). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2018. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mühlpachr, P. (2001). Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita.

Mühlpachr, P. (2008). Sociopatologie. Brno: Masarykova univerzita.

Mühlpachr, P., Vavřík, M. (2010). Sociální patologie. Brno: Institut mezioborových studií.

Nechanská, B. (2013). Péče o pacienty s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2004–2012. Aktuální informace ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR č.50/2013.

Nechanská, B. (2016). Péče o pacienty s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2009–2015. Aktuální informace ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR č.11/2016.

Nešpor, K. (1996). Jak překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K. (2006). Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2011). Jak překonat hazard. Praha: Portál.

Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.

Nešpor, K., Csémy, L. (2005). Kolik je v České republice patologických hráčů. Česká a slovenská psychiatrie, 101 (8), 433-435.

Nevolová, M. (2017). Hravost nade vše. Psychologie dnes, 04/2017, (25-28).

Nevšímal, P., (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé. Praha: Magistrát hlavního města Prahy.

Nový, I., Surynek, A. a kol. (2006). Sociologie pro ekonomy a manažery 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada.

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), 567-574.

Piaget, J. (1970). *Psychologie inteligence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Pietrzak, R. H., Petry, N. M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug, psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100 (8), 1183-1193.

Plháková, A. (2011). *Úvod do psychoanalytických teorií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Prunner, P. (2008). *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Průcha, J. (2013). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.

Radó, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *The Psychoanalytic Quarterly*, 2 , 1 – 23.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

Röhr, H. (2015). *Závislost*. Praha: Portál.

Röhr, H. (2011). *Závislé vztahy*. Praha: Portál.

Scheansová, A. (2017). *Obraz vztahové vazby v terapeutickém kontextu patologického hráčství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Schofield, G., Mummery, K., Wang, W. & Dickson, G. (2004). Epidemiological study of gambling in the non-metropolitan region of central Queensland. *Aust.J. Rural Health*, 12 (1), 6-10.

Singly, F. de (1999). Sociologie současné rodiny. Praha: Portál.

Stanton, M. D., Todd, T. C. a kol. (1982). The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. New York: Guilford.

Steinglass, J. (1981). Alcoholic family at home. Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 38, 578-584.

Subby, R. (1984). Codependency: An emerging Issue. Pompano Beach: Health Communications.

Szapocznik, J., Coatsworth, J. D. (1999). An Eco developmental Framework for organizing the influences on Drug Abuse. In Glantz, M., Drug Abuse: Origins and Interventions. Washington D.C.: American Psychological Association.

Tauchmanová, M. (2011). Dopad hyperprotektivní výchovy na vnímání třídního klimatu u žáků 2. ročníku střední školy. Brno: Masarykova Univerzita v Brně.

The Ontario Problem Gambling Research Center (2013). Koncepční rámec škodlivého hráčství. Úřad vlády ČR. Překlad: Jiří Bareš.

Thomasgard, M., Metz, W. P. (1999). Parent – Child Relationship Disorders: What Do the Child Vulnerability Scale And the Parent Protection Scale Measure?. In Clinical Pediatrics. New York: Westmister Publications. 347-356.

Toce-Gerstein, M., Gerstein, DR., Volberg, RA. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. Addiction. 98 (12), 1661-1672.

Tomášková, E. (2010). Vývoj a udržování závislostního chování z psychoanalytického hlediska. Praha: Univerzita Karlova.

Ungar, M. (2007). Too Safe for Their Own Good: How risk and responsibility help teens thrive. Australia: Griffin Press.



Vaillant, G. (1980). Natural history of male psychological health, VIII: Antecedents of alcoholism and orality. *Amer. J. Psychiat.*, 137, 181-186.

Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Vališová, A., Kasíková, H. (2007). *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada Publishing.

Velímová, E. (2010). *Patologické hráčství a osobnost gamblera*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

Vykopalová, H. (2001). *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Whitfield, Ch. L. (1991). *Co-dependence: healing the human conditions*. Deer field Beach: Health Communications.

Výrost, J., (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál.

Záruba, D. (2016). *Patologické hráčství a rizika internetgamblingu*. Pardubice: Univerzita Pardubice.

Zášková, H. (1998). *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita.

## **Internetové zdroje:**

American psychiatric association. (28.10.2017). American psychiatric association. Získáno z <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Česká psychiatrická společnost.(4.11.2017). Komunitní péče. Získáno z [http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=64&Itemid=13](http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=64&Itemid=13)

Neprohraž život. (4.11.2017). Anonymní gambleři. Získáno z <http://www.neprohrajzivot.cz/anonymni-gambleri/>

Neprohraž život. (28.10.2017). Patologické hráčství. Získáno z <http://www.neprohrajzivot.cz/patologicke-hracstvi/patologicke-hracstvi/>

Novinky. (3.1.2018). Gamblerství aneb Hrát a hrát si je rozdíl. Získáno z <https://www.novinky.cz/zena/styl/441495-gamblerstvi-aneb-hrat-a-hrat-si-je-rozdil.html>

Podané ruce. (10.12.2017). Informace o organizaci. Získáno z <http://www.podaneruce.cz/informace-o-organizaci/>

Psychologie. (17.11.2017). Teorie citové vazby. Získáno z <https://psychologie.cz/teorie-citove-vazby/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (28.10.2017). MKN. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F60-F69.html>

Zákony pro lidi. (28.10.2017). Zákon o hazardních hrách. Získáno z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-186?text=licenci#cast6>

## **Seznam příloh:**

- Příloha č.1: Seznam obrázků a grafů
- Příloha č.2: Abstrakt
- Příloha č.3: Informovaný souhlas

## Příloha č.1

### **Seznam obrázků :**

Obrázek č.1 – Konceptní rámec pro faktory ovlivňující škodlivé hráčství

Obrázek č.2 – Výsledky screeningové škály Lie/bet v obecné populaci podle pohlaví a věkových skupin.

### **Seznam grafů:**

Graf č.1 – Hyperprotektivita rodičů v dětství patologických hráčů

Graf č.2 – Hyperprotektivita rodičů v dospělosti patologických hráčů

Graf č.3 – Spoluzávislost v rodině patologických hráčů

Graf č.4 – Strategie rodiny v boji s patologickým hraním

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vliv primární rodiny na vznik a rozvoj patologického hráčství

**Autor práce:** Mgr. Lucie Svobodová

**Počet stran / znaků:** 130 / 208 279

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 97

**Abstrakt :**

Cílem práce bylo prozkoumat rodinné prostředí patologických hráčů a zaměřit se na některé rodinné faktory, které mohou mít vliv na vznik a rozvoj patologického hráčství. Dále práce zkoumá strategie, které používá rodina hráče v boji s jeho nemocí. Výzkum byl prováděn kvalitativním designem formou několikanásobné případové studie. Jako metoda výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor. Výběrový soubor tvořilo deset hráčů, kteří navštěvují ambulantní abstinenčně orientovanou léčbu patologického hráčství ve Společnosti Podané ruce o.p.s. v Centru komplexní péče v Olomouckém kraji. Výsledky výzkumu prokázaly přítomnost hyperprotektivní výchovy v dětství patologických hráčů, tento styl výchovy však nebyl dominantní. Dále se prokázal významný počet spoluzávislých v rodině hráče, kteří mu svou kodependencí umožňují rozvíjet jeho závislost. Mezi nejčastějšími strategiemi rodiny bylo převzetí finanční kontroly nad příjmy a výdaji hráče. Tuto strategii považovali hráči za účinnou, ovšem jen z krátkodobého hlediska. Dlouhodobé motivátory pro změnu návykového chování byly hlavně citové oblasti a hrozba ztráty rodiny.

**Klíčová slova:** patologické hráčství, hazard, rodina, hyperprotektivita, spoluzávislost

# ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Influence of the primary family on the formation and development of pathological gambling

**Author:** Mgr. Lucie Svobodová

**Number of pages / characters:** 130 / 208 279

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 97

**Abstract:**

The aim of the thesis was to examine the family environment of pathological players and to focus on some family factors that can influence on the formation and development of pathological gambling. In addition, the thesis explores the strategies used by the family of a player to fight his illness. There search was carried out by a qualitative design in the form of a multiple case study. The semi-structured interview was used as a method of research. The selective sample consisted of ten gamblers who attended out patient abstinence treatment for pathological gambling at the Podané ruce o.p.s. in the Center of Complex Care in the Olomouc Region. There search results showed the presence of hyperprotective upbringing in the childhood of pathological players, but this style of education was not dominant. In addition, a significant number of co-dependent members of the gambler's family have been shown to be able to develop dependency on their co-dependencies. The most common family strategies were to take over financial control over the players' income and expenses. This strategy considered players to be effective, but only in the short term. Long-term motivators to chase addictive behavior were mainly emotional areas and the threat of family.

**Keywords:** pathological gambling, hazard, family, hyperprotectivity, codependency

Příloha č. 3

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Vážený pane,

ráda bych Vás požádala o spolupráci při výzkumu k mé rigorózní práci. Jmenuji se Lucie Svobodová, pracuji jako psycholožka ve Společnosti Podané ruce o.p.s. a věnuji se psychotherapeutické práci hlavně s lidmi závislími na hazardním hraní. Má práce pojednává o okolnostech vzniku a rozvoje patologického hráčství v kontextu rodiny patologického hráče. Jedná se o rozhovor, který s Vámi povedu já a Vaše odpovědi si budu zapisovat a nahrávat na diktafon. Vaše účast bude **zcela anonymní** a veškerý pořízený materiál, ať už textový či audio záznam, bude sloužit **výhradně pro potřeby tohoto výzkumu. Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná a máte právo z výzkumu kdykoliv odstoupit.** Zároveň Vám nabízím možnost bezplatné psychotherapeutické intervence v případě, že by ve Vás výzkumné otázky vyvolaly jakékoliv nezpracované či nepříjemné vnitřní konflikty a cítil byste potřebu toto téma terapeuticky ošetřit.

Věřím, že naše společná práce napomůže odhalit další skryté otázky o okolnostech patologického hráčství a tím se posuneme k úspěšnější léčbě tohoto onemocnění.

Pokud souhlasíte s účastí na výzkumu, prosím podepište níže.

**Souhlasím s anonymní účastí na výzkumu o okolnostech vzniku a rozvoje patologického hráčství vedeném Mgr, Lucií Svobodovou.**

V Olomouci dne..... Podpis.....

**Já, Lucie Svobodová, se zavazuji, že výzkum bude zcela anonymní, veden dle etických pravidel a respondentovy údaje nebudou zneužity.**

V Olomouci dne.....Podpis.....