

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Strategie zvládání stresu v kontextu hráčských kariér u
léčených patologických hráčů**
(Coping strategies in the context of player's career in the
treated pathological gamblers)



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Markéta Školotíková
Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová Ph.D.

Olomouc
2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma:
„Strategie zvládání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů“
vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla
jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Děkuji především PhDr. Evě Maierové, Ph.D. za odborné vedení, hodnotné rady a konstruktivní připomínky. Zároveň za velmi vstřícný, trpělivý a laskavý přístup.

Dále děkuji PhDr. Zuzaně Staňové, psycholožce oddělení 16 Psychiatrické nemocnice v Opavě za umožnění provedení výzkumu v tomto zařízení. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili a umožnili tak jeho realizaci.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ.....	7
1.1 Zařazení pojmu.....	7
1.2 Diagnostika	8
1.3 Vznik a rozvoj.....	9
1.4 Rizikové faktory.....	10
1.5 Projevy chování hráče	11
1.6 Patologické hraní v ČR	12
2 SPECIFIKA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ.....	15
2.1 Látková závislost vs. patologické hraní	15
2.2 Rizikové skupiny.....	16
2.3 Kognitivní omyly	17
2.4 Možnosti léčby, stádia úzdravy.....	17
2.4.1 Stádia úzdravy.....	17
2.4.2 Léčba patologického hráčství	18
2.4.3 Možnosti léčby v České republice	19
2.4.4 Množství pacientů s diagnózou F63.0 v letech 2006-2012 v ČR.....	21
3 STRES.....	23
3.1 Zařazení pojmu.....	23
3.2 Vybrané přístupy ke stresu.....	25
3.2.1 Fyziologická teorie stresu	25
3.2.2 Biologická teorie stresu	25
3.2.3 Kognitivní teorie stresu.....	26
3.3 Příznaky stresu	27
4 ZVLÁDÁNÍ STRESU	29
4.1 Coping, styly, strategie.....	29
4.2 Osobnostní charakteristiky napomáhající zvládat stres	32
5 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ A STRES	35
6 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	38
6.1 Výběrový soubor.....	38
6.2 Design	44
6.2.1 Metody získávání dat.....	44

6.3	Průběh získávání dat	46
6.4	Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 1.	47
6.5	Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 2	51
6.6	Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 3	57
7	DISKUZE	61
8	ZÁVĚR	67
	SOUHRN	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma závislostí mě přitahuje již od počátku studia, ale jelikož snad není nic, co by ještě o závislosti na alkoholu či drogové závislosti nebylo napsáno, zvolila jsem zaměření své diplomové práce na patologické hráčství, které je v České republice daleko méně, oproti jiným závislostem, zkoumané. Jedná se spíše o závislost na procesu, kdy hráč tráví hrou stále více času a investuje do ní stále vyšší finanční prostředky. Přesto ve srovnání s jinými závislostmi jsou následky stejné, ne-li horší. Jelikož hraní je aktivita impulzivní, předchází jí puzení a nepotlačitelná touha a po pro/hře silné výčitky. Předpokládám, že jedinec hrající často musí být v neustálém neklidu. Proto jsem se rozhodla propojit toto téma s problematikou zvládání stresu.

Jelikož jsem se tímto tématem zabývala déle než rok a netušila, jak doopravdy reálně funguje, rozhodla jsem se hru vyzkoušet. Návštěvu kasina Kartáč v Ostravě - Porubě jsem podnikla s přítelem a dvěma kamarády v polovině února tohoto roku. Byla neděle okolo 21. hodiny večer. Vůbec nikdo kromě nás tam nebyl, takže nezbylo než pozorovat vlastní pocity. Již při vstupu do osvětleného vchodu jsem se cítila nesvá. Jako bych tam neměla co dělat. Na druhou stranu jsem se ale těšila na nový zážitek, chtěla jsem vidět, jak to v herně chodí a vyzkoušet si, jak se asi cítili mí respondenti při hře. Byla jsem připravená za tyto zkušenosti zaplatit pár stovkami. Musím ale přiznat, že jsem před realizací tohoto výletu měla i určité výherní fantazie. Zvláštní, ne zrovna příjemný pocit jsem měla i z registrace, která následovala po vstupu. Jako bych se zapisovala do klubu pravidelných hráčů.

Netušila jsem, jak se automaty ovládají, co který umí, jak se volí výše sázek, výherní linie ani za co přesně získám jakou výhru. Za pár chviliek a několik vyzkoušených automatů na to ale člověk poměrně snadno přijde. Asi po 45 minutách jsem byla 250 korun v mínusu (volila jsem nejnižší sázky). V průběhu této doby se moje nálada od nervózní, přes vzrušenou a nadšenou dostala ke zklamané a znužené. Okamžitě se ale zvedla při výhře přítele, který asi za 5 minut inkasoval 655 korun. Vyzkoušeli jsme si i živé hry – Black Jack a ruletu. Karty nám nevyšly, ale hra mě bavila, takže jsem z prohraných peněz neměla až tak špatný pocit. Ruleta nám dokonce něco málo vynesla. Já osobně jsem celý večer jenom odevzdávala své peníze kasinu, takže jsem vyloženě dobrou náladu neměla, přestože jsem s touto verzí počítala. Naposledy před odchodem jsem usedla

k automatu. Ze dvou set korun, které jsem vložila, bylo asi za 3 minuty 35 korun. Vystřídala jsem tři různé hry, ať si toho alespoň vyzkouším co nejvíce. V poslední zvolené hře mi najednou padly 3 bonusy. Nálada okamžitě vzrostla, začala jsem se usmívat, rozšířily se mi oči. Musela jsem se rozhodnout, kam nasměrovat obrazovku, který poklad vybrat a který potopený sud zvolit. Když jsem viděla, že mi za 2 vteřiny připsali 200 korun, musela jsem si s přítelem plácnout a nejspíš jsem se i dost hlasitě jásavě projevovala. Asi za 10 minut jsem si nechala s úsměvem vyplatit 800 korun.

Naše návštěva kasina trvala celkově asi necelé dvě hodiny. Nikdo z nás neodešel s mínusem, naopak jsme dohromady vyhráli 400 korun. Za ty dvě hodiny se ve mně vystřídalo nesčetně emocí. Od zvědavosti, vzrušení, nudy, zklamání, úzkosti po radost ze zajímavé zkušenosti a úlevy z výsledku. Jsem moc ráda, že jsem si to vyzkoušela, protože jsem měla o hře, interiéru i zaměstnancích kasina jinou představu. A myslím, že jsem teď schopná lépe vnímat motivaci svých respondentů ke hře a jejich pocity po ní, ať už byly výherní nebo naopak.

Diplomová práce je tedy teoretickým obrázkem hráčské problematiky a stresu a jeho působení na člověka. Zabývám se zde kromě tématu patologického hráčství, včetně samotného pojmu, diagnostiky a vývoje, specifiky hráčů, jejich léčbou a celkovým stavem patologického hraní v České republice. Následuje druhá velká kapitola věnující se stresu, jeho definici, teoretickým přístupům, projevům, a hlavně jeho zvládním. Tuto část diplomové práce uzavírá kapitola předkládající některá dosud zjištěná fakta týkající se právě patologického hráčství a stresu.

Výzkumná část tyto dva rozsáhlé okruhy spojuje. Mezi hlavní cíle patří zmapovat strategie zvládnání stresu u patologických hráčů, popsat souvislost mezi zvládnáním stresu hráče a jeho hráčskou kariérou včetně zaměření na finanční situaci.

1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

Přestože se patologické hráčství podle MKN-10 neřadí mezi klasické závislosti, jeho následky jsou s nimi srovnatelné. Co do ekonomických důsledků ještě mnohem horší. Vidina snadného a rychlého získání i velmi vysokých částek je pro většinu lidí lákavá. Rozvoj závislosti na hraní může být neuvěřitelně rychlý. Někdy člověku stačí jediná návštěva herny či kasina a proměna pár vsazených desetikorun ve stovky k tomu, aby již byl lapen v nekonečném kolotoči sázení, prohrávání a shánění peněz na další sázení a prohrávání.

Hraní hazardních her přitom není žádnou novinkou. Losování o vině či nevině nebo o vhodnosti kandidáta do určitého úřadu bylo ve starověku či středověku klasickou metodou. Nové je označení hráčů za patologické. Nezměnilo se ani spojení hry s magickým myšlením, pouze se přešlo od Boží vůle k náhodě či jiným zdrojům štěstí ve hře. Hraní hazardních her je založeno na principu podstoupení rizika s vidinou zisku, na základě náhody. Hráč si tedy kupuje šanci na výhru (Vacek, 2014).

1.1 Zařazení pojmu

Hráčství Vacek (2014, 11) definuje jako „*účast na hazardní hře, což je jakékoli jednání, které vyžaduje nevratné investice (peněžní nebo hmotný statek, který má nějakou hodnotu) s vidinou zisku založeného na náhodě nebo nejistém výsledku (což je případ her, které vyžadují určitou znalost či dovednost)*“.

Dle MKN-10 patří patologické hráčství, tak jako kleptomanie, pyromanie, workoholismus, trichotilomanie a další, do skupiny návykových a impulzivních poruch. V této skupině nejde ani tak o obsah činnosti, jako o její četnost, rozsáhlost a především schopnost kontroly jednání. Všechny tyto poruchy mají společné základní znaky:

- a) Neschopnost odolat impulzu nebo pokušení, přestože si jedinec uvědomuje, že jde o škodlivé jednání s negativními následky;
- b) jednání předchází narůstající napětí, toto napětí se uvolní pouze provedením dané činnosti;
- c) jednání je spojeno s pocitem uspokojení a vzrušení. Přestože pak mohou nastat výčitky svědomí, příště činnosti opět neodolá.

(Fischer & Škoda, 2009)

1.2 Diagnostika

Někdy může být složité rozeznat, co se považuje za „normální hraní“ a co již za formu hazardu. Mezi hrou a patologickým hraním je několik mezistupňů.

- Rizikový hazard – tento stav ještě nezpůsobil vážnější problémy, ale existuje značné riziko postupu k patologickému hráčství, může být důvodem ke krátké intervenci.
- Problémový hazard – překrývá se s následujícím pojmem, znamená již první finanční a časové ztráty a následný negativní vliv na jedince nebo společnost.
- Hráčství a sázkařství (Z72.6) – přináší značné komplikace, ale od patologického hráčství se liší tím, že v případě potřeby jsou jedinci schopni sebeovládání.
- Patologické hráčství (F63.0)

(Nešpor, 2011).

„Pro hazardní hru je typické, že si hráč může koupit možnost výhry – ať peněz nebo majetku“ (Nešpor, 1996, 8). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jde o *„poruchu, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných“* (MKN-10, 2008, 237). Diagnosticky by mělo být odlišeno hráčství u manických pacientů, u sociopatických osobností s agresivním a anetickým chováním a sázkařství obecně, jelikož se provádí za účelem vzrušení a sázkař neztrácí kontrolu (Zahradník, 2005).

Nešpor (2011) uvádí diagnostická kritéria hráčství:

1. Během nejméně jednoho roku se objeví dvě nebo více epizod hraní;
2. tyto epizody přináší tíseň a narušují každodenní život, nejsou výnosné, přesto se opakují;
3. jedinec není schopen silou vůle hře odolat, popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout;
4. jedinec je zaujat myšlenkami a představami o hraní a okolnostmi, které hraní doprovází.

Do Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace bylo patologické hráčství přidáno v roce 1980 zásluhou lékaře Roberta Custera (National Research Council, 1999, in Reilly & Smith, 2013). Nejnovější verzí je přepracovaný pátý

manuál (DSM-5), který byl vydán v květnu 2013. Podle něj je patologické hráčství diagnostikováno takto:

A: Trvajícím a opakujícím se problematickým chováním ve vztahu ke hře vedoucí ke klinicky významnému zhoršení nebo distresu. Toto chování je indikováno projevem 4 (nebo více) z následujících uvedených znaků v průběhu 12 měsíců:

- (1) Potřeba hazardního hraní se zvyšujícím se množstvím peněz k dosažení požadovaného vzrušení.
- (2) Pocity neklidu a podráždění, když se snaží hru omezit nebo s ní přestat.
- (3) Opakované a neúspěšné pokusy o ovládnutí hraní, jeho omezení či přestání.
- (4) Je často zaujatý hrou (např. neustále se zabývá myšlenkami na znovuprožívání zážitků souvisejících s minulým hraním, plánuje další hazardní hru nebo přemýšlí jak sehnat peníze na další hraní).
- (5) Časté hraní při pocitu stresu (např. bezmoc, vina, úzkost, deprese).
- (6) Po prohře peněz se často další den vrací, aby je vyhrál nazpět.
- (7) Lže, aby zakryl rozsah zaujetí pro hru.
- (8) Ohrozil nebo ztratil kvůli hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělávání nebo kariéru.
- (9) Spoléhá se na ostatní, kteří mu mají poskytovat peníze a mírnit tak zoufalou finanční situaci způsobenou hazardní hrou.

B: Hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

(American Psychiatric Association, 2013)

Dnes je pro diagnostiku nejpoužívanější dotazník The South Oaks Gambling Screen – SOGS, jehož alternativou je Lie/Bet Screen, který obsahuje pouze dvě otázky:

1. Cítil jste někdy potřebu sázet více a více peněz?
2. Musel jste někdy lidem, kteří jsou pro vás důležití, lhát o tom, jak moc hraje?

(Verosta, 2011)

1.3 Vznik a rozvoj

Mezi stěžejní faktory, které mohou ovlivnit vznik patologického hráčství, se řadí:

1. Stresová situace, která vede jedince k využití hry jako únikové aktivity;
2. nabídka hry jako spouštěcí podnět, například v hráčské partě;

3. osobnostní vlastnosti, představující predispozici k hráčství (extroverze, narcistické rysy, nedostatek empatie a důvěry).

(Smolík, 1996, in Vágnerová, 2002).

Hráčská kariéra se neobejde bez určitého vývoje. Byly popsány stěžejní fáze, které se u hráčů vyskytují. Dle Lesieura a Custerera (1984) jde o níže popsané 3 fáze. Někteří autoři udávají fáze 4:

1. Fáze výher (winning) – hráč má díky výhře vyšší sebevědomí, má pocit kontroly nad hrou, zvyšuje vklady a frekvenci her.
2. Fáze proher (losing) – hráč se snaží prohrané peníze získat zpět. Zpočátku slibuje nebo lže v dobré víře, že dluhy splatí a problémy vyřeší. Časem ale začíná lhát vědomě. Dochází k bodu zlomu (crunch), hráči dochází finance a dostává se do problémů se svými blízkými. Pokud nedojde k rozhodnutí přestat hrát, dochází často k prvním myšlenkám o nelegálních způsobech získání peněz.
3. Fáze zoufalství (desperation) – v této fázi hráč získává finance na hru krádežemi, podvody či zpronevěrou. Velmi negativně je ovlivněna i psychická stránka jedince. Hráči prožívají pocity viny, beznaděje, deprese či sebevražedné myšlenky.
4. Fáze rezignace anebo beznaděje (giving up, hopelessness) – hráč se dostává do celkové pasivity, objevují se u něj psychosomatické projevy a suicidální pokusy (Rosenthal, 1992, in Maierová, Charvát & Miovský, 2014).

1.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory můžeme rozdělit na přímé a nepřímé. Nepřímé jsou ty, které v pozdější kombinaci s přímými faktory způsobují zranitelnost a disponovanost k hraní.

Nepřímé biologické rizikové faktory dané genetickou dědičností mají vliv na míru pravděpodobnosti, s níž se jedinec později začne věnovat hazardu. Na základě genetických faktorů vzniká 40% - 50% tendence ke vzniku či nevzniku patologického hráčství. Dědičnost se projevuje také neurologicky, což má za následek obecnou sníženou citlivost vůči odměně, zvýšený sklon riskovat a vyhledávat vzrušení a upřednostňování bezprostřední odměny, což vysvětluje vyšší výskyt impulzivity u hráčů.

K nepřímým sociálním rizikovým faktorům se řadí zneužívání či zanedbaná výchova, hazard ve skupině vrstevníků či v rodině, nižší vzdělání, nižší příjem, snadná dostupnost hazardní hry, společenská akceptace hraní, přítomnost stálých stresorů či špatné systémy podpory (Williams, Westová & Simpson, 2014).

K přímým rizikovým faktorům se řadí nedostatek znalostí o hazardu nebo tzv. hráčské omyly. Mezi ně patří například nepochopení, že neexistují strategie, které by mohly možnost výhry ovlivnit, že u většiny forem hazardu je pravděpodobnost výhry velmi malá a výsledky jsou náhodné a nezávislé na předchozích výsledcích. Druhým faktorem je hraní jako psychologická potřeba jedince. Může jít o formu vzrušení, únikovou aktivitu od problémů nebo dobrý pocit z označení za hráče či jedince, co má dostatek peněz. Dalším faktorem je četnost hazardu v počáteční fázi a především brzká výhra. Tu přirovnává Nešpor (1996) k infekci v otevřené ráně. Pro hráče není nic horšího, jelikož jej namotivuje k dalšímu hraní, po kterém většinou přichází mnohem větší prohry. Mezi nejpřímější rizikové faktory problémového hráčství patří zaujatost hazardem (neustálé myšlenky na hru a její další plánování) a rizikové hráčské praktiky (častější hraní, delší hra, ztráta větší částky než bylo plánováno aj.) (Williams et al., 2014).

1.5 Projevy chování hráče

Obecně bychom mohli říci, že chování hráče vychází z fáze, ve které se zrovna nachází. Jak již bylo uvedeno výše, popsané fáze jsou tři, někteří autoři uvádí dokonce čtyři. V první fázi výher si hráč věří, zvyšuje se mu sebevědomí, má dobrou, povznesenou náladu. Ve druhé fázi proher přichází negativní pocity viny, dochází ke ztrátě finančních prostředků, jedinec vybírá své i rodinné úspory a zvažuje i protizákonné postupy jak k penězům přijít. Tyto postupy následně využívá v další fázi zoufalství, ve které se mohou objevit pocity beznaděje i suicidální myšlenky. K suicidálním pokusům dochází ve fázi poslední. V tomto popisu shrnuji změny chování jedince ke hře. Nový životní styl hráče má však obrovský vliv i na život lidí v jeho okolí.

Partnerství

Hráčům se může dařit určitou dobu hraní tajit, časem však u ní tráví všechny volný čas. Pokud zrovna nehrají, alespoň se tím v myšlenkách zabírají, což se musí na

partnerském vztahu projevit. Investovaný čas však není to jediné, co ze vztahu hráč krade. Velmi často dochází k prohře všech úspor rodiny, hráč si půjčuje peníze od institucí i od přátel a dělá dluhy. Partnerky většinou patologičnost hraní zprvu popírají a problémy před ostatními tají, časem ale velmi často dochází k rozpadu vztahu (Hubinková, Bakić-Tomić & Surynek, 2008). Nedá se tedy říci, že by se jednalo o problém jedné osoby. Průměrně jeden patologický hráč způsobí problémy a utrpení až 15 lidem ve svém okolí (Nešpor & Csémy, 2005a).

Pracovní prostředí

V pracovním prostředí můžeme u hráčů pozorovat například tyto projevy chování: žádost o dřívější vyplacení zálohy, vybírání neplánovaných dnů dovolené, podrážděnost, exekuce na plat, návštěvy věřitelů, konflikty se spolupracovníky kvůli dluhům (Nešpor & Scheansová, 2008). Jedinec je nesoustředěný, nevyspaný, ve špatném duševním rozpoložení, což následně může vést k pracovnímu úrazu či špatnému výkonu. Často hráč o práci přichází právě z těchto důvodů nebo odejde sám. *„V tomto čase hrozilo propouštění řady zaměstnanců, protože se měly snižovat stavy. Zaměstnanci, kteří měli být propuštěni, měli dostat odstupné, které se rovnalo trojnásobku jejich čistého příjmu. A to bylo něco pro mne! Snadný zisk na mou hru...Nadřizení moje počínání nechápali, já si však stál pevně na svém“* (Kohout, 2000, 20).

„Z jedince, který byl přínosem pro společnost, se tak může stát zátěž zdravotnictví, justice a nebezpečí pro spoluobčany“ (Hubinková et al., 2008, 232).

1.6 Patologické hraní v ČR

Velký rozmach hazardních her, jejich legitimizace a komercializace ve světě nastal v šedesátých letech 20. století (McMillen, 2005). U nás nastal na počátku devadesátých let 20. století, jako snadný zdroj příjmů pro státní a komerční sféru. Od té doby sílí legitimizace hazardu a to v celosvětovém měřítku (Williams et al., 2014). Rozmach technologií a především internetu tomuto fenoménu pouze přispívá a hraní se přesouvá z heren a kasin do vlastních domovů bez nutnosti mít u sebe hotovost.

První velký průzkum v České republice o problematice hazardního hraní probíhal v rozmezí března 2013 a března 2014. Nyní bude vydávána zpráva o stavu, prevenci a změnách v legislativě co se týče patologického hraní každý rok. Přístupme tedy k faktům.

Nejoblíbenější sázkovou hrou jsou pro Čechy okamžité a číselné loterie, s tou má zkušenost 50% dospělé populace. Na druhém místě jsou elektronická herní zařízení (EHZ) se zkušeností v 16 - 18% případů (Mravčík et al., 2014). Griffiths (2013) uvádí ve svém přehledu jeden automat na 200 obyvatel, což znamenalo pro Českou republiku prvenství v Evropské Unii co do počtu automatů na počet obyvatel. Mravčík et al. (2014) toto číslo v roce 2013 zvyšuje na 7,5 automatu na 1000 obyvatel (pro srovnání, např. Slovensko má 3,7; Polsko 0,6). Nejdynamičtěji se rozvíjející typ hazardu u nás je momentálně on-line hazard. V roce 2012 představoval 10% trhu, se vklady 14 mld. Kč.

Přestože elektronická herní zařízení jsou co do zkušeností na druhém místě, z hlediska rizika rozvoje problémového a patologického hraní jde rozhodně o místo první. V roce 2013 se jednalo o 83% všech léčených pro patologické hraní. V obecné populaci je rizikem v souvislosti s hraním ohroženo 4,5 – 5% ve věkovém rozmezí 15 – 64 let, což znamená 325 – 364 tisíc ohrožených osob, z toho ve vysokém riziku (riziko patologického hraní) se pohybuje 0,6 – 1% osob, což odpovídá 40 – 80 tisícům jedinců (Mravčík et al., 2014). Tato čísla odpovídají odhadu Nešpora (2005a), který uváděl 0,5 – 1%. Celkově je mezi lékaři odhadován počet patologických hráčů nebo osob se závažnými problémy s hraním na 90 – 110 tisíc (Mravčík et al., 2015a).

Hraní a finance

Obliba elektronických herních zařízení zaznamenala vzestup v letech 2008 – 2012. V roce 2012 se příjmy ze hry celkově (elektronická herní zařízení se na nich podílela z celých 73%) vyšplhaly na 31,8 mld. Kč. Ukázalo se, že každý dospělý vloží do sázkového hraní průměrně 1500 Kč měsíčně. Průměrný dluh patologického hráče se pohybuje mezi 0,9 – 3,0 mil. Kč (Mravčík et al., 2014). Autoři Nešpor & Csémy (2014a) odhadují škody způsobené hazardem na 26,5 mld. ročně, a to pouze na daních. Jak již bylo uvedeno výše, nejdynamičtěji se rozvíjejícím sektorem hazardu je on-line hraní. V roce 2014 dosáhly příjmy z internetové hry 3,3 mld. Kč. Čeští hráči však nehrají pouze na portálech licencovaných v ČR, ale přibližně v polovině případů i na těch u nás nepovolených. Česká republika tak přichází na odvodech z těchto her až o 650 mil. Kč ročně (Mravčík et al., 2015a).

S hazardním hraním se však pojí mnohé další problémy, díky kterým stát přichází o enormní částky. Mezi prvními je kriminalita (podvody, zpronevěry, krádeže),

bezdomevství, zadluženost, nižší produktivita práce, nelegální práce, nižší úroveň vzdělání, rozvody (zanedbávání dětí, neplacení výživného). Významnou úlohu zde hraje zdravotnictví. Je třeba zajistit léčbu (i opakovanou) patologických hráčů, velmi často se zhorší psychický stav nejenom hráče, ale i jeho blízkých příbuzných, který si vyžádá odbornou pomoc, zvyšuje se také až 7x riziko suicidia (Mravčík et al., 2014). Přestože, jak uvádí Vacek (2014), systematické porovnání celospolečenských nákladů na zvládnutí následků způsobených škodlivým hráčstvím a výnosů z hazardu u nás prozatím neproběhlo, troufám si říct, že i z těchto chabých odhadů je jasné, že až tak výnosný (pokud vůbec) tento sektor, jak se prezentuje, není. Jak uvádí ve své zprávě Mravčík et al. (2015a, 3) „*Naprostá většina obcí nevnímá příjmy z hazardu jako významné*“.

Připravované či již proběhlé změny

V roce 2014 se problematika hazardního hraní stala součástí české protidrogové politiky. Od roku 2016 či 2017 by měl být platný zrovna připravovaný nový zákon o hazardních hrách. Jeho součástí bude nová kategorizace hazardních her, podmínky pro jejich provozování a centrální monitorovací systém. Bude zaveden nový systém povolování provozu hazardních her. Primárně musí vydat povolení Ministerstvo financí ČR, další povolení musí vydat obecní úřad.

Je zde prostor i pro podporu prevence. Provozovatel bude povinen umožnit např. nastavení maximálního počtu přihlášení, dobu hraní, dobu do dalšího hraní nebo sebevyloučení ze hry. Bylo by vhodné a zatím není jasné, zda bude zavedena povinnost zpřísnit limity sázek a proher, zavést povinné přestávky ve hře, povinnost informovat hráče o celkové prohře, možnost nastavení omezení v průběhu hry apod. Také bude zavedena povinná registrace hráčů na EHZ a na internetu. Také nebude umožněno hrát osobám pobírající dávky v hmotné nouzi a proti kterým je prohlášen úpadek.

Mezi další změny patří regulace reklamy na hazardní hraní a zvýšení daňové sazby do tří úrovní podle rizikovosti. Pro EHZ se navrhuje 35%, živé hry, loterie a bingo by mělo být zdaněno 30% a nejnižší sazba 25% by měla platit pro kurzové sázky a tomboly (nyní platí 20% daň pro všechny hry) (Mravčík et al., 2015a).

2 SPECIFIKA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Jak jsem již zmínila výše, patologické hráčství má mnoho společného s jinými závislostmi. V této kapitole se zaměřím na jejich porovnání, na ohrožené skupiny patologickým hráčstvím a větší pozornost budu věnovat léčbě.

2.1 Látková závislost vs. patologické hraní

Závislost na drogách definuje MKN-10. revize takto: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (Nešpor, 2011, 9-10). Vágnerová (2004) vymezuje závislost jako soubor psychických a somatických změn, vytvořených v důsledku opakovaného užívání psychoaktivních látek. Jak je patrné, vždy hraje důležitou roli pravidelné užívání nějaké substance, která má vliv na psychiku jedince. Jak uvádí Prunner (2008), v případě gamblingu nedochází ke styku toxické látky s organismem. Z tohoto důvodu nedochází k fyzické závislosti, ale pouze k psychické a při abstinenci od hraní se nedostavuje abstinenční syndrom, což je jeden z diagnostických kritérií právě látkové závislosti. Celkové porovnání nám přináší Nešpor (2011) v následující přehledné tabulce (tabulka č. 1.).

Tabulka 1. Porovnání závislosti na návykových látkách se závislostí na hraní

	Závislost na návykových látkách (MKN-10)	Patologické hráčství
Bažení	Velmi silné	Velmi silné
Zhoršené sebevládnání	Velmi silné	Velmi silné
Růst tolerance	Jen u některých látek	Zvyšování prohrané částky a času stráveného hraním
Odvykací stav	Jen u některých typů závislosti	Není nebo slabý
Zanedbávání jiných zájmů	Velmi silné	Velmi silné
Pokračování navzdory následkům	Velmi silné	Velmi silné

2.2 Rizikové skupiny

To, že je sklon k závislosti z určité části zděděný, je dnes již poměrně známý fakt. Nešpor (2012) však upozorňuje na nebezpečí plynoucí z této vědomosti. Stále více lidí si ji totiž vykládá tím způsobem, že když se v jejich rodině nic podobného neprojeví, nemusí se vlastní závislosti tedy obávat, což samozřejmě není pravda. Vytýčuje však několik skupin jedinců, pro které by měl být gambling větším strašákem než pro ostatní. Mezi tyto skupiny se řadí zejména:

- **mladí lidé**, kteří často finanční prostředky ke hře začnou získávat nezákonným způsobem (ať už okrádáním vlastních rodičů či vykrádáním aut apod.). Ještě více jsou ohroženy hyperaktivní děti s poruchou pozornosti, dále děti jakýmkoliv způsobem týrané či zanedbávané aj.;
- **muži**: většina patologických hráčů jsou muži, jedná se z celkového počtu o 85% - 90% hráčů (Mravčík et al., 2014). „*Jestli se tady objeví 1 žena-hráčka možná za dva, tři měsíce*“ (Z. Staňová, osobní sdělení 25. srpna 2015). Dle Rasmussen (2000) muži vyhledávají převážně risk, o což jde ženám také, ale jejich hraní je většinou založeno na potřebě úniku od osobních problémů. Pro některé dokonce může jít o příležitost rovnocenného soupeření s muži a prožití pocitu moci ve světě kde muži dominují;
- **profesionální hráči**: jak již bylo zmíněno výše, to nejhorší, co může gamblera potkat, je vyhrát. Profesionální hráči se vyznačují právě tím, že ovládají různé finty a strategie, díky kterým jsou schopni opakovaně vyhrávat a tím si vydělávat. Pokud však hraní neudrží v mezích a stanou se z nich hráči závislí, na všechny své triky a finty zapomenou a začnou hrát velmi nerozumně, což je přivede už pouze k prohře;
- **určitá povolání**: jde o povolání, kde je člověk s hazardní hrou v blízkém styku, nebo povolání, ve kterém jedinci prochází rukama velké peníze. Mravčík et al. (2014) zde uvádí i profesionální sportovce.
- **nezaměstnaní**: pro nezaměstnaného člověka jsou finance velkým problémem, což může vyústit v pokusy o jejich jednoduché a rychlé získání v herně;
- **další**: vězni (Mravčík et al, 2014); lidé s problémy s alkoholem; ti, co přeceňují význam peněz; jedinci v obtížných životních situacích aj. (Nešpor, 2012)

2.3 Kognitivní omyly

Velmi důležitými tématy hráčské kariéry, které ještě více podmiňuje hraní jedince, jsou tzv. kognitivní omyly. Jedná se o „*logické chyby v myšlení, které vedou k tomu, že pochopení událostí, které se staly, dějí se nebo budou dít, je změněno a překrouceno*“ (Praško, 2007, 60). Jak uvádí Maierová et al. (2014) jde u hráčů např. o taková přesvědčení jako:

- Když jsem investoval do hry už tolik peněz, musí se mi to přece někdy vrátit.
- Když jsem vyhrál jednou, musí se mi to podařit znovu.
- Víím jak na hru/ víím jak vyhrát.

Tyto kognitivní omyly řadí autoři do několika kategorií:

1. Pověry: hráči věří, že určité předměty či rituály jim přinesou štěstí a výhru.
2. Interpretační předpojatost: hráči výhru přisuzují svým schopnostem a zkušenostem, prohru naopak nešťastné náhodě.
3. Dočasný teleskopíng: hráči věří, že na základě pravděpodobnosti musí brzy vyhrát.
4. Selektivní paměť: hráči si pamatují výhry a jejich součty, prohry naopak zapomínají.
5. Subjektivně produkované klamné korelace: hráči připisují příčinné souvislosti kontextovému stimulu, který má nahodilý vztah k výhře či prohře. Hráči je často povyšují na zákonité vzorce.

(Maierová et al., 2014)

2.4 Možnosti léčby, stádia úzdravy

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2013) bylo v roce 2012 léčeno v ambulantních zařízeních 1415 pacientů diagnózou F63.0. V psychiatrických léčebnách a na lůžkových odděleních psychiatrických oddělení bylo hospitalizováno 527 patologických hráčů.

2.4.1 Stádia úzdravy

Nešpor (2012) rozlišuje tři fáze uzdravování. U každého jedince je jejich délka velmi individuální, obecně se ale dá říci, že každé stadium trvá přibližně 1 rok.

1. **Stadium kritičnosti:** jedinec hledá pomoc, opouští své fantazie a přijímá realitu. Přestává s hazardem a vytváří plán splácení dluhů, celkově začíná řešit své problémy a vrací se do zaměstnání.
2. **Stadium obnovy:** jedinec postupně splácí dluhy podle vytvořeného plánu, učí se přijímat i své slabé stránky, vrací se mu klid a sebeúcta a zlepšují se vztahy v rodině. Postupně je schopen řešit spory a konflikty, je trpělivější, více času tráví opět s rodinou, která mu znovu začíná důvěřovat.
3. **Fáze růstu:** jedinec začíná žít novým způsobem života. Rozumí sám sobě lépe a lépe chápe i druhé, je k nim více empatický a laskavější. Postupně se zcela přestává zabývat myšlenkami na hazard.

2.4.2 Léčba patologického hráčství

Jak uvádí Zahradník (2005), neexistuje dosud jednotná teorie hráčství jako nemoci, proto se nesetkáme ani s jednotným přístupem k léčbě. Farmakoterapie zde působí jako podpůrný prostředek, velmi důležité jsou však postupy jako posilování motivace, techniky na zmírnění stresu jako dechová cvičení, relaxační techniky a lepší organizace času. Velmi efektivní se zdají být kognitivně-behaviorální postupy, svépomocné příručky a jiné druhy vlastní pomoci. V udržování abstinence má významnou úlohu Gamblers Anonymous (Nešpor, 2014b). Velmi důležité v léčbě patologických hráčů je zaměřit se na vztah jedince a peněz. Hráči věří, že peníze jsou jak příčinou, tak řešením všech jejich problémů (American Psychiatric Association, 2000, in Millerová, 2011). Spousta kroků je v počátcích léčby spojena s otázkou financí. Jelikož peníze jsou každodenní potřebou, klientům je třeba pomoci najít nový vztah k penězům. Je zapotřebí s nimi vytvořit finanční plán, a pokud je to třeba, splátkový kalendář (Buck & Sales, 2000).

Dle terapeutických cílů Frouzová (2003) vytvořila tzv. Model 4I:

1. **Inventura:** Po zastavení hraní nebo ještě předtím je potřeba probrat životní situaci hráče, důležité je jeho rozhodnutí pracovat na změně a být k ní motivován.
2. **Informace:** V této fázi je hlavním cílem to, aby hráč získal všechny potřebné informace pro změny.
3. **Iniciativa:** Pacient se učí řešit problémy a pracuje na prevenci relapsu. Důležitý je zde také nácvik sociálních dovedností (odmítnout nabízenou hru apod.).

4. Idea: Tato fáze se týká spíše již doléčování. Hráč pracuje na sebepojetí, na udržení nového životního stylu, pracuje na zkvalitnění partnerského vztahu aj.

Výše uvedené postupy jsou již konkrétní způsoby léčby v daných zařízeních. Jaké jsou možnosti léčby hráčství v České republice, na to se zaměřím v následující podkapitole.

2.4.3 Možnosti léčby v České republice

Pokud se hráč rozhodne, nebo jej okolnosti donutí, s hraním přestat, ale ví, že to nezvládne sám, existuje u nás několik možností kde hledat pomoc. V nabídce je:

- Telefonická pomoc - Při výběru telefonické pomoci se jedinec může spolehnout na anonymitu a rychlost pomoci. Nevýhodou ovšem je, že zde chybí osobní kontakt a většinou se jedná o jednorázovou pomoc (Možnosti léčby, 2015).
- Předléčebné poradenství – Před nástupem samotné léčby zvyšuje její následnou účinnost individuální nebo i skupinové poradenství praktikované až několik týdnů. Zvyšuje motivaci a schopnost klienta se aktivně v léčbě zapojovat a udržet.
- Ambulantní léčba - Ambulantní léčba je vhodná pro jedince s velmi dobrým zázemím a silnou motivací k léčbě. Umožňuje v průběhu léčby pokračovat v zaměstnání a nenarušuje výrazněji každodenní život pacienta. Ten je ovšem stále pod tlakem rodiny či pohledávek a má mnohem větší možnost porušení abstinence než při ústavní léčbě.
- Ústavní léčba – Je vhodná v případě, že ambulantní by byla nedostatečná, v případě vážných psychických či somatických komplikací či rizika sebevraždy. Často se hráči léčí na oddělení společně s jinými závislostmi. V některých psychiatrických nemocnicích (v Opavě, Praze a Kroměříži) již ale mají samostatné oddělení pro léčbu patologického hráčství. Výhodou je intenzita léčby a omezení rizika recidivy, nevýhodou může být vytvoření pocitu bezpečí, ze kterého se poté člověk obává návratu zpět do reálného prostředí (Kalina, 2000).

- Program následné péče – Jde o součást terciární prevence. Do tohoto programu se mohou přihlásit jedinci, kteří alespoň 3 měsíce abstinují (ať již samostatně nebo absolvovali jakoukoli léčbu). Cílem je podpořit jedince v abstinenci a pomoci mu začlenit se zpět do společnosti (Centrum protidrogové prevence a terapie, 2011).
- Svépomocné skupiny – jedná se o doplnění léčby, jde o skupiny jedinců s podobnými problémy a jejich rodinných příslušníků. Výhodou je dostupnost, rychlost, anonymita a nízké náklady. Jedinec zde získává pocit přijetí. Mezi nejznámější patří Anonymní Gambleři, založení v 50. letech v USA po vzoru anonymních alkoholiků. Jde o společenství mužů a žen, kteří sdílí vlastní zkušenosti, sílu a naději, aby překonali společný problém a pomohli v tom i druhým (Ferentzy, Skinner & Antze, 2009).

Hráče přivádí do zařízení ztráta zaměstnání nebo strach z jeho ztráty, interpersonální problémy, které vznikly v důsledku jeho hraní (hráči svým blízkým lžou, tráví s nimi mnohem méně času než dříve, nevěnují jim plně svou pozornost, zhoršuje se finanční situace rodiny atd.) a v neposlední řadě obrovské dluhy či trestná činnost. Z těchto důvodů hráči přichází s pocity úzkosti, strachu, sebevražednými myšlenkami nebo po jejich pokusu. Velmi důležitá je proto v úvodní fázi práce s klientem krátká krizová intervence. Mezi její základní prvky patří:

- Necháme klienta projevit pocity a myšlenky, nasloucháme mu, dáváme najevo zájem a pochopení, od katastrofických vizí si zachováváme odstup;
- posoudíme jeho stav podle MKN-10 a informujeme o jeho výsledku;
- doporučíme nenosit větší obnos peněz v hotovosti než je nezbytně nutné, nenosit kreditní kartu, výběr z banky vázat dvěma podpisy či převést finance z účtu hráče na účet někoho důvěryhodného;
- ptáme se na sebevražedné myšlenky či pokusy;
- radíme, kde konkrétně hledat pomoc. Je vhodné informace, jako adresy či telefonní čísla, předat klientovi napsané na papíru;
- doporučíme sepsání všech dluhů a v závislosti na jejich důležitosti vytvoření splátkového kalendáře. Zde může být vhodné využít sociálního, právního či jiného poradenství;

- je vhodné pracovat i s příbuznými a blízkými klienta. Po získání relevantních informací jsou schopni lépe mu pomoci. Pro klienta to může znamenat větší motivaci a snazší vyhnutí se některým rizikům. Také se klientovi výrazně uleví, když se blízcí konečně dovědí všechna fakta a on jim již nemusí dále lhát;
- doporučíme abstinenci od alkoholu a jiných návykových látek. Pokud je potřeba, i souběžnou léčbu závislosti;
- je důležité, aby měl klient denní režim se střední zátěží, vyčerpání totiž může být příčinou recidivy;
- zdůrazníme nutnost vyhýbat se hernám a dalším rizikovým prostředím;
- je možné využít náboženských, etických a jiných postojů klienta pro zvýšení motivace;
- předat svépomocné manuály, doporučit Gamblers Anonymous či jiné svépomocné skupiny dostupné v místě bydliště nebo jeho okolí;
- v neposlední řadě rozhodnout mezi ambulantní nebo ústavní léčbou.

(Nešpor, 2005b, 2011)

V České republice existuje 10 až 20 léčebných či poradenských zařízení specializovaných na pomoc patologickým hráčům. Programy poskytující služby pro patologické hráče jsou u nás podporovány od roku 2013, a to zejména v ambulantních poradnách a kontaktních a poradenských centrech. Od roku 2013 se počet programů zaměřených primárně na patologické hráče zvedl ze 41 na 42. Počet klientů se ovšem zvýšil o 20% z počtu 554 na 693. Velmi významnou pomocí pro hráče je poskytování finančního a dluhového poradenství. Jak je vidět, dostupnost služeb pro patologické hráče je v České republice prozatím nízká (Mravčík, Janíková, Roznerová, Nechanská, Kiššová & Leštinová, 2015b).

2.4.4 Množství pacientů s diagnózou F63.0 v letech 2006-2012 v ČR

Ambulantní péče:

- V rozmezí těchto let bylo ambulantně ošetřeno průměrně 1370 pacientů ročně, což odpovídá 0,25% všech pacientů ošetřených v těchto ambulancích;

- přestože je většina pacientů mužského pohlaví, počet žen s touto diagnózou roste. Průměrně se jednalo o 9% pacientek ročně. Pro srovnání, v roce 2008 byl podíl žen 6%, v roce 2011 šlo již o 13% a v roce 2012 byl zaznamenán opět mírný pokles na něco přes 11%;
- co se týče věku pacientů, přestože se jedná o velmi mladé lidi, množství hráčů nad 20 let stoupl téměř na 97% v roce 2012, věk hráčů tedy pomalu vzrůstá;
- v roce 2012 bylo největší zastoupení hráčů v Moravskoslezském kraji, a to 22 pacientů na 100 000 obyvatel.

Lůžková péče:

- Průměrně bylo s diagnózou F63.0 lůžkově léčeno 543 pacientů za rok, jedná se o 60% pacientů méně než v ambulantní léčbě;
- opět se zde projevil vliv pohlaví, většina pacientů byli muži. Oproti ambulantní péči zde klesl průměrný počet léčených žen o jedno procento, tedy 8%. Tak jako v ambulantní péči počet žen pomalu stoupá. V roce 2008 bylo zastoupení žen 7,7%, v letech 2011 a 2012 to bylo již 10%;
- v množství pacientů po přepočtu na 100 000 obyvatel opět „zvítězil“ Moravskoslezský kraj s 8,3 pacienty;
- co se týče věku, v lůžkové péči se nejvíce objevovaly dvě věkové skupiny a to 25 – 29 let (21%) a 30 – 34 let (19%).

(Nechanská, 2013)

3 STRES

V dnešní době jde o velmi často používané slovo. Setkáváme se s ním v odborné literatuře, médiích i rozhovorech obyčejných lidí. Zvyšující se četnost používání tohoto výrazu je často výsledkem množství požadavků v práci, nedostatku volného času na sportovní či jiné zájmové aktivity a vztahových a jiných problémů. Každý se někdy cítíme „ve stresu“, „pod tlakem“, „v nezvladatelné situaci“. Velmi důležité v těchto okamžicích jsou takové aspekty jako intenzita či délka trvání podnětů, které nás k těmto pocitům přivedly, naše osobnostní dispozice potřebné k adaptivnímu zvládnutí zátěže a z nich vyplývající naše chování. Jelikož je gambling považován za možnou únikovou aktivitu a patologičtí hráči jsou ve stresu prakticky neustále, nebylo možné tuto kapitolu vynechat.

3.1 Zařazení pojmu

Původní význam tohoto slova byl tlak hornin, jednalo se o pojem z geologie, dokud si ho Hans Selye v roce 1950 nevypůjčil a nepřičknul jej jinému významu (Janke & Erdmannová, 2003).

Kromě pojmu stres se často používá také pojem zátěž. Jejich vzájemný vztah není všemi autory vymezován stejně. Paulík (2010) vymezuje stres jako specifický případ zátěže, kterou pojímá z obecného hlediska. Dle Machové a Kubátové (2009) se stres projevuje tehdy, když se jedinec setká s událostmi, které pro něj představují ohrožení tělesné nebo duševní pohody. Hewstone & Stroebe (2006, 598) definují stres jako „*stav, který nastává, když nároky situace, které jedinec vnímá, zatěžují či přesahují jeho zdroje a ohrožují jeho duševní pohodu*“. Charvát (1969) ale upozorňuje, že výrazem stres bychom měli označovat pouze odpověď organismu.

Shoda panuje v tom, že se jedná o stav jedince, který je vyvolán určitými podněty – stresory. Paulík (2010) rozlišuje **stresory reálné**, aktuálně ohrožující či působící a **stresory potenciální**, které při dosažení určité frekvence, intenzity, kumulace, doby trvání aj. mohou vyvolat stres. Jak si můžete sami povšimnout, v běžné řeči se mezi pojmy stres a stresor většinou nerozlišuje

Kromě nejednotnosti v definování pojmu stres, se setkáváme také s jeho různým dělením. Fialová (2012) rozlišuje tato tři kritéria:

Podle kvality reakce

- a) Distres – negativně prožívaný stres.
- b) Eustres – určitá zátěž jako zdroj příjemných zážitků (počítačové hry, adrenalinové sporty aj.).

Podle intenzity reakce

- a) Hyperstres – zátěž překračující hranici zvladatelnosti.
- b) Hypostres – zátěž nepříliš intenzivní.

Podle druhů zátěžových podnětů

- a) Zátěž biologická – působení činitelů vyvolávajících především biologickou odpověď.
- b) Zátěž fyzická – požadavky na svalovou činnost.
- c) Zátěž psychická – která se dále člení podle oblastí na:
 - senzorickou – podněty náročné na smyslové orgány;
 - emocionální – podněty vyvolávající afektivní odezvu. Zahrnuje stres pramenící ze sociálních rolí a sociálního styku a stres navozovaný působením technických prostředků na člověka;
 - mentální – podněty zatěžující pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.

Je třeba zmínit, že stres nemusí být vždy chápán pouze v negativním slova smyslu. Jak uvádí Mlčák (2004), pokud existuje rovnováha mezi požadavky kladenými na jedince a jeho individuálními schopnostmi se s nimi vyrovnat, může se jednat naopak o protektivní až salutogenetický činitel. Což odpovídá tvrzením Charváta (1969), který uvádí, že pokud stres není příliš intenzivní, dá se považovat za předpoklad aktivního života, jelikož nutí organismus ke zlepšování výkonu a k adaptaci.

3.2 Vybrané přístupy ke stresu

Tak jako není jednotnost v terminologii, různí se autoři také v koncepcích tohoto fenoménu. Budu se zde věnovat třem nejvýznamnějším teoriím, a to fyziologickou, biologickou a kognitivní.

3.2.1 Fyziologická teorie stresu

W. B. Cannon – Fight or Flight

Pojem stres v tom významu, v jakém jej chápu v této práci, uváděl jako první ve svých odborných diskuzích fyziolog Cannon již v roce 1914 (Mlčák, 2004). Navázal ve své práci na předchůdce C. Bernarda, který svou koncepci zátěže podložil teorií vnitřního prostředí, jejíž zachování považoval za základ nezávislého života (Vašina, 2009). Cannon se zabýval tím, jak stresory ovlivňují autonomní nervový systém. V podání Cannona jsou zde důležité dvě části, a to sympatický a parasympatický nervový systém. Sympatický nervový systém (SNS) má za úkol, v případě ohrožení, připravit jedince na útok či útěk. Při jeho aktivaci dochází ke zrychlení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zrychlení dechu, pocení, zarudnutí apod. Aktivace SNS zvyšuje činnost oběhové soustavy, dýchací soustavy a metabolismu (Gurung, 2014). Z jater se uvolňuje krevní cukr a tukové složky z tukových tkání, jako zdroj energie pro svaly. Zvýšení krevního tlaku a rychlejší prokrvení tkání slouží k jejich lepší výživě a ke zvýšení fyzické výkonnosti. Vyplavení antidiuretického hormonu (vasopresinu) umožňuje zadržování vody a její značnější odpařování kůží pro ochlazování těla při námaze, také se snižuje potřeba močení (Schreiber, 2000). Po uplynutí ohrožení se aktivuje parasympatický nervový systém (PNS). To má za následek opětovné zklidnění oběhové a dýchací soustavy. Zároveň se zvyšuje činnost trávicí a rozmnožovací soustavy, které byly také potlačeny (Gurung, 2014).

3.2.2 Biologická teorie stresu

H. Seley – Obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome - GAS)

Na Bernard-Cannonovu práci navázal endokrinolog Seley, který pojem stres jako první zavedl do odborné literatury v roce 1936 (Mlčák, 2004). Jeho pojetí stresu bylo ve své době natolik významné, že se spekulovalo o tom, proč za ni nedostal Nobelovu cenu. Zdůvodnění lze podle autora hledat v Seleyho přílišné snaze o laickou propagaci

a komercializaci svých výzkumů a jeho vlastním přesvědčením, že by Nobelovu cenu měl získat (Schreiber, 2000). Seley představil třífázový generální adaptační syndrom, jakožto nespécifickou stereotypní odpověď na zatěžující podmínky. První fáze – *poplachová fáze*, již popsána Cannonem, zahrnuje šok a počáteční alarmovou reakci biologických zdrojů v průběhu vystavení stresoru. Následuje *fáze rezistence*, kdy dochází k mobilizování tělesných zdrojů ke znovunastolení homeostázy. Pokud stresor působí dlouhodobě a adaptace není dostatečná, dochází ke třetí fázi – *vyčerpání* (exhausce). Organismus je vyčerpán a neschopen dalšího fungování. Následkem může být vážná nemoc, poškození nebo i smrt (Everly & Lating, 2013).

Přestože jsou stresové reakce součástí adaptačního procesu organismu, silné a dlouhotrvající stresové reakce mohou také způsobit tkáňové poškození a nemoc. Tato myšlenka vyvolala značnou pozornost zaměřenou k potenciální újmě způsobené neustálými změnami v normální fyziologické funkci a vytvořila základ pro aktuální myšlenku, že životní stres může končit nemocí (Lovallo, 1997).

Těmto teoriím bývá vytýkáno podcenění úlohy centrálního nervového systému a uvádění nespécifčnosti reakce na stresor (Vašina, 2009). Vychází také z jednoduché rovnice podnět – reakce, kdy reakce je plně automatická a vůbec se neberou v úvahu individuální rozdíly a psychologické faktory (Ogden, 2007). Další výtky byly směřovány k tomu, že jak Cannon, tak Selye se primárně zabývali chováním zvířat, ale jejich teorie se plně zevšeobecňovaly na lidi. V závislosti na tomto se studia specificky lidských forem zvládání poté ujal Lazarus (Křivohlavý, 2009).

3.2.3 Kognitivní teorie stresu

R. S. Lazarus, S. Folkmanová – kognitivně transakční koncepce stresu

Lazarus se jako první zaměřil na kognitivní charakteristiku zvládání zátěže. Zabýval se tím, co se děje v psychice člověka vystaveného náročné situaci. Stres považoval za „stav, v němž organismus anticipuje střetnutí se škodlivými podmínkami určitého druhu“ (Mlčák, 2004, 24). Doplnil pohled fyziologů o respektování kognitivních, emocionálních a konativních aspektů (Křivohlavý, 2009). V jeho koncepci je kladen důraz na subjektivní zhodnocení. Stres chápe jako transakce či interakce mezi osobou a prostředím. Svou transakční koncepci představil již v roce 1966, na které dále pracoval s Folkmanovou (Baumgartner, 2001). Vytvořili model trojího zhodnocování situace

ohrožení. *Primárním myšlenkovým hodnocením* (primary appraisal) situace se jedinec snaží zjistit co se vlastně děje, zvažuje významnost situace a míru ohrožení vlastní osoby (Křivohlavý, 1994). Primární zhodnocení spočívá v posouzení situace jako nevýznamné, příznivé nebo stresující. Situace ohodnocená jako stresující může nabývat tří forem, a to ohrožení, výzva a nebezpečí či ztráta (Lazarus & Folkman, 1984). *Sekundární hodnocení* (secondary appraisal) se týká zvažování vlastních možností, které jedinci mohou pomoci ohrožující situaci zvládnout a jejich účinností. Mezi tyto možnosti, které nazývá copingové zdroje řadí např. fyzické (zdraví, síla, výdrž), sociální (sít' vztahů a sociální opora), psychologické (schopnosti, dovednosti, zručnost, sebehodnocení, pozitivní myšlení aj.) a materiální (finanční prostředky aj.) zdroje. Výsledkem těchto dvou fází je výběr konkrétních copingových strategií (Baumgartner, 2001). Třetí fází je *přehodnocení* (reappraisal), které následuje nedlouho po předešlých dvou fázích. Jde o proces posouzení nových informací z okolního prostředí či vlastních reakcí na tlaky z okolí, jehož výsledkem může být změna hodnocení (Lazarus & Folkman, 1984).

3.3 Příznaky stresu

Tak jako na každého jedince působí stejný stresor zcela jinak, tak již vzniklý stresový stav se také může projevovat zcela jinými způsoby. Někdy cítíme, že se s námi něco děje, není nám dobře třeba jenom po stránce fyzické a až po konzultaci s odborníkem můžeme odhalit, že se nejedná o symptom nějaké nemoci, ale o výsledek působících nepříznivých vlivů. Nejčastější příznaky stresového stavu rozdělil Křivohlavý (2010) do tří okruhů:

Příznaky behaviorální:

Nerozhodnost; změněný denní rytmus; nářky a bédování; ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání; zhoršená koncentrace pozornosti; zvýšený příjem alkoholu či množství vykouřených cigaret; ztráta chuti do práce, zhoršená kvalita práce.

Příznaky duševní:

Změny nálad; podrážděnost, úzkostnost, zvýšená únava; nadměrná starost o vlastní vzhled a zdravotní stav (co je mi?); nadměrné snění a omezení sociálního kontaktu; neschopnost projevit se empaticky vůči druhým.

Příznaky fyziologické:

Palpitace; bolest hlavy, migréna; nechutenství, plynatost; bolesti a pocity svírání za hrudní kostí; změny menstruačního cyklu; ztráta sexuální apetence až sexuální impotence; obtížné soustředění obou očí na jeden bod či dvojitě vidění.

Uvědomění si některých z těchto příznaků a přiznání si, že se jedná o výsledek trvajícího stresového stavu, je první krok. Následujícím krokem musí být zamyšlení se nad tím, co s tímto stavem udělat, aby se zlepšil, aby bylo lépe. Tomuto tématu se budu věnovat v samostatné následující kapitole. Reagovat na stres však můžeme i nevědomě, za pomoci **obranných mechanismů**. Tyto mechanismy bývají také označovány jako "životu prospěšné iluze" či "zvládání zaměřené na emoce" (Baštecká, 2005). Tyto mechanismy Paulík (2012) považuje za méně hodnotné, spíše náhradní způsoby zvládání zátěže z hlediska rozvoje osobnosti. Ve snaze o adaptaci na ohrožující skutečnosti a zároveň uchování si pocitu jistoty a pozitivního sebeobrazu jsou však uplatňovány poměrně často. Základní přehled obranných mechanismů a jejich psychologických procesů udává následující tabulka (tabulka č. 2.) (Nakonečný, 1995, in Mlčák, 2004, 33).

Tabulka 2. Obranné mechanismy a jejich psychologické procesy

OBRANNÝ MECHANISMUS	PSYCHOLOGICKÝ PROCES
Kompenzace	Určitý osobní nedostatek je nahrazen jinou žádoucí aktivitou.
Konverze	Napětí či konflikt se přeměňuje v psychosomatický příznak.
Přemístění	Převedení negativních emocí na objekty bez vztahu k vlastní příčině.
Útěk do fantazie	Denní sny vedou k úniku ze skutečnosti a k náhradnímu uspokojení.
Identifikace	Podíl na úspěchu druhého tým, že se s ním člověk ztotožňuje.
Vzdor	Aktivní nebo pasivní nevědomý odpor.
Projekce	Vlastní nežádoucí vlastnosti jsou připisovány jiným.
Regrese	Upadání do vývojově dřívějších, méně zralých způsobů chování.
Reaktivní výtvar	Potlačení nepřijatelných sklonů a jejich změna v opak.
Racionalizace	Společensky přijatelnější vysvětlení negativních sklonů.
Potlačení	Pocity a pohnutky jsou vyloučeny z vědomí.
Fixace	Udržování reakce, která je opakovaně neúčinná.
Rezignace	Psychický kontakt s okolím je přerušen.
Útěk	Stažení se z oblasti, která přináší prožitky ponížení či frustrace.
Agrese	Msta za utrpěnou porážku na jiných objektech.
Popření	Nevšimavost vůči určitým podnětům, které snižují vlastní hodnotu.
Superkonformita	Vyhýbání se výtkám plněním všech povinností ve zvýšené míře.
Sebeobviňování	Dobrovolný útok do vlastního nitra, aby to neudělal někdo jiný.

4 ZVLÁDÁNÍ STRESU

Křivohlavý (1994) rozlišuje tři základní termíny v této oblasti. Jedná se o adaptaci, coping a strategie. „*Zatímco adaptací se rozumí vyrovnávání se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem "koupink" se rozumí boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží*“ (Křivohlavý, 1947, 42). Adaptace je obecnější a širší pojem a její výsledek nemusí být vždy kladný, zatímco coping směřuje k pozitivnímu výsledku (Paulík, 2012). Charvát (1969) považuje adaptaci za základní a vedoucí vlastnost živé hmoty, jakožto schopnost přizpůsobit se i nepříznivým podmínkám okolí. Oproti tomu při copingu dochází k řešení situací, se kterými jsme se dříve nesetkali a na rozdíl od adaptace to vyžaduje vytváření a zkoušení nových způsobů zvládnání, nelze se tedy spolehnout na dosavadní znalosti a zkušenost (Křivohlavý, 1994). Pojem strategie původně znamenal umění, jak vést armádu v boji proti nepříteli. Obecněji mu dnes rozumíme ve významu „*pečlivě vypracovaný plán, postup, program k dosažení zcela určitého vyčteného cíle*“ (Křivohlavý, 1947, 44). Křivohlavý (2009) uvádí ještě pojem styl zvládnání těžkostí. Dá se říci, že styl zvládnání je charakteristický pro daného jedince. Když se člověk dostává do náročných situací, můžeme u něj opakovaně pozorovat zcela určitý způsob jednání. Taylor (1995, in Křivohlavý, 2009, 85) o stylu zvládnání říká, že je to „*obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem*“.

4.1 Coping, styly, strategie

Po nahlédnutí do literatury z těchto pojmů může být čtenář zmaten. Někteří autoři totiž tyto pojmy rozlišují, některým splývají, někteří uvádějí pouze coping, někteří strategie či styly, jiní například copingové strategie či copingové styly. Pokusím se zde co nejpřehledněji zmínit ty nejpodstatnější. To, co tyto pojmy odlišuje, jsem již uvedla o pár řádek výše, nyní se zaměřím na to, co mají všechny společné. Tedy zvládnutí situace, kterou jedinec subjektivně pociťuje jako nadmíru náročnou. Přestože i zde ve své práci mezi těmito pojmy budu rozlišovat, podle toho jak je uváděli autoři, považuji je téměř za synonyma.

Zvládnáním stresu se zabýval nespočet autorů. Způsobů zvládnání nadlimitní zátěže je mnoho, od zapálení si cigarety po vypracování přesného a konkrétního plánu budoucího

jednání. Autoři se proto snažili o jejich klasifikaci, kterých můžeme v literatuře najít vícero. Zde se zaměřím na ty nejznámější.

Coping

Často bývají reakce na zátěžové situace rozdělovány na dvě skupiny. Do první patří již zmíněné neuvědomované obranné mechanismy a do druhé coping. Reakce patřící do této skupiny se dělí na další dvě skupiny:

- Coping zaměřený na problém: pokud je možné něco udělat.
- Coping zaměřený na emoce: pokud se nedá nic dělat.

(Vašina, 2009)

Coping zaměřený na emoce znamená snahu ovlivňovat své emoce a měnit je s cílem přijatelnějšího zvládnutí situace. Obsahuje expresivní stránku emocí, reinterpetaci děje, přijetí situace, ale i popření. Zatímco na problém zaměřený coping znamená snahu působit na okolí a měnit ho. Zahrnuje analyzování problémové situace, sestavení plánu dalšího jednání a jeho realizace. Někde na pomezí těchto dvou zaměření se nachází hledání sociální opory (Baumgartner, 2001).

Tobin, Holroyd, Reynolds & Wigal (1989, in Paulík, 2012) vytvořili inventář CSI (Coping Strategies Inventory), navázali na členění copingu podle zaměření na problém a emoce a rozčlenili svůj model dále na tři úrovně (tabulka č. 3.) (Balaščíková & Blatný, 2003, 3):

Tabulka 3. Úrovně copingu v modelu Tobina et al.

Terciální úroveň	Sekundární úroveň	Primární úroveň
Příklonové strategie	Zaměření na problém	Řešení problému
		Kognitivní restrukturalizace
	Zaměření na emoce	Vyjádření emocí
		Sociální opora
Odklonové strategie	Zaměření na problém	Vyhýbání se problému
		Fantazijní únik
	Zaměření na emoce	Sociální izolace
		Sebeobviňování

Carver, Schreier & Weintraub vytvořili diagnostickou metodu COPE, která zachycuje 15 druhů nejčastějších copingových reakcí. Některé jsou považovány

za adaptivní (1. – 7.), jiné za maladaptivní (11. - 14.), zbylé je třeba hodnotit se znalostí konkrétní situace. Jedná se o (tabulka č. 4.) (Vašina, 2009):

Tabulka 4. Copingové strategie dle Carvera, Schreiera a Weintrauba

1.	Aktivní coping
2.	Plánování
3.	Potlačení interferujících aktivit
4.	Odložení řešení na příhodnou dobu
5.	Vyhledání instrumentální sociální podpory
6.	Vyhledání citové sociální opory
7.	Pozitivní reinterpretace
8.	Akceptování (přijetí)
9.	Obrácení k víře – náboženství – k bohu
10.	Projevení emocí
11.	Denial (popření existence stresoru)
12.	Behaviorální vzdání se
13.	Mentální vzdání se
14.	Obrácení se k alkoholu, k lékům nebo drogám
15.	Humor

Strategie

Lazarus (1966, in Křivohlavý, 1996) uvádí čtyři strategie zvládání stresu:

- Strategie netečnosti (apatie): jedinec upadá do bezmoci, deprese, beznaděje;
- strategie vyhnutí se působení noxy (škodliviny): jedinec má pocity obavy, bázně, strachu;
- strategie napadení útočníka (noxy): jedinec se snaží problém zvládnout, přemoci;
- strategie posilování vlastních zdrojů síly: jedinec rozvíjí svou sebekontrolu a sebevládu.

O zvládacích strategiích hovoří také autoři dotazníku, který využívám ve výzkumné části této práce. Rozlišují strategie, které přispívají k redukci stresu (pozitivní strategie) a naopak strategie, které k redukci stresu nepřispívají (negativní strategie). Zda u jedince převládají pozitivní nebo negativní strategie zvládání stresu se rozhoduje na základě 13 škál, kterým jsou: podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování (Janke & Erdmannová, 2003).

Styly zvládání

Holahan & Moos (1987, in Křivohlavý, 2009) popsali dva základní zvládací styly. Prvním z nich je *vyhýbání se stresu* (avoidant style). Je vhodnější v případech, kdy existuje předpoklad, že stres nebude působit dlouho a silně. Předpokládá se, že se projevuje častěji u lidí, kteří mají menší zdroje ke zvládání zátěže. Druhým stylem je *stavění se na odpor* stresu (confrontative or vigilant style). Tento nachází využití v situacích, o kterých se předpokládá, že se budou opakovat nebo kde stresory budou působit delší dobu.

Dalším velmi známým stylem je *sebeznehodnocující styl*. Je typický pro školní prostředí. Je používán především tehdy, když jedinec již dopředu předpokládá a obává se neúspěchu. Předem prohlašuje, že situaci nezvládne, shazuje se a různě vymlouvá. Snaží si tak již dopředu zachovat tvář pro případný neúspěch (Kubátová et al., 2009).

4.2 Osobnostní charakteristiky napomáhající zvládat stres

Základní podmínkou zvládání zátěže je psychická **odolnost** člověka. Paulík (2012) odolnost považuje za výsledek dosavadních adaptačních procesů a zároveň za předpoklad budoucí efektivní adaptace. Mareš (2007, in Paulík, 2010) vymezuje odolnost jako:

- a) Schopnost odolávat tlakům a klást odpor bez závažnějšího narušení funkce systému a volit optimální vzorce chování;
- b) schopnost rychlé, pružné regenerace a reintegrace;
- c) schopnost změny systému s využitím získaných zkušeností, případně nově získaných poznatků a dovedností ve stresové situaci ke zvládání požadavků kladených v budoucnosti.

Kromě pojmu odolnost se můžeme v literatuře setkat s pojmem **resilience**, který je považován za synonymum.

V 80. letech se objevily dvě školy zabývající se zvládáním stresu. První z nich byla vedena A. Antonovskym. V jeho pojetí měli nezdolní jedinci vysokou míru soudržnosti osobnosti. Hlavní pojem jeho teorie se do českého jazyka nepřekládá a je tak znám pod pojmem **sense of coherence**. Tato charakteristika je ovlivňována třemi aspekty:

- srozumitelnost – znamená kognitivní zpracování sebe sama a světa okolo;

- smysluplnost – zahrnuje emoce spojené s postojem jedince k životu;
- zvládnutelnost – se týká behaviorální, motivační stránky osobnosti.

(Křivohlavý, 1994)

Přibližně ve stejnou dobu se nezdolností zabývala také S. C. Kobasa. Tak jako Antonovsky představila tento termín pod jiným názvem, a to **hardiness**. V jejím pojetí nezdolnost zahrnuje:

- Osobní pocit kontroly – přesvědčení o vlastních možnostech zvládat a ovládat dění;
- touhu přijímat výzvy;
- osobní zaujetí – odhodlanost.

(Ogden, 2007)

Částečným mediátorem mezi stresem a nemocí se zdá být **locus of control** (Roddenberry & Renk, 2010). Autorem tohoto pojmu, který se do češtiny překládá jako místo kontroly, je J. Rotter. Základní myšlenkou jeho teorie je, že jedinci, kteří považují proběhlé události za výsledek jejich vlastního chování nebo osobnostních charakteristik, mají vnitřní místo kontroly - internal locus of control. Zatímco jedinci, kteří příčinu události vidí v náhodě, šanci či přičinění jiných lidí, mají místo kontroly vnější - external locus of control (Rotter, 1966).

Subjektivně viděnou kompetentnost zvládnout náročnou situaci popsal A. Bandura a nazval ji **self-efficacy** (Vašina, 2009). Vnímaná self-efficacy odkazuje na přesvědčení, že je člověk schopen plánovat a vykonat takové způsoby chování, které povedou ke zvládnutí potenciálních situací. Důvěra v tuto „sebe-účinnost“ ovlivňuje to, jak člověk myslí, cítí, jak je schopen se namotivovat. Toto přesvědčení bývá vytvářeno čtyřmi možnými způsoby:

- Zvládnutí dovednosti (mastery experience) – úspěch je nejefektivnější cesta k vytvoření silného self-efficacy;
- zástupná zkušenost (vicarious experience) – být svědkem úspěchu jedince, který je osobě podobný. Díky vytrvalému úsilí zvyšuje přesvědčení pozorovatele o jeho vlastních schopnostech zvládnout srovnatelnou situaci;

- sociální přesvědčování (social persuasion) – lidé, kteří jsou verbálně přesvědčováni, že mají potřebné schopnosti ke zvládnutí daných aktivit, budou pravděpodobně vynakládat velké úsilí k jejich splnění;
- fyziologické a emocionální stavy (physiological and emotional states) – lidé se částečně opírají při posuzování svých kompetencí o své reakce. Interpretují stresovou reakci a tenzi jako znak vulnerability ke slabému výkonu.

(Bandura, 1997)

5 PATOLOGICKÉ HRÁČTVÍ A STRES

V předchozích kapitolách (snad kromě kapitoly č. 4) jsem se zabývala pojmy, jejich definicemi a teoriemi, které tyto pojmy vysvětlují. Zabývala jsem se především dvěma oblastmi, a to závislostí na hraní a stresem. V této kapitole bych ráda tyto dvě oblasti propojila a zaměřila se na to, jak spolu vlastně souvisí a co o nich dosud bylo zjištěno.

Jak uvádí Ferris, Wynne & Single (1999, in Raylu & Oei, 2002), přestože teoretické modely patologického hraní mají silnější či slabší stránky, přesto poskytují cenný náhled na rozvoj a charakteristiku hraní. Ve více bodech se shodují, než odlišují v příčině gamblingu napříč různými přístupy. Většina teorií přiznává, alespoň částečně, že patologické hraní je důsledkem fyziologických či psychických predispozic, které působí jako spouštěče. Mezi tyto řadí negativní emoce a stresující události.

Bylo zjištěno, že stres působí jako velmi významný faktor snížení kontroly nad hraním. Stres působí tak, že jedinec má pocit ztráty sebekontroly, vzniká tedy potřeba opětovně tuto kontrolu získat zpátky. Dále, že stres plodí spíše na emoce zaměřené než na problém zaměřené chování. Důsledkem těchto faktorů se jedinec ve stresu může chovat hrubě maladaptivně až iracionálně (Friedland, Keinan & Regev, 1992). Stres ve spojitosti s gamblingem (konkrétně nutkání ke hře jedinců s diagnózou patologického hraní) zkoumali Elman, Tchibelu & Borsook (2010). Výsledky ukázaly, že patologické hráčství je spojeno se zvýšenou úrovní stresu a negativními emočními stavy. Avšak pouze vnímaná závažnost a množství každodenních stresorů, byly signifikantně spojeny s nutkáním ke hře. Ukázalo se, že rutinní stresující události a jejich subjektivní hodnocení mohou hrát významnější roli v průběhu recidivy než jiné vnitřní emoční stavy, které se nepojí ke konkrétní události.

Nutkání ke hře zkoumali také Sodano a Wulfert (2010) porovnávali 3 skupiny hráčů: patologické hráče, hráče abstinující a hráče občasné (regular social gambler). Všem skupinám pouštěli stejné DVD záznamy (situace výhry, situace prohry a nehráčskou situaci – jízdu na zábavní atrakci rollercoaster), kterým předcházela a střídala je relaxace. V rámci jejich studie bylo zjištěno, že nutkání ke hře u patologických hráčů může aktivovat jakákoli vzrušující událost, ať už se týká hraní či ne. Na rozdíl od dalších dvou jmenovaných skupin hráčů, u kterých se aktivovalo nutkání ke hře pouze v souvislosti se vzrušujícími událostmi týkajícími se hraní. Vzrušení samo o sobě (bez ohledu na jeho původ) se tedy může u

patologických hráčů stát spouštěčem hazardního hraní. Signifikantní rozdíly v srdeční frekvenci mezi skupinami se ale neprokázaly.

Na fyziologickou reakci spojenou s hraním se zaměřili Moodie & Finnigan (2004) a zjistili, že patologičtí hráči měli signifikantně vyšší úroveň autonomní aktivace (arousal) než hráči nefrekventovaní a nehráči. Navíc se jejich úroveň aktivace zvyšovala i po skončení hry. Dalším zajímavým zjištěním bylo to, že bonusy, funkce nudge¹ a další funkce automatu působí stejně tak vzrušivě, jako výhra sama.

McCartney (1995) zkoumal vliv vnímané kvality partnerského vztahu na dodržení abstinence a změn závislostního chování. Mezi jeho zjištěními bylo, že emocionální stres nemá vliv pouze na udržování závislosti, ale že může mít vliv i na urychlení relapsu, brání změnám a jejich udržování. Vztahové problémy, konkrétně problémy s intimitou v partnerských vztazích, uvádí i Lewis (1994, in Buck & Sales, 2000) jako jeden z 5 faktorů asociovaných s patologickým hráčstvím. Dalšími faktory jsou externí locus of control, narcistická a disociální porucha osobnosti, preference okamžitého uspokojení a střídání fází extrémní sebedůvěry s extrémním sebeznehodnocováním zahrnující těmto pocitům odpovídající nálady.

Coman, Evans & Burrows (1996, in Raylu & Oei, 2002) uvádí dokonce, že různé nálady mohou vést k různým typům hraní. Hráči trpící stresem a úzkostí se zaměřují spíše na hry vyžadující nízkou formu dovednosti, jako automaty. Zatímco depresivní hráči inklinují ke hrám vyžadujícím větší množství schopností s cílem zvednout svou depresivní náladu, což je podporováno sněním o výhře. Vážou se spíše ke kolektivnějším druhům her, například kartám, aby vylepšili své sociální interakce.

Blaszczynski & Nower (2002) vytvořili model determinantů problémového hráčství založeného na sérii klinických pozorování v integraci s literaturou. Uvádí, že existují společné vlivy, které působí na všechny problémové hráče. Jde o dostupnost, klasické a operantní podmiňování, aktivace (arousal) a zkrácené kognitivní schémata. Navrhli rozdělení gamblerů do 3 typů dle působících a převládajících motivačních sil.

První z nich jsou behaviorálně podmínění hráči, kteří nejsou patologičtí, ale sází přehnaně v důsledku špatných rozhodovacích strategií a špatných rozhodnutí. Všechny charakteristiky jako zaujetí pro hru, deprese, úzkost jsou vnímány jako důsledek ne jako

¹ Funkce nudge – možnost postrčení (pootočení) kteréhokoliv válce ke zvýšení pravděpodobnosti lepší kombinace.

příčina nadměrného hráčství. Tito hráči jsou obvykle motivováni k hledání a podstoupení léčby a obnovení kontroly nad hrou v období po léčbě.

Druhá skupina, emocionálně zranitelní hráči, jsou charakterističtí predispozicí k emocionální vnímavosti. Využívají hazardních her jako prostředku k modifikaci emocionálních stavů a/nebo k uspokojení specifických psychologických potřeb. Tito gambleři vykazují vyšší úroveň premorbidní psychopatologie zahrnující depresi, úzkost, závislosti na návykových látkách a problémy se zvládnutím stresu. Inklinují k vyhýbavému nebo pasivně agresivnímu chování a hru používají ve smyslu emoční podpory skrz disociaci a modifikaci nálady. Psychologické dysfunkce tyto hráče činí rezistentnější k léčbě a nevhodné pro kontrolované hraní. Léčba se musí soustředit na základní zranitelnost, stejně tak jako na chování týkající se hraní.

Hráči třetí skupiny, antisociální, impulzivní a problémoví hráči, mají neurologické nebo neurochemické dysfunkce, včetně psychosociální vulnerability, tak jako skupina výše. Hlavní charakteristikou je u nich však disociální porucha osobnosti a impulzivita a /nebo ADD (porucha pozornosti). Uvádí se, že tyto hráči mají sklon vyhledávat odměňující aktivity (jako je hazard). I bez ohledu k hazardu vykazují širokou škálu problémů, mezi něž patří abúzus návykových látek, nízká tolerance k nudě, vyhledávání vzrušení, kriminální jednání, antisociální chování v rodinné historii a nevalné schopnosti ve vztazích. Jejich hráčská kariéra začíná obvykle v raném dětství a má prudký rozvoj. Tito gambleři jsou málo motivováni k vyhledání léčby, vykazují špatnou komplianci a špatně reagují na veškeré intervence.

Ať už jsou gambleři jakéhokoliv typu, velmi důležitou součástí léčby je prevence relapsu. Mezi nejznámější modely patří Model prevence relapsu Marlatta a Gordonové. Hlavními cíli je předvídání a prevence relapsu a překonání lapsu. Mezi fáze tohoto modelu patří osvojení motivačních sil, uskutečnění konkrétních kroků změny a jejich udržování. Velmi důležitá je sebeúčinnost (self-efficacy), to znamená přesvědčení o tom, že je jedinec schopen dosáhnout cíle. Relaps je třeba chápat ne jako selhání léčby, ale jako signál, že jedinec je ještě zranitelný a je třeba v krocích k úzdavě pokračovat nebo je posílit nebo pozměnit. Může být chápán také jako bod, ve kterém se má jedinec rozhodnout, zda bude pokračovat v recidivě či abstinenci (Miller, 2009).

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část této práce je zaměřena na zmapování strategií zvládání stresu u patologických hráčů a zmapování negativních důsledků hraní u léčených patologických hráčů v pobytové léčbě. Zejména se jedná o dopady na psychickou, fyzickou a ekonomickou stránku hráče. Dále se práce zabývá tím, jak hráči stres prožívají. Mimo jiné se práce zaměřuje na rozvoj hráčské kariéry a průběh zadlužování.

Stres a způsob jeho zvládání je velmi důležitou komponentou, která ovlivňuje progres a udržení závislosti. S ohledem na literární rešerši mě zajímalo, jak hráči stres zvládají a jak ho prožívají. Tato zjištění lze uplatnit v samotné léčbě patologického hraní, kdy odborníci mohou pracovat na podpoře pozitivních strategií. Také je lze uplatnit v následné abstinenci v rámci prevence relapsu. Při prevenci relapsu je jednou z rizikových situací právě stres a stresové situace, proto je pro hráče důležité, aby znali svoje možnosti a dovednosti, jak stres zvládat.

Realizovaný výzkum má několik cílů. Jednotlivé cíle zkoumám pomocí různých výzkumných metod.

První cíl zní: Zmapovat, jaké jsou strategie zvládání stresu u patologických hráčů.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou strategie zvládání stresu, které hráči využívají?

Druhý cíl zní: Popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a zvládáním stresu.

Výzkumná otázka č. 2: Jak stres a jeho zvládání ovlivnila hráčská kariéra?

Třetí cíl zní: Popsat souvislost finanční situace hráče a zvládání stresu.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké mělo zadlužování vliv na prožívání stresu?

6.1 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvoří 20 respondentů hospitalizovaných pro patologické hráčství v psychiatrické nemocnici, získaný na základě účelového výběru přes instituci (Mioviský, 2006). Konkrétně jde o pacienty Psychiatrické nemocnice (dále PN) v Opavě, stanice 16. Jednalo se o účelový výběr instituce, ve které probíhá specializovaná léčba patologického hráčství. Takto specifická léčba probíhá v České republice ještě v psychiatrických

nemocnicích Bohnice a Kroměříž. PN v Opavě byla nejvhodnější z hlediska vzdálenosti, jelikož výzkum vyžadoval 10 návštěv. Kritérii pro výzkum byla hospitalizace na oddělení 16 a diagnóza F63.0.

Původní myšlenkou bylo získat a porovnat 10 respondentů mužského a 10 ženského pohlaví. Jelikož ale za celou dobu mého zkoumání byla v léčbě přítomna pouze jedna žena, mezi pohlavími jsem nijak nerozlišovala. Průměrný věk pacientů byl 34,5 roku. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 a nejstaršímu 57 let. Nejvyšší dokončené vzdělání se v rámci výzkumného souboru pohybovalo od základního po vysokoškolské (tabulka č. 5.).

Tabulka 5. Nejvyšší dokončené vzdělání

Vzdělání	Počet
ZŠ	1
SOU	6
SŠ s maturitou	9
VŠ	4

Co se týče zaměstnání, nejčastěji se objevil technický obor (5x), evidence na pracovním úřadě (4x) a současné studium vysoké školy (3x). Dále respondenti pracovali jako účetní (1x), bankéř (1x), strážník městské policie (1x), strážník policie ČR (1x), číšník (1x), IT specialista (1x), pedagog a ředitel ZŠ (1x) a řidič nákladní dopravy a taxislužby (1x).

Průměrná doba trvání léčby v době rozhovorů byla 6,4 týdny. Nejkratší doba byly 2 týdny a nejdelší 11 týdnů. Jelikož zde zkoumám strategie zvládnání stresu, které jsou poměrně stabilní, a jejich změna vyžaduje dlouhodobé úsilí, na délku pobytu v léčbě pacientů jsem nebrala zřetel.

Na dotaz ohledně psychiatrické anamnézy v rodině odpovědělo kladně 11 probandů (tabulka č. 6.). Pouze otec respondenta 1, teta respondenta 10 a dcera respondenta 14 byly v lékařské péči. Zbytek nikdy se svými problémy odbornou pomoc nevyhledal nebo o tom respondenti nevědí.

Tabulka 6. Psychiatrická anamnéza v rodině

	Respondent	Rodinná anamnéza
1.	1	Otec: deprese, sociální fobie
2.	2	Bratr: závislost na alkoholu
3.	4	Otec: závislost na alkoholu
4.	5	Otec: závislost alkoholu
5.	8	Strejda: abúzus alkoholu; babička: deprese
6.	10	Teta: deprese
7.	11	Děda: závislost na alkoholu
8.	14	Matka: psychické problémy; dcera: deprese a sebepoškozování
9.	15	Děda: prohra statku v kartách a sebevražda oběšením
10.	18	Děda, otec: závislost na alkoholu
11.	19	Bratranec: závislost na heroinu

Tak jako nebylo přihlíženo k pohlaví a trvání léčby, nerozlišovala jsem při zpracování výsledků ani k typu hry, který hráči preferovali. Ve všech případech se jednalo pouze o automaty nebo kurzové sázky. V jejich rozložení nebyl téměř žádný rozdíl, jak ukazuje graf (graf č. 1.).

Graf č. 1. Převažující typ hry



Pro bližší seznámení s respondenty uvádím na dalších stranách zjednodušené tabulky se základními informacemi (tabulky č. 7. a 8.).

Tabulka 7. Přehled informací o respondentech 1-10

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pohlaví	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Věk	26	51	37	26	23	32	36	35	32	41
Průměrný věk	34,5									
Dokončené vzdělání	SŠ	VŠ	VŠ	SOU	SŠ	SŠ	SOU	SŠ	SOU	SŠ
Typ hazardu	sázky	automaty	sázky	automaty	sázky	sázky	automaty	sázky	sázky	automaty
Věk první hry/sázky	15	43	19	15	15	18	15	18	15	21
Délka intenzivního hraní/sázení	9	8	9	10	4	3	11	1	8	11
Průměrná délka intenzivního hraní/sázení	7,8									
Kolikátá léčba	1.	2.	1.	2.	1.	1.	1.	1.	2.	1.
První půjčka	rodina	známí	banka	banka	banka	známí	banka	rodina	známí	nebank.společnosti
Současný dluh v Kč	108 000	2 700 000	2 000 000	600 000	400 000	200 000	300 000	400 000	2 249 000	0
Nezákonný způsob získávání peněz	krádeže v rodině	zpronevěra	zpronevěra	krádeže sběrných surovin, doma, loupežné přepadení	krádeže v rodině	ne	krádeže v rodině	ne	ne	ne
Nejdelší délka abstinence	3 měsíce	3 měsíce	2 týdny	1 rok	1 týden	ne	1 měsíc	2 dny	2 roky	2 roky
Užívání alkoholu:	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano

Kouření cigaret:	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Užívání jiných NL:	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Zvýšené užívání alkoholu u hry/sázení	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Zvýšené kouření cigaret u hry/sázení:	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano
Zvýšení užívání NL u hry/sázení	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Depresivní stavy	ano	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ano
Sebevražedné myšlenky	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Sebevražedný pokus	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne

Tabulka 8. Přehled informací o respondtech 11-20

Respondent	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pohlaví	M	M	M	Ž	M	M	M	M	M	M
Věk	19	49	24	57	45	42	28	20	35	31
Průměrný věk										
Dokončené vzdělání	SŠ	SOU	SŠ	SOU	VŠ	SOU	ZŠ	SŠ	SŠ	VŠ
Typ hazardu	sázky	automaty	sázky	automaty	sázky	automaty	automaty	automaty	automaty	sázky
Věk první hry/sázky	16	37	15	19	17	22	20	16	15	15
Délka intenzivního hraní/sázení	3	8	9	3	20	20	8	4	5	1,5

Průměrná délka intenzivního hraní/sázení	7,8									
Kolikátá léčba	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
První půjčka	známí	známí	banka	rodina	známí	banka	ne	rodina	banka	rodina
Současný dluh v Kč	75 000	900 000	insolvence	insolvence	360 000	2 000 000	0	500 000	250 000	400 000
Nezákonný způsob získávání peněz	ne	ne	krádež v rodině	zpronevěra	zpronevěra	zpronevěra, krádež v rodině	ano	krádeže v rodině	krádeže a prodej kradeného zboží	ne
Nejdelší délka abstinence	1 týden	4 roky	5 měsíců	ne	2 roky	5 měsíců	ne	ne	ne	1 týden
Užívání alkoholu:	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
Kouření cigaret:	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Užívání jiných NL:	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Zvýšené užívání alkoholu u hry/sázení	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne
Zvýšené kouření cigaret u hry/sázení:	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Zvýšení užívání NL u hry/sázení	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Depresivní stavy	ano	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano
Sebevražedné myšlenky	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne
Sebevražedný pokus	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne

6.2 Design

Pro realizaci výzkumu, který probíhal od července 2015 do ledna 2016, jsem zvolila tzv. smíšený design výzkumu (Tashakkori & Teddlie, 1998). Pro doplnění kvalitativních dat zaměřených na problematiku zvládání stresu u patologických hráčů jsem použila standardizovaný dotazník SVF 78. Administrace probíhala skupinově nebo individuálně dle instrukcí příručky. Po vyplnění dotazníku následovala část kvalitativní, tedy individuální rozhovory.

Tento design byl zvolen záměrně vzhledem k charakteru studie, zejména z hlediska získání dostatečného množství dat. Dále jsem z hlediska charakteru klinické populace léčených hráčů zařadila níže zmíněné výzkumné metody, abych naplnila výzkumné cíle.

Veškeré spolupráci s respondenty předcházelo krátké představení mé osoby a odůvodnění potřeby jejich účasti na výzkumu. Všem respondentům byl nabídnut písemný informovaný souhlas (příloha č. 3.) se zdůrazněním možnosti kdykoliv od spolupráce bez udání důvodu odstoupit. Čtyři účastníci výzkumu museli být v průběhu nahrazeni jinými, jelikož byli předčasně propuštěni za porušení pravidel oddělení. Všichni respondenti za svou účast ve výzkumu obdrželi propisovací tužku a prezent ve formě drobné sladké odměny dle vlastního výběru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Okamžitě po přepsání byly audio nahrávky rozhovorů smazány. Všechna etická pravidla výzkumu byla dodržena. Výzkum měl anonymní charakter. Respondenti byli evidováni pod číselným kódem.

6.2.1 Metody získávání dat

Pro výzkumnou část diplomové práce jsem použila dotazník SVF 78. Jde o zkrácenou verzi dotazníku SVF 120 (Stressverarbeitungsfragebogen), vypracovali jej Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová. Tento vícedimenzionální dotazník slouží k zachycení tendencí pro reakce na stres v zátěžových situacích. Jde o sebepozorovací inventář, který obsahuje 13 subtestů:

1. **Podhodnocení** – týká se podhodnocování a pozitivnějšího hodnocení vlastních reakcí oproti ostatním;
2. **odmítání viny** – vyjadřuje, že jedinci chybí odpovědnost za zátěž;

3. **odklon** – obsahuje tendenci odvracet zátěž a navozovat psychické stavy zmírňující stres;
4. **náhradní uspokojení** – je tendencí k jednání vedoucímu ke kladným citům a sebeposílení vnějšími odměnami;
5. **kontrola situace** – zahrnuje tendenci k analyzování situace, plánování opatření a aktivní zásah ke zlepšení situace;
6. **kontrola reakcí** – projevuje se tím, že jedinec nedovolí, aby došlo ke vzrušení, nebo jej alespoň nedá na sobě znát;
7. **pozitivní sebeinstrukce** – jedná se o sklon přisuzovat si kompetenci, nevzdávat se a dodávat si odvalu;
8. **potřeba sociální opory** – tato kategorie zdůrazňuje potřebu jedince navázat kontakt s druhými a získat od nich podporu nebo konkrétní pomoc. Jde o strategii, která může být pozitivní v případě aktivního hledání podpory při řešení, ale také negativní, která znamená spíše pasivní, rezignační postoj k situaci;
9. **vyhýbání se** – snaha vyhnout se zátěži a zamezit další podobné konfrontaci. Další ze subtestů, které mohou být chápány jak pozitivně, tak negativně. Pozitivně v případě, že se jedná o zátěž, které se nedá zamezit;
10. **úniková tendence** – jedná se o rezignaci, snahu vyváznout ze zátěžové situace;
11. **perseverace** – indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže a neustále se vracejících negativních myšlenek a představ;
12. **rezignace** – zahrnuje pocity bezmocnosti a beznaděje k zátěži a jejímu zvládnání, výsledkem je vzdání se snahy ji zvládnout;
13. **sebeobviňování** – tendence přisuzovat chyby vlastnímu jednání v souvislosti se zátěžemi a celkový sklon ke sklíčenosti.

(Janke & Erdmannová, 2003).

Dotazník obsahuje 78 pokračování výroku „*Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry...*“. Respondenti u každého zvlášť označují, nakolik dané tvrzení odpovídá jejich způsobu chování na 5 bodové škále. Výsledkem testu je hrubý skór, který se následně převádí na T-skóry dle přiložených

tabulek. Norma T-skóru je 50 se standardní odchylkou 10, na jejímž základě jsem hodnotila výsledky jednotlivých dotazníků.

Následně jsem v kvalitativní části výzkumu použila semistrukturované interview. Jde o nejpoužívanější typ rozhovoru, ke kterému si tazatel připraví okruh otázek, které jsou závazné. Pořadí nebo tvar otázek však může libovolně měnit podle průběhu rozhovoru, klást doplňující a upřesňující dotazy (Miovský, 2006). Základních otázek, které byly položeny všem respondentům, bylo 39 (příloha č. 4.).

Metody analýzy dat

Data z rozhovoru jsem zpracovala způsobem ruční analýzy, tj. pomocí tužky a papíru, zvýrazňováním textu a čárkovací metodou. Proběhla tzv. transkripce, redukce první řádu, editorování a barvení textu (Hendl, 2008). Vzhledem k množství dat se tento způsob jevil jako dostatečný a účinný. Aplikovala jsem kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Využila jsem tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to deskriptivní přístup, který představuje popis získaných dat. Dále metodu prostého výčtu, jejímž prostřednictvím vyjadřuji vlastnost určitého jevu, např. frekvenci či intenzitu výskytu daného jevu či poměr výskytu tohoto jevu k jinému jevu. Jednoduchý nástroj deskripce jsem obohatila o metodu vytváření trsů, která slouží ke srovnávání a agregaci (seskupování) dat do skupin (trsů) dle vzájemných podobností. Vznikají tak prostřednictvím kategorizace obecnější jednotky. Metoda kontrastů a srovnávání je velmi vhodnou technikou pro odlišení identifikovaných kategorií, přestože mohou mít tyto kategorie mnoho společného (Miovský, 2006).

Data z dotazníků byla přetransformována do počítače, kde byla následně čištěna a kontrolována, zda byly všechny položky vyplněny. Byla vytvořena kompletní datová matice. Statistické a grafické zpracování bylo provedeno v programu Microsoft Excel 2010.

6.3 Průběh získávání dat

Na začátku května 2015 jsem emailem kontaktovala PhDr. Zuzanu Staňovou, psychologku oddělení 16 Psychiatrické nemocnice v Opavě (dále PNO) s dotazem, zda je možné, abych zde provedla svůj výzkum. Nejprve bylo nutné zaslat žádost o provedení výzkumu vedoucí psychologce PNO a po jejím potvrzení jsem se domlouvala na konkrétních návštěvách s PhDr. Staňovou. Při první návštěvě (červen 2015) bylo na oddělení 10 léčených patologických hráčů, kterým jsem se představila s prosbou o pomoc

při výzkumu. Všech 10 pacientů se dobrovolně přihlásilo a vyplnilo dotazník. Při dalších návštěvách probíhaly individuální rozhovory v prostorách oddělení 16. Jelikož zde mají režimovou léčbu, musela jsem se přizpůsobit a na svou návštěvu jsem měla 1 až 3 hodiny volného času. Průměrně jsem za návštěvu stihla 2 rozhovory.

Pacienti byli průběžně propouštěni a přijímáni, proto nebylo možné dotazníky nechat vyplnit najednou opět takto velkou skupinou, ale byly vyplňovány při mých dalších návštěvách před provedením rozhovoru. Před vyplněním dotazníků jsem vždy všem respondentům nabídla písemný informovaný souhlas, který zdůrazňoval dobrovolnost, možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit a anonymní účast. Každý dotazník měl vytištěné pořadové číslo a do kolonky „jméno a příjmení“ mohli uvést cokoli, podle čeho se potom sami identifikují pro přiřazení dotazníku k rozhovoru (zajímavostí je, že 12 probandů se podepsalo celým jménem a příjmením a nikdo písemný informovaný souhlas nepožadoval, přestože jim byl nabídnut znovu před rozhovorem).

Jako malé poděkování obdrželi všichni respondenti k dotazníkům propisovací tužku, kterou si mohli nechat a po absolvovaném rozhovoru si mohli vybrat z nabídky drobných sladkostí. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a po přepsání smazány.

6.4 Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 1.

K zodpovězení první výzkumné otázky: „Jaké jsou strategie zvládání stresu, které hráči využívají?“ jsem použila informace získané z analýzy vyplněných dotazníků SVF 78. Tento dotazník vyplnilo všech 20 respondentů. Vyplněné dotazníky byly okamžitě kontrolovány pro případ neúmyslného vynechání některé z položek. Jakých T-skóru dosáhl který proband napříč všemi strategiemi uvádím v tabulce níže (tabulka č. 9.), a to včetně průměrné T-hodnoty pro jednotlivé strategie. Hodnoty na horní hranici normy a nad ní jsou vyobrazeny červeně (60 a více) a hodnoty na dolní hranici normy a pod ní modře (40 a méně). Pokud některý z respondentů dosáhl nejnižšího či nejvyššího možného T-skóru, číslo je podtrženo.

Výsledky jsem porovnávala s normovými soubory dotazníku, které jsou součástí příručky SVF78. Jedná se pouze o deskriptivní popis výsledků, vzhledem k zaměření designu studie jsem další statistické metody nepoužívala. Dotazník SVF 78 jsem se snažila propojit s výsledky z rozhovorů v dalším cíli práce.

Tabulka 9. Přehled skórovaných strategií jednotlivými respondenty

Resp.	Strategie zvládání stresu														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	+	-
1	51	54	53	63	50	55	49	39	61	58	55	51	58	57	58
2	37	41	66	52	48	61	40	54	64	54	72	67	67	50	69
3	51	61	51	56	53	50	49	66	51	58	54	54	55	53	58
4	42	45	49	65	38	44	40	46	54	73	63	65	69	46	75
5	42	23	51	46	41	55	29	52	47	73	66	75	75	38	75
6	64	48	59	46	47	50	49	54	53	64	52	58	65	53	63
7	23	36	47	54	30	38	38	28	45	73	55	73	77	29	75
8	51	63	57	63	34	44	36	34	49	70	54	70	62	50	69
9	48	23	53	56	53	52	45	55	59	73	72	65	75	50	75
10	58	63	44	62	48	52	49	55	56	56	49	56	44	57	53
11	67	57	66	62	44	58	49	50	62	73	55	62	60	64	69
12	46	48	57	69	60	58	60	69	62	54	54	62	60	60	60
13	66	39	49	60	41	61	49	46	48	54	43	39	47	57	47
14	60	66	61	54	37	47	50	44	57	58	63	68	44	58	59
15	54	54	49	46	58	50	54	54	48	45	41	45	47	53	44
16	23	45	41	23	33	32	25	39	56	73	55	73	65	23	70
17	75	31	59	56	44	55	57	42	53	51	41	39	47	57	44
18	60	54	49	46	25	38	34	32	47	61	36	62	38	41	51
19	59	70	53	62	36	44	29	44	64	70	39	58	44	53	55
20	46	51	62	56	41	44	40	52	54	70	66	75	75	50	75
Ø	50	48,6	53,8	54,85	43,05	49,4	43,55	47,75	54,5	63,05	54,25	60,85	58,7	49,95	62,2

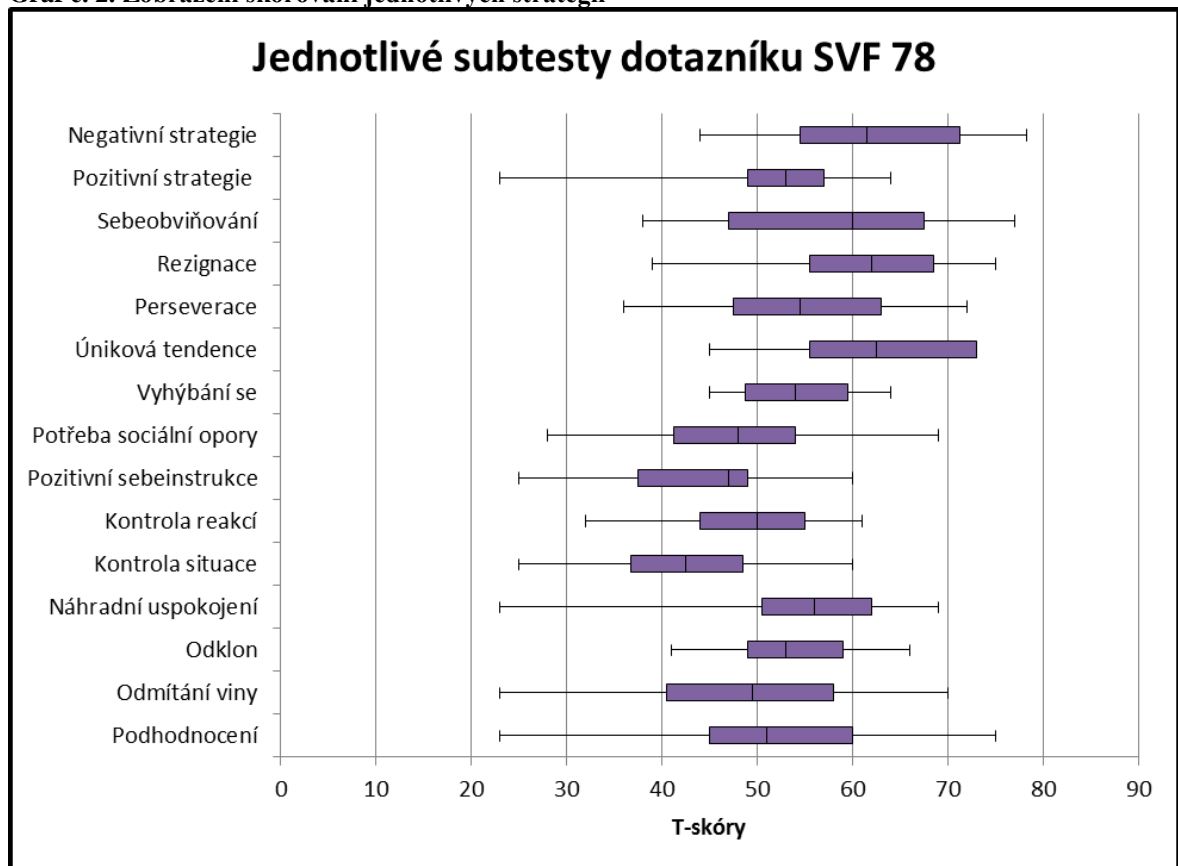
Legenda: 1-13: čísla subtestů (strategií)

- 1- Podhodnocení
- 2- Odmitání viny
- 3- Odklon
- 4- Náhradní uspokojení
- 5- Kontrola situace
- 6- Kontrola reakcí
- 7- Pozitivní sebeinstrukce
- 8- Potřeba sociální opory
- 9- Vyhýbání se
- 10- Úniková tendence
- 11- Perseverace
- 12- Rezignace
- 13- Sebeobviňování
- + - pozitivní strategie
- - negativní strategie
- Ø - průměrná hodnota

Jak je vidět, tabulka je poměrně pestrá. Pouze jediný respondent (15) skóroval všechny strategie v normě. Z rozhovoru s ním vyplynulo, že již 6 let dochází na anonymní gamblery, což mohlo mít značný vliv na přetváření jeho strategií zvládání zátěžových situací a v konečném důsledku i na rozhodnutí zahájit ústavní léčbu.

Pro přehledné zobrazení výsledků jednotlivých subtestů jsem zvolila krabicové grafy (graf č. 2.), na kterých je jednoznačně vidět, jak byly které strategie skórovány (zobrazení maximální, minimální hodnoty a mediánu). Kromě jednotlivých strategií jsem stejným způsobem zpracovala i pozitivní a negativní strategie celkově.

Graf č. 2. Zobrazení skórování jednotlivých strategií



Nakonec zobrazuji četnost volby jednotlivých strategií v tabulce níže (tabulka č. 10.). Pozitivní strategie jsou označeny znaménkem „+“, negativní znaménkem „-“ a ty, které mohou být jak pozitivní i negativní znaménkem „+/-“.

Tabulka 10. Přehled strategií dle skórování v normě, nad ní a pod ní

Strategie	Nad normou	V normě	Pod normou
Rezignace (-)	12	6	2
Únikové tendence (-)	11	9	0
Sebeobviňování (-)	9	10	1
Náhradní uspokojení (+)	7	12	1
Perseverace (-)	6	12	2
Vyhýbání se (+/-)	5	15	0
Odmítání viny (-)	5	10	5
Odklon (+)	3	17	0
Podhodnocení (+)	3	14	3
Kontrola reakcí (+)	2	15	3
Potřeba sociální opory (+/-)	2	13	5
Pozitivní sebeinstrukce (+)	0	14	6
Kontrola situace (+)	0	13	7

Je očividné, že negativní strategie celkově značně převažují nad pozitivními. Úplně všechny negativní strategie skórovalo minimálně pět respondentů nad normou. Nejčetněji byly nad normou rezignace (12x), úniková tendence (11x) a sebeobviňování (9x), zároveň se ale nad normou objevilo i odmítání viny (5x). Z pozitivních strategií byly nad normou pouze čtyři, a to náhradní uspokojení (7x), odklon (3x), podhodnocení (3x) a kontrola reakcí (2x). Naopak pod normou byly z pozitivních strategií hodnoceny kontrola situace (7x), pozitivní sebeinstrukce (6x), kontrola reakcí (3x), podhodnocení (3x) a náhradní uspokojení (1x). Nakonec strategie, které mohou být pozitivní i negativní, byly skórovány velmi různě. Vyhýbání se bylo skórováno nad normou pěti respondenty a patnácti v normě a potřeba sociální opory byla hodnocena dvěma probandy nad normou a pěti pod ní. Obě tyto strategie považují u patologických hráčů za negativní.

Z těchto zjištění vyplývá, že patologičtí hráči mají zažité velmi špatné strategie zvládání zátěžových situací. Cítí se ve svých problémech bezmocní a za selhání si dávají vinu nebo si naopak vinu vůbec nepřipouští a připisují ji náhodě či nedostatku štěstí. Po prvních neúspěších o nápravu se dalších pokusů vzdávají a propadají beznaději. Výsledkem je poté velmi často pouze snaha o co nejjednodušší únik ze situace a snaha se dalším podobným pocitům vyhnout.

Dále je vidět, že patologičtí hráči v mém souboru nejsou schopni realisticky naplánovat a zrealizovat kroky k nápravě nežádoucích stavů, cítit se k těmto krokům kompetentní a celkově si nedůvěřují. Můžeme se u hráčů setkat i s problémy s kontrolou vlastních reakcí a neschopností či nechutí využít své sociální vztahy k aktivnímu řešení vlastní situace.

6.5 Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 2

Cílem této části výzkumu je popsat souvislost mezi hráčskou kariérou, prožíváním a zvládáním stresu².

Mezi základní znaky jednání patologických hráčů patří dle MKN-10 mimo jiné to, že před hrou pocítují silné nepotlačitelné puzení a tenzi a poté, co neodolají, naopak uvolnění od napětí a uspokojení. Později sice pocítují výčitky svědomí, ty je ale neubrání před pozdější novou hrou (Fischer & Škoda, 2009). Na to, jak probíhal vývoj a rozvoj hráčské kariéry mých probandů se zaměřím v této kapitole.

První zkušenosti s hrou/sázením

Pouze dva respondenti zkoušeli hru na automatech poprvé úplně sami. Oba dva se s automaty setkali v práci. Jeden z nich pracuje jako barman a druhá respondentka pracovala u firmy, která výherní automaty provozuje (dva automaty jim umístili na pracoviště). Tři respondenti první zkušenost s hrou či sázením zažili s vlastním otcem a zbylých patnáct respondentů sázelo či hrálo poprvé s kamarády. Motivaci k první hře uváděli respondenti různou. Nejčastěji se jednalo o získání nové zkušenosti (7x), zájem o sport (7x – všichni tito probandi se věnovali kurzovým sázkám), vidinu snadné výhry (3x), zábavu s přáteli (2x) a nudu (1x).

Prožívané negativní pocity a snaha jim zabránit

Každý měl určitý důvod, proč se k automatům či sázkovým kancelářím vracel. Všechny ale zpočátku spojovaly kladné pocity při hraní/sázení. Oproti jedincům, pro které je sázka na sport nebo zkušenost s automaty pouze občasným zpestřením nebo se jedná

² Zde je třeba zdůraznit, že pojmy stres, úzkost a deprese nebyly respondentům nijak vysvětlovány. Jsou zde uváděny tak, jak je chápou a uvádí sami.

o jedinečnou situaci, patologickým hráčům se adrenalin ze hry a radost z výhry postupně proměňuje v úzkost, nervozitu a nespočet dalších nepříjemných pocitů. Ať už z důvodu toho, že zrovna nemají možnost hry, ale především z bludného kruhu utrácení a shánění financí a dalších problémů, které jim ve spojitosti s hraním/sázením vyvstávají. **Stres přímo při hraní/sázení pocívalo čtrnáct** probandů. **Zbytek** popisoval **adrenalin, euforii, dobrý pocit ze hry**. **Po prohře** a ztrátě peněz ovšem **uvádí stres všech dvacet** respondentů. Ať prožívali pozitivní nebo negativní pocity, dohromady dvanáct respondentů uvedlo vzrůstající tendenci užívání dalších návykových látek. U **deseti** probandů se **razantně zvyšoval počet vykouřených cigaret** během hry/sázení. **Jeden** respondent ve větší míře **holdoval cigaretám i alkoholu** a **jeden** respondent **užíval nadměrně cigarety, alkohol i další návykové látky**. Z těchto výpovědí je evidentní, že nad sebou probandi ztráceli kontrolu ve smyslu nadužívání návykových látek.

Pouze sedm z nich se ale **nepříjemným pocitům snažilo** nějakým způsobem **zabránit** (graf č. 3.). *Náhradní uspokojení* dva z těchto sedmi respondentů skórovalo nad normou, čtyři v normě, ovšem respondent 16 skóroval pouze 23 body, což úplně neodpovídá jeho výpovědi, že se často uklidňoval několikahodinovými procházkami kolem řeky. Zatímco *rezignace* celkově byla nad normou skórována dokonce dvanáctkrát. Ze třinácti probandů, kteří proti stresu nedělali nic, skórovalo tuto strategii nad normou osm, ale dva opět pod normou (T-skór 39).

Graf č. 3. Stres a jeho zvládnání



Mezi únikové aktivity se řadily sledování **televize** nebo filmů, **sport, kamarádi, užívání marihuany, meditace, domácí práce, procházky v přírodě, alkohol** a také další **sázení** nebo **snaha na nic nemyslet** (Respondent 10: *Kouřil trávu. A možná to zní divně, ale medituju. Byly období, kdy jsem třeba nebral žádnou drogu a nekouřil třeba 2, 3*

měsíce a chodím pravidelně, když to jde do jedné meditační školy a tam medituju pravidelně. Teď se chci na to pořádně vrhnout, když jsem čistý. Respondent 20: *Hm...znova sázel, tak to určitě.* Respondent 5: *Tak já jsem se nějakým způsobem naučil tomu bránit, že jsem to pouštěl z hlavy...že jsem vlastně.....snažil na to nemyslet, nějakým způsobem to neřešit, pokud to nebylo nezbytně nutné.*). Citovaní respondenti 5 a 20 skórovali rezignaci 75 body.

S užíváním únikových tendencí také souvisí fakt, že na otázku „Co Vás první ve stresové situaci napadne, na co myslíte?“ reagovalo **sedm** probandů snahou se **řešení vyhnout** (Respondent 7: *Co mě napadne? Dát si cigáro, možná kafe.* Respondent 18: *No, myslím, že se snažím na to spíš nemyslet... Když to tak řeknu, tak prostě беру strašně věci na lehkou váhu. Není pro mě skoro nic důležité. Všechno hodím za hlavu.*). Odpovědi **pěti** respondentů byly zaměřené spíše na **emoční stránku** (Respondent 3: *Přepadne mě taková úzkost, takový negativní myšlenky. Myslím si třeba, že mi někdo křivdí.*). A zbylých **osm** probandů se prezentovalo jako okamžití řešitelé situace (Respondent 6: *Tak snažím se uvažovat, jakým způsobem to vyřešit nebo tak... Hledám jinou cestu. Jako určitě od toho neutíkám.* Respondent 20: *V téhle chvíli mě napadne přemýšlet nad tím, jak to řešit, jak tomu čelit.*). Citovaní respondenti 6 a 20 skórovali ale únikové tendence T-skóry 64 a 70.

Je zajímavé, že probandi reagují na stres odlišně (únikové tendence, zahlcení emocemi, racionální uvažování a hledání řešení). Zvědomění těchto jejich reakcí je dobrým základem pro zvládání stresových situací v budoucnu v rámci udržení abstinence. Zejména se jedná o model prevence relapsu od Martatta a Gordonové, který mohou používat i po léčbě.

Puzení ke hře

Zaměřila jsem se i na to, jaké patologičtí hráči prožívají pocity v situaci, kdy nemají k hraní/sázení přístup. V mém výzkumném souboru uvedlo **čtrnáct** jedinců, že ve chvílích, kdy neměli okamžitě možnost jít si zahrát, začali se **cítit velmi nepříjemně**. Jako nejčastější pocity popisovali **nervozitu** (Respondent 3: *A ty poslední dny, kdy už jsem nesázel, tak to prostě to, jak se říká i u narkomanů, to byl naprostý absták. To byla nervozita, A nevím jak to popsat jo. Člověk si lehl do postele a prostě se klepal. Nevím jak to popsat jo...Jako i takové fyzické příznaky, hlavně teda psychické, ale i ty fyzické příznaky.*) a **neustálé myšlenky na hru** (Respondent 11: *Blbě jsem to prožíval, měl jsem takové nutkání. Řešil jsem pořád kde peníze sehnat.*). Perseverace byla skórována nad

normou šestkrát. Z těchto šesti pět respondentů spadá pod výše zmíněných čtrnáct, kteří se bez hry/sázení necítili dobře. Respondentka 14 ovšem v rozhovoru vypověděla: „*Ale že by to bylo pořád takové nutkání, tak to zas ne no. Že bych jako byla našťvaná nebo tak, to jako ne...když jsem byla třeba s vnučkou a přepadlo mě to chtění, tak já jsem na to jako zapoměla za chvíli. Jak jsem dělala něco jiného.*“. Perseveraci ovšem skórovala 63 body. **Snahu se** ke hře či sázení jakýmkoliv způsobem **přiblížit** (Respondent 15: *Vynaložil jsem spoustu práce na to, abych si vsadil si. Nebo jsem volal kamarádům, ať mi vsadí a tak. Hledal jsem prostě nějaký způsob, abych si vsadil. Ale byly to nervy.*). **Jeden** respondent touhu po hře řešil **kouřením marihuany** (Respondent 10: *Jsem si koupil trávu, takže to nebylo třeba nějak prožívat. Si člověk zakouřil a bylo dobře.*). **Dvěma** respondentům se údajně **nikdy nestalo**, že by se ke hře v době potřeby nedostali. Jeden z nich pracoval jako vyhazovač a vymahač peněz, oficiálně je na úřadu práce. Jeho práce se většinou odehrává v okolí heren a pracovní dobu si může přizpůsobit svým potřebám. Druhý je sice zaměstnancem na plný úvazek, ale hra vždy nad všemi povinnostmi zvítězila (Respondent 19: *Prostě jsem zavolal do práce, že je mi špatně a šel jsem do herny.*). **Dvěma** respondentům krátkodobá **nemožnost hry** dle jejich výpovědí větší **problém nedělaly**. Respondentka se věnovala vnučce nebo domácnosti přičemž přišla na jiné myšlenky (viz. výše), a další respondent jednoduše nehrál, když to nešlo (Respondent 16: *Víte co je zajímavé, já jsem hrál více méně, jen když jsem ty peníze měl. Ale když jsem ty prachy neměl, tak prostě nebyla tam nějaká nervozita nebo tak. Nebo že bych musel jít do té herny a aspoň se na někoho dívat, že hraje jo. To vůbec. Prostě když jsem peníze neměl, tak mě to nelákalo vůbec.*). **Poslední** respondent, který běžně tenzi z nemožnosti si zahrát nezakoušel, hrál **pouze pod vlivem alkoholu** (Respondent 12: *Většinou to přicházelo v té hospodě, kde byli známí a začínalo to klasicky tím pivem a hrou v kostky, která se hrála o drobné peníze. A to se stalo tím mým spouštěčem, kdy jsem prohrál třeba 100 korun a už jsem po tom pivu byl z toho ještě našťvaný. Tak potom, když už šli všichni domů, tak jsem ještě pokračoval pod vlivem jinde.*). Tento respondent skóroval nad normou z negativních strategií rezignaci a vyhýbání se (T-skór 62) a potřebu sociální opory (T-skór 69). Výsledek výběru těchto strategií u tohoto jedince pozoruji v přístupu k vlastnímu problému. Přestože věděl, že vždy hraje poté, co se napije alkoholického nápoje, popřípadě si ještě s přáteli zahraje některou hazardní hru, nesnažil se těmito situacím dopředu vyhnout. Sám vypověděl, že stres při hře i po ní pociťoval, ale nijak se mu nesnažil čelit a odolat hře se sám od sebe nikdy nepokoušel. Abstinoval od hry pouze na popud nové přítelkyně po dobu jejich vztahu (4 roky). Potřebu sociální opory dokládá i fakt, že

v poslední fázi, kdy již uvažoval o sebevraždě, se o něj postaral kamarád s přítelkyní, kteří ho také objednali i zavezli na psychiatrii, po které následovala ústavní léčba.

Fyzické dopady hráčské kariéry

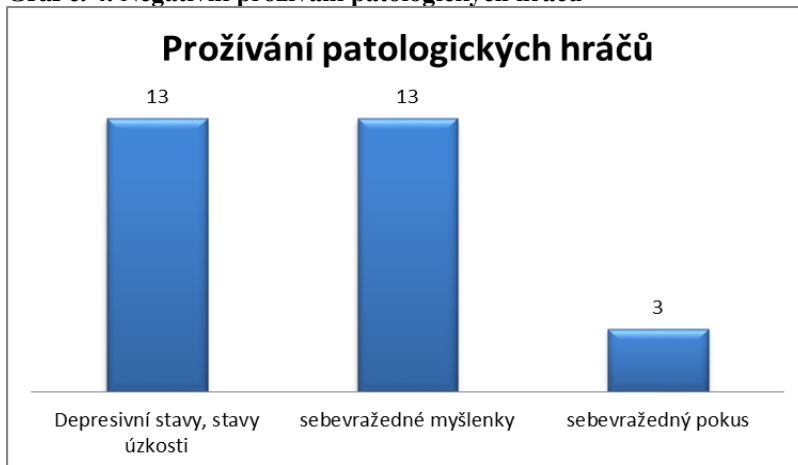
Tak jako může mít několikahodinová hra/sázka sama velmi špatný vliv na fyzickou stránku jedince, projevují se u patologických hráčů i důsledky neustálé tenze. **Jedenáct** účastníků výzkumu vypovědělo, že se jim **negativním způsobem hraní/sázení projevilo na zdraví**. U **pěti** z nich se jednalo o **zhoršenou fyzickou kondici** z důvodu zanechání veškerých sportovních aktivit a následného sezení u počítače nebo automatu (Respondent 3: *Řekl bych že...dívám se na to ze dvou pohledů. Jednak samozřejmě ta psychická labilita v těch posledních dnech. A co se týká fyzicky, tak tam to zpětně vnímám...zanechal jsem sportu a to mě stálo nějakých 25 kg navíc. Člověk zanedbává to, co měl rád a to znamená, že člověk přibral na váze a vyhýbá se tomu, čemu je zvyklý.*). **Tři** respondenti uvedli **bolesti rukou, hlavy, zad a hrbení se** (Respondent 18: *Po fyzické...asi pořád jak jsem byl v tom zakouřeném prostředí...a bolely mě záda, protože jsem se u toho hrbil a ruce z toho bolely, když se to mačkalo dlouhou dobu.*). **Jeden** proband si stěžoval na **zanedbávání rehabilitace** po úraze kolena (Respondent 5: *Tak...nějakým způsobem určitě, protože jsem začal zanedbávat pravidelné kontroly, které jsem měl mít, protože jsem se vlastně v tu dobu chtěl plně věnovat sázení a zabralo by mi to ten čas, kdy jsem chtěl vsadit, tu dobu.*). Poslední negativní změna se oproti ostatním váže právě na psychické procesy probíhající v průběhu hry či sázení, ale i mimo ně. **Dvěma** respondentům se za dobu hraní/sázení výrazně zvýšil tlak (Respondent 12: *Jak mě hospitalizovali, tak jsem měl vlastně tlak 210/110. V současné době jsem bez léků.*).

Psychické dopady

Že je patologické hráčství velmi náročné na psychický stav hráčů, dokládá zjištění, že **třináct** probandů přiznalo alespoň ojedinělou **myšlenku na sebevraždu**. Překvapivě jeden z nich na předchozí dotaz, zda zažíval depresivní stavy či stavy úzkosti odpověděl záporně. Šlo o 26letého jedince, který ve velké míře užíval alkohol, pervitin, halucinogenní houby, marihuanu (v dotazníku SVF 78 škálu úniková tendence skóroval 73 body) a jak sám uvedl, šlo o dobu, kdy byl mladý. V poslední době už takové myšlenky neměl a nikdy se ani o nic nepokusil (Respondent 4: *Ne, nepokusil. Jen takový myšlenky jsem měl. Se*

mám totiž rád. Nikdy bych to neudělal.). **Tři** probandi se **jednou o sebevraždu pokusili** (graf č. 4.). Jednalo se o respondenta 9, který skóroval celkově negativní strategie 75 body (již stál na mostě a chtěl skočit dolů), respondenta 12, který skóroval negativní strategie 60 body (pokus o oběšení) a respondent 18, který negativní strategie skóroval 51 body (požití velkého množství léků).

Graf č. 4. Negativní prožívání patologických hráčů



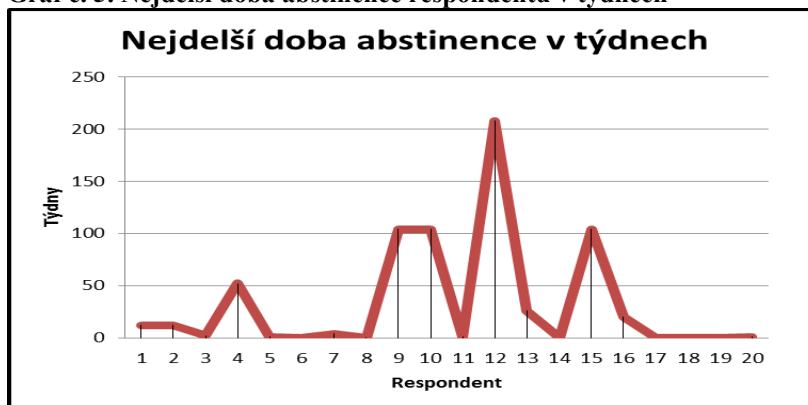
Snaha o abstinenci

Přestože je život patologických hráčů velmi náročný na psychiku a většina z nich si problémy způsobené hrou uvědomují, **pouze devět** z nich se **někdy snažilo touze po hraní odolat** (Respondent 9: *Snažil. Ale...jako i když jsem myslel na rodinu, i když jsem myslel na to, co už mi to způsobilo, tak stejně...jsem šel. Ta touha hrát byla prostě silnější, to mě prostě vždycky úplně převálcovalo.* Respondent 11: *Snažil jsem se s tím seknout. Nepodařilo se mi to nikdy. Tak týden a čus. Týden se mi to třeba podařilo, ale pak jsem si stejně vsadil, protože jsem si uvědomil, že někde dlužím atak.*). Tento nízký počet odpovídá nízkému skórování strategií *kontrola situace* (pod normou 7x) a *pozitivní sebeinstrukce* (pod normou 6x). Z devíti, kteří se snažili hře/sázení odolat skórovalo tyto dvě strategie v normě 6 respondentů, sedmý pod normou pozitivní instrukce, osmý kontrolu situace a devátý skóroval pod normou obě dvě strategie.

Ze všech respondentů pouze **pět neabstinovalo opravdu ani den** za celou dobu své hráčské kariéry. Zbylých **patnáct** probandů nehrálo či nesázelo z určitého důvodu **minimálně dva dny** (Respondent 8: *Zkoušel jsem to tehdy, když se přišlo na ty dluhy, rodiče je za mě zaplatili, já jsem šel k psychologovi. Vydržel jsem to 2 dny a vrátil jsem se k tomu znova. Protože jsem neměl žádné prostředky, musel jsem si k nim chodit půjčovat a tak. A...tak jsem si říkal, že to zase vydělám a vrátím zpátky.*) a **maximálně čtyři roky**

(Respondent 12: *No to jsem měl novou přítelkyni, ta to netolerovala nějak. To jsem nehrál i to pítí jsem zmírňoval, protože neměla ráda, když člověk páchl pivem.*) (graf č. 5).

Graf č. 5. Nejdelší doba abstinence respondentů v týdnech



6.6 Analýza získaných dat výzkumného cíle č. 3

Posledním cílem výzkumné části mé práce je popsat souvislost finanční situace hráče a zvládání stresu. Zajímalo mě, jestli hráči přednostně/prvotně využívají určitý typ finančního zdroje. Eventuálně, zda se dá vysledovat nějaký typický vzorec zadlužování.

Postupné zvyšování vkladů

Nejčastěji začínali respondenti při vkladech na drobných peněžích z vlastních zdrojů. U těchto částek však nezůstal ani jeden z nich, naopak se hodnota jejich vkladů razantně a velmi rychle zvedala, což nastiňují tabulky (tabulka č. 11. a 12.) a graf (graf č. 6.) (Respondent 3: *Hráč to nevnímá jako peníze, hráč to vnímá jako číslo, jo. Takže mně se ty peníze proměnily v čísla.*) Nejnižší rozdíl vsazených částek činí 4 900 Kč, nejvyšší 699 990 Kč. Průměrný rozdíl v rámci všech respondentů činí 69 242Kč.

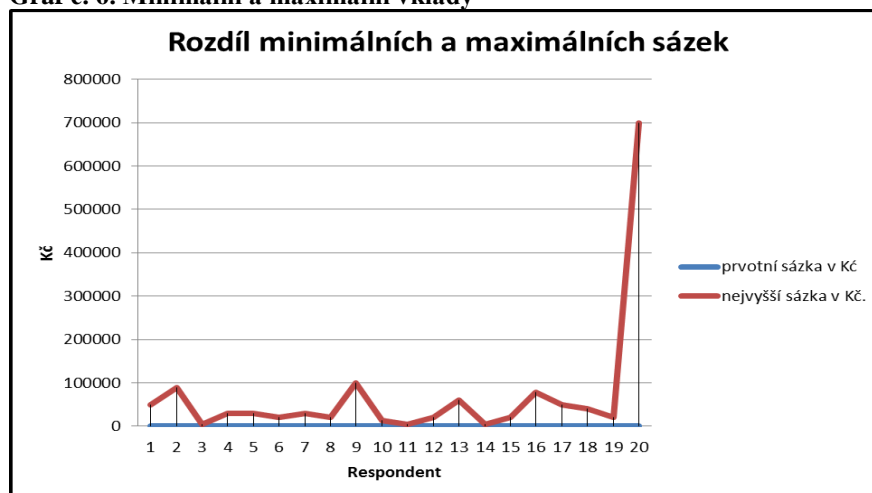
Tabulka 12. Počáteční vklad

Počáteční částka v Kč	Počet
5	1
10	2
20	12
100	3
500	1
1000	1

Tabulka 11. Nejvyšší vsazená částka

Nejvyšší částka v Kč	Počet
5 000	3
13 000	1
20 000	5
30 000	3
40 000	1
50 000	2
60 000	1
78 000	1
90 000	1
100 000	1
700 000	1

Graf č. 6. Minimální a maximální vklady



První půjčky

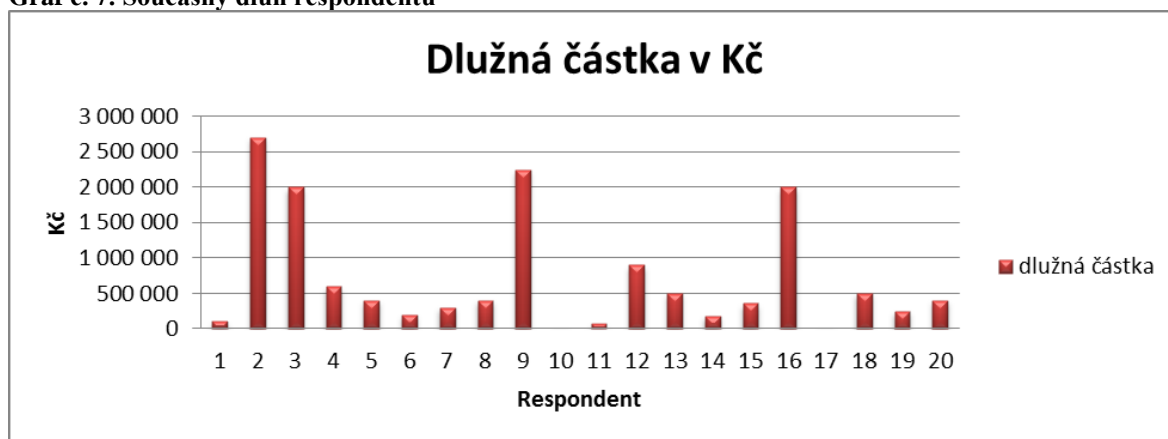
Pouze jeden z respondentů si peníze na hru **nikdy nepůjčoval**. U ostatních šlo o půjčky ze strany rodiny, přátel, bank a nebankovních společností. **Pět** respondentů si jako první půjčilo od někoho **z rodiny**, **šest od známých**, **sedm** rovnou **od banky**, **jeden** zamířil jako první do **nebankovní společnosti** (Respondent 19: *První banka, já jsem nechtěl rodinu zatěžovat. Protože jsem neměl ještě žádný dluhy, nebyl jsem v žádném registru dlužníků. Takže jsem byl čistej, tak mi nabízeli mnohem víc, mohl jsem si půjčit 80 – 100 tisíc, ale půjčil jsem si jen 50 tisíc naštěstí. Pak jsem si začal půjčovat od rodiny. To jsem de facto vycucal celou familii, dá se říct. No a pak už moc jinejch možností nebylo než ty nebankovní půjčky. Takže už jsem zkoušel, co se dalo. Různý ty internetový půjčky, ale už mi to nechtěl nikdo schválit, protože už jsem byl v těch registrech dlužníků. A nakonec to skončilo, jak to skončilo. Krádeže...*). Dá se tedy shrnout, že jedenáct respondentů využívalo k finanční pomoci někoho ze svého blízkého okolí. Jednoznačný trend převládajícího postupného způsobu půjčování si financí na hru/sázky v rámci mého výzkumného souboru nebylo možné vysledovat.

Momentální dlužná částka

Zajímalo mě také, jak moc jsou hráči ochotni se zadlužit. Takováto informace ale není prakticky přesně zpětně zjistitelná. Hráči prohrávají své finance a rodinné úspory, půjčují si, něco vyhrají a splatí a zbytek znovu prohrají a opět si půjčí. Prakticky nikdo z respondentů neměl představu o množství peněz, které prohrál přesněji než na deseti či

statisíce. Proto jsem se ptala alespoň na momentální dlužnou částku, která sice nevypovídá o celkovém prohraném obnosu, ale přece jenom je možné si na jejím základě vytvořit představu, v jakém rozsahu jedinec hazardoval. Rozpětí dluhů v rámci respondentů naznačuje graf (graf č. 7.).

Graf č. 7. Současný dluh respondentů



Jediní **dva** respondenti byli v době rozhovoru **bez dluhů**. Jeden z nich si nikdy ani nepůjčoval a druhý dokázal vše před nástupem do léčby splatit (Respondent 10: *Já mám nějaké dluhy, ale to mám ještě z první léčby. Když jsem se léčil jako narkoman. Nemám dluhy ze hry. To jsem všechno zaplatil a všechno vyrovnal.*). Další **dva** respondenty dovedl nedostatek financí k **insolvenci**, v grafu je zavedena částka, na kterou byla insolvence vypsána (Respondent 13: *Ted' než jsem sem nastoupil, tak soud mi schválil insolveni. Protože já jsem si o tu insolveni musel zažádat, protože já bych měl splátky 10 – 15 tisíc měsíčně a to se mi prostě nechtělo splácet. Tak když jsem si to všechno vypočítal, tak insolvence byla úplně pro mě to nejlepší, co mě mohlo potkat.*). Citovaný respondent 13 skóroval strategii *rezignace* pod normou (T-skór 39), což odpovídá jeho přístupu k dluhu. **Nejvyšší dlužná částka** dosahuje enormních **2 702 000 Kč**.

Nezákonné získávání financí

Jelikož po několika půjčkách již není tak snadné získat další, někteří hráči se uchylují k získávání peněz nezákonným způsobem. Setkala jsem se i s takovými, pro které byl tento způsob obohacování se primárním. V mém výzkumném vzorku se **třináct** léčených hráčů přiznalo k **nezákonnému získávání peněz** na hru/sázení. Z toho se v **pěti** případech jednalo o **zpronevěru v zaměstnání**, **jednou** ve sportovním oddíle, o **sedm krádeží peněz nebo cenností v rodině**, v jednom případě šlo o **krádeže sběrných**

surovin a jednou dokonce o **loupežné přepadení** (Respondent 4: *Kradl jsem železo, našim jsem kradl zlato, peníze. Pak jsem udělal loupežné přepadení. A tak různě. Půjčoval si od bank nebo nebankovních společností.*)³. Z těchto třinácti probandů jednajících protizákonně skórovalo celkově nadnormově negativní strategie pouze pět respondentů.

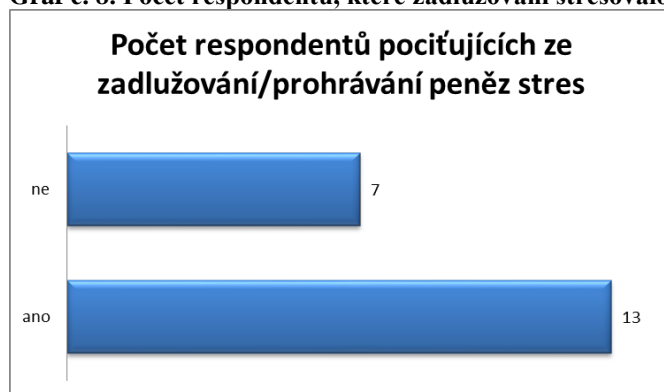
Klíčová otázka tohoto cíle ale zní, jestli a jak se zadlužování projevovalo na respondentech.

Vliv zadlužování na prožívání

Sedm účastníků mého výzkumu nepociťovalo **žádné napětí** z postupného zadlužování. (Respondent 19: *Hmmm ani ne abych řekl pravdu. Docela magor jsem na to byl. Mi to bylo celkem jedno.* Respondent 6: *Ne. Jakože byl jsem si toho vědom, že mi naskáčou dluhy, toho jsem si byl vědom. Ale že bych třeba nespal, tak to ne.*).

Zbýlých **třináct respondentů zadlužování ovlivňovalo s různou intenzitou a projevy**. Jednalo se nejčastěji o popisované stavy **úzkosti**, neustále se **vracející myšlenky** na finanční situaci, **uzavření se do sebe** nebo naopak **podrážděnost** a **přehnané reakce_k okolí**, **poruchy spánku**, **nesoustředěnost** aj. (Respondent 12: *No tak přišel jsem tady s abnormálně vysokým tlakem. To lhaní, nervozita. Spal jsem dobře jenom díky alkoholu.* Respondent 20: *Tak poslední dobou to byly depresivní stavy. Určitě stres, nervozita, nespavost. Celkově psychické i fyzické vyčerpání ke konci už.*) (graf č. 8.).

Graf č. 8. Počet respondentů, které zadlužování stresovalo



³ Někteří respondenti spadají pod více kategorií zároveň.

7 DISKUZE

V této kapitole bych se ráda kriticky zamyslela nad jednotlivými částmi práce. Obsah **teoretické části** vychází z názvu práce „Strategie zvládnání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů“. Obsahuje tedy kapitoly objasňující problematiku patologického hráčství, stresu a s ním spojeného copingu. Myslím si, že práce obsahuje všechny důležité informace pro získání základního přehledu a následného porozumění dat získaných ve výzkumné části. Na pomezí teoretické a výzkumné části jsem vložila kapitolu zabývající se výzkumy zaměřenými na obdobnou problematiku, jejichž data budu, mimo jiné, porovnávat se svými.

V úvodu do **výzkumné části** popisují, čím se výzkum bude zabývat a podávám zde tři základní výzkumné problémy, kterým náleží tři výzkumné otázky. Jejich rozbořem se budu zabývat níže.

Výzkumný soubor tvořilo dvacet respondentů PNO, stanice 16. Kritérii výběru byla ústavní léčba a diagnóza F63.0. Jednalo se o devatenáct mužů a jednu ženu. Průměrný věk respondentů dosahoval 34,5 let, což koresponduje s celorepublikovým trendem patologických hráčů v pobytové léčbě (Mravčík et al., 2015a; Nechanská, 2013). Původně jsem zamýšlela získat pro svou práci deset mužů a deset žen a výsledky porovnat i genderově. Toto ale nebylo možné z důvodu nízkého počtu léčených patologických hráček, což koresponduje se zjištěními jiných autorů (Mravčík et al., 2015b; Nechanská, 2013). Po celou dobu průběhu výzkumu byla v léčbě pouze tato jedna respondentka.

Celkem tři respondenti byli v průběhu získávání dat z léčby propuštěni za porušení řádu a dobrovolně odstoupil jeden respondent po vyplnění dotazníku. Po příchodu dalších pacientů byli všichni čtyři nahrazeni, takže počet respondentů zůstal nezměněn. Vždy před mým příjezdem na oddělení pacienty o mém výzkumu informovala tamní psychologka. Snažila se je dopředu namotivovat k účasti, což považuji za velký přínos, jelikož jak jsem zmínila výše, za celou dobu odstoupil pouze jeden respondent. Získávání dat bylo náročné především časově z důvodu dojíždění, ale především z důvodu režimového programu oddělení a zmíněné nutnosti dodatečného nahrazování respondentů. Průměrně jsem za jednu návštěvu stihla pouze dva rozhovory, které trvaly okolo 30 minut. Samotný kontakt s respondenty byl bez problémů, naopak jsem byla překvapena jejich aktivitou a ochotou. Rozhovory i vyplňování dotazníku absolvovali probandi ve svém volném čase v prostorách budovy stanice 16. Aktivní přístup respondentů si vysvětluji právě režimovým programem

a celkově ústavní léčbou. Příchod někoho „z venku“ a drobná změna programu pro ně byla nejspíš zajímavou událostí v jinak poměrně striktním a neměnném chodu oddělení. Další vysvětlení se nabízí z pohledu převažujícího pohlaví respondentů a mě jako studentky - ženy, což mohu prezentovat na výroku respondenta 15 v odpovědi na otázku: *Jak se cítíte nyní? „Ted’ dobře. Ve vaší společnosti. Radši budu vykládat tady s váma než tam venku s feťákama (řeceno s úsměvem a nadsázkou)“*.

Jako adekvátní k účelu mého výzkumu jsem zvolila smíšený **design**, hlavní **metodou** získávání dat bylo semistrukturované interview. Domnívám se, že tato metoda byla nejvhodnější zejména pro získání dat k druhému a třetímu výzkumnému cíli. Pro zjištění strategií zvládání a tedy zodpovězení prvního výzkumného cíle, jsem rozhovory doplnila o dotazník SVF78. Respondenti tento dotazník vyplňovali skupinově nebo samostatně. Při individuálních rozhovorech měli někteří probandi k dotazníku námítky ve smyslu opakování výroků a jejich velké obecnosti. Výsledky dotazníků ale kvalitně naznačují výběr strategií jednotlivých respondentů.

Etická pravidla výzkumu byla dodržena. Všem respondentům jsem při prvním kontaktu zdůraznila dobrovolnost, anonymitu a možnost kdykoliv a bez udání důvodu od výzkumu odstoupit. Tyto informace jsem podpořila nabídnutím písemného informovaného souhlasu. Před začátkem rozhovoru byli respondenti upozorněni na jeho nahrávání na diktafon. Tyto nahrávky byly okamžitě po přepsání smazány. Možnost odstoupit od výzkumu využil jeden participant.

Pro zvýšení **motivace** a zároveň jako poděkování za účast na výzkumu obdrželi respondenti s dotazníkem propisovací tužku, kterou rádi přijali a na závěr rozhovoru drobnou sladkou odměnu podle vlastního výběru.

Prvním cílem výzkumu bylo zmapovat, jaké jsou strategie zvládání stresu u patologických hráčů. Pro získání dat byl použit již zmiňovaný dotazník SVF78. Celkově u respondentů jednoznačně převládají negativní strategie nad pozitivními. Nejvíce využívanými negativními strategiemi jsou rezignace, úniková tendence a sebeobviňování. Tyto výsledky korespondují s výzkumy zaměřenými na zkoumání strategií zvládání stresu u jedinců léčících se z různých závislostí (Kutřínová, 2008; Machová, 2011) a ve dvou strategiích (úniková tendence a rezignace) se shoduje i s výzkumem Horové (2014). Přestože jsou zmiňované výzkumy pouze součástí diplomových prací, a tím pádem nemohou zaručit reprezentativnost výsledků (z důvodu malého počtu výzkumného

souboru, omezené oblasti zkoumání a dalších důvodů vyplývajících z konkrétních prací), troufám si nepovažovat shodu v těchto výsledcích za náhodnou. Jedinci s diagnózou jakékoli závislosti tedy nejsou schopni zvládat zátěžové situace proaktivně. Respondenti se uchylují k výčitkám vůči vlastní osobě, ale nejsou schopni tuto tenzi využít ke zvrácení zátěžové situace. Namísto toho zcela rezignují na řešení problému a spoléhají na náhodu či štěstí, což souvisí s kognitivními omyly, které jsou u hráčů popisovány. Nebo naopak volí aktivity, které jim s problémem nepomohou, pouze odsunou jeho řešení na pozdější dobu.

Celkově nejméně využívané jsou strategie kontrola situace a pozitivní sebeinstrukce. Často velmi nízce skórována strategie kontrola situace koresponduje s vysoce skórovanou rezignací. Z tohoto opět vyplývá, že respondenti nejsou schopni aktivně se nad situací zamyslet, naplánovat postup řešení a ten poté realizovat. Tak jako strategie pozitivní sebeinstrukce je v přímém rozporu se strategií sebeobviňování. Respondenti se necítí kompetentně k řešení situace, chybí jim odvaha a schopnost se nevzdávat.

K výsledkům prvního výzkumného cíle lze shrnout, že participanti nadměrně využívají negativních strategií zvládnání stresu. Oproti tomu velmi málo využívají strategie pozitivní. K tomuto faktu by se mělo přihlížet při léčbě patologického hraní a je nutné na jejich změně pracovat. Neschopnost efektivního používání zvládacích strategií považuji za základní problém, jelikož jakákoliv následná tenze po návratu z léčby bude opět řešena některou ze zažitých negativních strategií, čímž by se jedinec vystavoval recidivě. Toto potvrzuje i Friedland et al.(1992), jak jsem uváděla již v teoretické části. Stres plodí především chování zaměřené na emoce, hráči se snaží pocit sebekontroly získat zpátky, ale paradoxně se chovají maladaptivně až iracionálně.

Dalším výzkumným cílem bylo popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a prožíváním a zvládnáním stresu. Úplně první zkušenost s hrou/sázením zažila většina respondentů s kamarády, tři respondenti s otcem a jediní dva si hru zkusili poprvé samostatně. Počátky hraní/sázení se tedy dají považovat za společenskou aktivitu. Tento fakt podtrhává zjištění, že motivací ke hře/sázce byla touha po nové zkušenosti, znalosti a zájem o sport, zábava s přáteli, a vidina snadné výhry. Tyto informace korespondují se zjištěními Lama (2007) a Miyazakiho, Landgenderfera & Sprotta (1999). Jelikož je ale časté hraní/sázení velmi finančně náročné, u většiny respondentů se radost ze hry záhy vystřídala se stresem. V případě prohry na sobě vnímali stres všichni probandi. Zde vyvstává otázka, proč nepřestanou hrát, když z toho mají finanční, psychické a další

problémy. Odpověď opět nabízí kognitivní omyly, snaha získat zpět prohrané finance a craving, který zde působí tak jako u jiných závislostí. Nutkání ke hře je zdrojem dalších nepříjemných pocitů a také jimi může být vyvolán. Jakékoliv prožitky, které jsou subjektivně vnímané jako zatěžující, mohou vést k bažení a následné recidivě (Elman et al., 2010). Sodano & Wulfert (2010) zjistili dokonce, že u patologických hráčů se může stát spouštěčem hazardního hraní úplně jakákoliv vzrušující událost.

Na dotaz, jestli a popřípadě jaké aktivity proti negativním pocitům z prohrávání peněz podnikali, odpovědělo pouze sedm probandů kladně. Mezi vyjmenované aktivity patřila televize, sport, kamarádi, marihuana, meditace, procházky v přírodě, alkohol, snaha na nic nemyslet a další sázení. Zde by se dalo polemizovat, jestli tyto aktivity označit jako náhradní uspokojení a odklon (pozitivní strategie) nebo rezignaci a únikové tendence (negativní strategie). Jelikož ale ani jedna z vyjmenovaných aktivit nevedla ani v nejmenším k následnému řešení situace či zlepšení psychického stavu, přikláním se k negativním strategiím.

Ze získaných dat dále vyplynulo, že v situaci nemožnosti si zahrát/sázet pocitují probandi ve většině nepříjemné pocity, což je v souladu s jinými zjištěními (Nešpor, 2011; Fišer & Škoda, 2009). Mezi nejčastěji popisovanými pocity byly nervozita a vracející se myšlenky na hru. Perseverace celkově sužovala nadnormálně šest respondentů.

Všechny tyto a další aspekty vedly u třinácti probandů k sebevražedným myšlenkám, což odpovídá vyjádření Mravčíka, Nechanské, Roznerové, Chomynové & Leštinové (2015c); Verosty (2011), Nešpora (2003), Vacka (n.d.), že sebevražedné myšlenky a pokusy jsou u patologických hráčů časté. Sebevražedný pokus přiznali tři participanti. Zde bych se chtěla ještě pozastavit nad tím, že třináct respondentů pomýšlelo na sebevraždu (a tři se o ni pokusili), ale pouze devět probandů se za celou dobu své hráčské kariéry vědomě pokusilo odolat puzení ke hře/sázce. Je až nepředstavitelné, že patologický hráč raději přemýšlí o ukončení vlastního života než o pokusu hru/sázení si odříct nebo nastoupit ústavní léčbu.

Patologické hráčství se často pojí s psychiatrickými komorbiditami. Griffiths (2013) uvádí především depresi, alkoholismus a obsedantně kompulzivní poruchy chování. U mých respondentů se komorbidní poruchy objevily také. V deseti případech se projevila závislost na cigaretách, v jednom případě na alkoholu a cigaretách, v jednom případě na cigaretách a pervitinu, přičemž tento respondent se zároveň léčí se schizofrenií a jeden

respondent přiznal komorbidní závislost na alkoholu, cigaretách a pervitinu. Z dalších psychických poruch se projevíly často popisované stavy úzkosti a deprese. S depresí jako komorbidní poruchou se léčili dva respondenti. Jeden z nich zároveň i se závislostí na alkoholu (dřívější dvě léčby). Výsledky jsou v souladu se zjištěními Lorainse, Cowlishawa & Thomase (2011), že u patologických hráčů jsou často přítomny závislost na tabáku, závislost na alkoholu, ale i nealkoholových drogách, poruchy nálady a úzkostné poruchy.

Williams et al. (2014) popisuje vliv dědičnosti na pozdější rozvoj závislosti. V rámci mého výzkumného souboru se určitá psychická porucha projevila v rodinné anamnéze jedenácti probandů, z toho se v osmi případech jednalo o určitý druh závislosti a dalších pět rodinných příslušníků trpělo depresí, sebepoškozováním či sociální fobií. Že souvisí vznik a rozvoj patologické hraní s vlivem okolí dokládá i výpověď dvou respondentů, že sice nesou zodpovědnost za svou situaci sami, ale poznamenávají, že je negativně ovlivnilo jejich sociální prostředí. A dále jeden respondent uvedl, že si za to může asi on, že vyhledal pozdě odbornou pomoc. Na myslí ale neměl pomoc s hraním, nýbrž s řešením rozvodového řízení s nyní již bývalou manželkou.

Jak je vidět, negativní prožívání sužuje patologické hráče v průběhu celé hráčské kariéry, k jejich příčině se řadí především finanční ztráty při hře/sázení. Ve chvíli, kdy se u patologického hráče rozvine ještě komorbidní úzkostná nebo afektivní porucha, popřípadě má k tomu i dědičné sklony, velmi často vede jedince k náhledu na svou situaci jako bezvýchodnou, což má za následek sebevražedné myšlenky nebo i pokus. Proto je velmi důležité v průběhu léčby vést pacienta k aktivnímu řešení finanční stránky (o které se zmíním ještě níže), léčit zároveň se závislostí i ostatní poruchy a vést pacienta k náhledu, že situace je sice velmi náročná a vyžaduje obrovské úsilí, přesto je řešitelná. Léčený patologický hráč si musí uvědomit, že pokud se k hraní/sázení již nevrátí, jeho situace už bude pouze lepší.

Posledním výzkumným cílem je popsat souvislost finanční situace patologických hráčů a zvládání stresu. Jak jsem již uvedla výše, špatná finanční situace byla pro respondenty velmi zatěžujícím faktorem. Přesto již od počátku všichni probandi rapidně zvyšovali své vklady. Pouze dva participanti nebyli v době léčby zadluženi v souvislosti s hraním/sázením (jeden si nikdy nepůjčoval a druhý vše stihl splatit) a další dva respondenti byli nuceni nechat na sebe vyhlásit insolvenční řízení. Nejvyšší dlužná částka se vyšplhala téměř ke třem milionům korun. Všech devatenáct probandů nejprve hrálo/sázelo za peníze vydělané či darované, později utrácelo rodinné úspory a nakonec došlo na

půjčky. V mém výzkumném souboru se nedalo vysledovat jediný převažující trend postupného půjčování si. Mohu zmínit alespoň zdroj první půjčky. Jedenáct respondentů nejprve využilo možnosti rodinných příslušníků a svého blízkého okolí, sedm si hned od začátku půjčovalo od banky a jeden od nebankovní společnosti.

Zadluženost patologických hráčů je významným motivem sebevražd, ale také kriminality (Drbohlavová, Špolc, Leštinová, Grohmannová & Mravčík, 2015). Třináct respondentů získávalo finance na hru/sázení nezákonným způsobem. Přesto všechno sedm respondentů uvedlo, že ze zadlužování (v případě jedince, který si peníze nepůjčoval, tak utrácení veškerých peněz) stres nepociťovali. Ti, kteří své prohlubující se dluhy prožívali negativně, popisovali stavy jako úzkost, neustále se vracející myšlenky na peníze, podrážděnost, uzavřenost a další. Ovšem nedá mi to nevrátit se k tomu, že sedm respondentů zadlužování nijak negativně neprožívalo. V rámci rozhovoru jsem se dotazovala i na to, zda se v jejich životě vyskytly stresové situace, které neměly spojitost s hraním/sázením a osm probandů uvedlo, že ne. Jeden z nich si dokonce nebyl schopen vzpomenout na jakoukoli zátěžovou situaci, kterou prožil a ohodnotit na škále 1-10 intenzitu emocí, které ji provázely. V těchto souvislostech mě napadá, zda tuto neschopnost nezapříčiňuje alexithymie. Tento fenomén Procházka (2009) definuje jednoduše jako „beze slov pro pocity“. Přítomnost alexithymie u patologických hráčů je v souladu s jinými výzkumy (Toneatto, Lecce & Bagby, 2009). Kromě tohoto fenoménu se v rámci této práce několikrát setkávám s tím, že jedinec sice své pocity popisuje, ale v průběhu rozhovoru si jeho odpovědi do značné míry odporují nebo jsou v kontrastu s výsledky dotazníku SVF78. Toto považuji za projev nedostatečné schopnosti introspekce, čímž se opět dostávám k přesvědčení, že patologické hráče je nutné vést k odhalování a zvědomění vlastních emocí.

Jak jsem již uvedla výše, při léčbě (ale také prevenci) patologických hráčů je potřeba myslet i na okolnosti jako jsou dluhy a vést pacienty k jejich řešení již v průběhu léčby. Pokud by to tak nebylo, je velká pravděpodobnost, že po odchodu z léčby budou recidivovat. Nezbytné je zaměřovat se na témata zvládnání stresu, jelikož negativní emoce a stresující události se řadí mezi hlavní spouštěče patologického hraní (Ferris et al., 1999, in Raylu & Oei, 2002). A v neposlední řadě je důležité zaměřit se také na prožívání jedince. Nežádoucí situace a s nimi spojený stres jsou v životě člověka bohužel všudypřítomné a proto je nezbytné naučit se s ním pracovat.

8 ZÁVĚR

V rámci výzkumné části této práce jsem se snažila zodpovědět tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jaké jsou strategie zvládnání stresu u patologických hráčů. Data jsem získala pomocí dotazníku SVF 78. Z výsledků vyplynulo, že respondenti jednoznačně volí častěji negativní strategie zvládnání. Průměrný T-skór negativních strategií byl 62,2, zatímco u pozitivních strategií byl pouze 49,95. Mezi negativní strategie se řadí odmítání viny, úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Z těchto 5 byly absolutně nejčastěji (i celkově ze všech 13 strategií) vysoce skórovány úniková tendence, rezignace a sebeobviňování s T-skóry: úniková tendence 63,05; rezignace 60,85; sebeobviňování 58,7. Jak je vidět i průměrná hodnota je u dvou z těchto strategií nad normou (norma T-skóru je 50, standardní odchylka 10).

Mezi nejčastěji užívané pozitivní strategie se řadí náhradní uspokojení, odklon, podhodnocení a kontrola reakcí. Mezi jmenovanými je ovšem znatelný rozdíl. Tyto pozitivní strategie měly průměrné T-skóry: náhradní uspokojení 54,85; odklon 53,8; podhodnocení 50 a kontrola reakcí 49,4.

Dotazník obsahuje dvě strategie, které je třeba posuzovat individuálně, jelikož mohou být chápány jako pozitivní i negativní. Jde o strategie vyhýbání se a potřeba sociální opory. S ohledem na výzkumný soubor a informace zjištěné rozhovorem obě dvě strategie v tomto případě hodnotím jako negativní. Byly dosaženy průměrné T-skóry: vyhýbání se 54,5 a potřeba sociální opory 47,75.

Celkově nejméně využívanými strategiemi jsou u respondentů pozitivní sebeinstrukce a kontrola situace. Obě dvě tyto strategie se řadí mezi pozitivní, jejich průměrné T-skóry dosahovaly pouhých 43,55 a 43,05.

Zpracování druhého a třetího cíle probíhalo pouze kvalitativně za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Druhým výzkumným cílem bylo popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a zvládnáním stresu. Z výpovědí probandů vyplynulo, že začátky jejich hráčské kariéry byly spojeny s prožíváním kladných pocitů. Jejich první zkušenost byla totiž motivována v sedmi případech snahou o získání nové zkušenosti, v sedmi případech zájmem o sport (zde se jednalo o kurzové sázkaře), ve třech případech vidinou snadné výhry, ve dvou případech zábavou s přáteli a v jednom případě o snahu uniknout nudě.

Postupem času ale začalo čtrnáct probandů pociťovat stres již při samotné hře. Zbylých šest probandů popisovalo pokračující pocity adrenalinu, euforie a celkově dobrý pocit ze hry. Ve chvíli, kdy respondenti při hře/sázení přicházeli o peníze, pociťovali stres ale úplně všichni. Avšak pouze sedm z nich se těmto pocitům snažilo nějakým způsobem zabránit. Mezi popisované aktivity se řadily sledování televize a filmů, sport, kamarádi, užívání marihuany, meditace, domácí práce, procházky v přírodě, alkohol, ale také další sázení nebo snaha na nic nemyslet.

Tímto ale příčiny negativních prožitků nekončily. Dalším důvodem, proč se čtrnáct participantů cítilo velmi zle, byly situace, kdy neměli ke hře/sázkám přístup. Tito participanté zažívali dle svých slov nervozitu, neustálé myšlenky na hru, snažili se jakýmkoliv způsobem získat k požadované aktivitě přístup. U dvou respondentů nemožnost hry/sázky nikdy nenastala, dalším dvěma nemožnost si zahrát/sázet nepříjemné pocity nevznikaly a jeden respondent hrál vždy pouze pod vlivem alkoholu, takže v době střízlivosti také nepříjemné bažení nezakoušel. Poslední respondent nemožnost si zahrát řešil kouřením marihuany, po níž mu bylo dobře.

Mezi fyzické důsledky prožívání patologických hráčů patří zvýšení tlaku, což se projevilo u dvou z respondentů, nikdo další jiné následky neuvedl. O to horší ovšem je statistika psychických dopadů na hráče. Třináct respondentů uvedlo sebevražedné myšlenky a tři z těchto i suicidální pokus.

Přestože je na první pohled jasné, že respondenti museli prožívat nepředstavitelné stavy, pouze devět z nich se někdy v průběhu své hráčské kariéry snažilo vědomě touze po hraní odolat. Někteří respondenti k tomu byli přinuceni okolnostmi, proto v konečném výsledku minimálně dva dny a maximálně 4 roky abstinovalo patnáct respondentů.

Třetím a posledním cílem bylo popsat souvislost finanční situace hráče a zvládnutí stresu. Ani jeden respondent v průběhu hráčské kariéry nezůstal u hodnoty prvotních vkladů. Naopak, částka se velmi rychle a rapidně u všech probandů zvyšovala. Nejnižší rozdíl od prvního po nejvyšší vklad činil 4900Kč, nejvyšší enormních 699 990Kč. Je tedy jasné, že hraní/sázení je velmi finančně náročné. Participanté nejprve hráli/sázeli s vydělanými financemi, později sáhli do úspor, až si nakonec museli půjčit, což postihlo všechny kromě jediného respondenta. Jednoznačný trend postupného půjčování si financí na hru/sázky v rámci mého výzkumného souboru nebylo možné vysledovat. Přesto mohu alespoň uvést, že jedenáct respondentů využívalo k finanční pomoci někoho ze svého blízkého okolí. První půjčku realizovalo pět respondentů v rodinném kruhu, šest si půjčilo

od přátel, sedm od banky a jeden respondent využil jako první nabídku nebankovní společnosti. Jediní dva respondenti byli v době ústavní léčby bez dluhů. Nejvyšší dlužná částka jednoho z respondentů činila 2 702 000 Kč.

Postupné zadlužování bylo dalším zdrojem napětí pro patologické hráče. Sedm hráčů toto tvrzení nepotvrdilo. Zbýlých třináct ale popisovalo pocity úzkosti, vracející se myšlenky na finanční situaci, uzavření se do sebe, podrážděnost, přehnané reakce k okolí, nesoustředěnost a poruchy spánku. Opět třináct probandů (avšak ne vždy se jednalo o stejné jedince, kteří zadlužování prožívali negativně) přiznalo nezákonné získávání financí ke hře/sázení. Jednalo se například o zpronevěru v zaměstnání, krádeže v rodině, krádeže sběrných surovin, v nejhorším případě o loupežné přepadení.

SOUHRN

Diplomová práce se tradičně člení na část teoretickou a výzkumnou. Práci jsem uvedla vysvětlením důvodů výběru tématu zvládání stresu u patologických hráčů, který jsem podpořila popisem vlastní zkušenosti s danou problematikou.

Teoretická část má 5 hlavních kapitol. První kapitolou je *patologické hráčství*. Zabývám se zde zařazením a definicí pojmu patologického hráčství, přičemž vycházím z definice MKN-10, že jde o „*poruchu, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných.*“ (MKN-10, 2008, 237). Diagnostická kritéria uvádím podle DSM-V, jelikož jsou propracovanější než MKN-10. Zmiňuji také často používanou diagnostickou metodu Lie/Bet Screen. Dále popisuji fáze a rizikové faktory rozvoje hráčství. Důležitou podkapitolou je zde *patologické hraní v ČR*, ve které nastiňuji situaci v České republice za poslední tři roky.

Druhá kapitola nese název *specifika patologického hráčství*. V této kapitole porovnávám patologické hráčství s jinými látkovými závislostmi, přičemž vycházím opět z definice syndromu závislosti MKN-10, podle které je to „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav*“ (MKN-10, 2008, 198). Dále zde uvádím rizikové skupiny patologického hraní a kognitivní omyly hráčů. Závěrem této kapitoly je problematika léčby patologického hraní obecně i konkrétně v České republice včetně stručného zaměření na množství léčených patologických hráčů u nás v letech 2006-2012.

Třetí kapitola otevírá druhý tematický celek této teoretické části, a to *stres*. Opět začínám zařazením pojmu a jeho různými definicemi, včetně jeho dělení. V další části této kapitoly se věnuji fyziologické (Cannon), biologické (Seley) a kognitivní (Lazarus, Folkmanová) teorii stresu. Jako poslední zde zmiňuji příznaky stresu a obranné mechanismy.

Následuje velmi důležitá kapitola, která nese název *zvládání stresu*, kde rozlišuji pojmy adaptace, coping, copingové strategie a styly v pojetí různých autorů. Načež navazuji popisem osobnostních charakteristik napomáhajících při zvládání stresových

situací. Mezi tyto charakteristiky patří například odolnost, sense of coherence, hardiness, locus of control a self-efficacy.

Poslední kapitolou, uzavírající teoretickou část a volně navazující na část výzkumnou je *patologické hráčství a stres*. V této kapitole jsem se zaměřila na výzkumy a studie týkající se především patologického hraní ve spojitosti se stresem a jejich negativními emocemi či důsledky. Tato kapitola je vhodná pro představu o tom, jakým směrem se výzkumy této problematiky ubírají, a podává stručný náhled na vliv patologického hraní na prožívání jedince. Některá data z této kapitoly jsem využila v diskuzi k porovnání s vlastními zjištěními.

Výzkumná část této práce začíná představením výzkumných cílů a výzkumných otázek. Výzkumnými cíli jsou zmapovat, jaké jsou strategie zvládání stresu u patologických hráčů, popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a zvládáním stresu a popsat souvislost finanční situace hráče a zvládání stresu. K nim jsem přiřadila výzkumné otázky: Jaké jsou strategie zvládání stresu, které hráči využívají? Jak stres a jeho zvládání ovlivnila hráčská kariéra? Jaké mělo zadlužování vliv na prožívání stresu?

Výběrový soubor tvořilo 20 respondentů, 19 mužů a 1 žena, hospitalizovaných pro patologické hráčství, získaný na základě účelového výběru přes instituci (Miovský, 2006). Konkrétně šlo o pacienty Psychiatrické nemocnice v Opavě, stanice 16. Průměrný věk respondentů byl 34,5 roku. Jednalo se jak o hráče na automatech, tak o kurzové sázkaře. K pohlaví, fázi léčby ani typu hry ale nebylo při zpracování dat nijak přihlíženo. Jednalo se o účelový výběr instituce, ve které probíhá specializovaná léčba patologického hráčství. Kritérii pro výzkum byla hospitalizace na oddělení 16 a diagnóza F63.0.

Výzkum má smíšený design. Pro získávání dat jsem jako hlavní výzkumnou metodu zvolila semistrukturované interview, pro plnohodnotné zodpovězení prvního výzkumného cíle jsem do výzkumu zařadila standardizovaný dotazník Strategie zvládání stresu SVF78. Administrace dotazníku i individuální rozhovory probíhaly v budově stanice 16 Psychiatrické nemocnice v Opavě. Základní etické zásady výzkumu jako nabídnutý písemný informovaný souhlas, ochrana osobních údajů, mlčenlivost aj. byly dodrženy. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, provedla transkripci, redukci první řádu, editorování a barvení textu. Po přepsání jsem rozhovory okamžitě smazala. Z dílčích postupů kvalitativní analýzy jsem použila metodu vytváření trsů a metodu kontrastů

a srovnání (Miovský, 2006). Statistické a grafické zpracování jsem provedla v programu Microsoft Excel 2010.

Z výsledků analýzy získaných dat prvního výzkumného problému (zmapovat, jaké jsou strategie zvládnání stresu u patologických hráčů) vyplývá, že patologičtí hráči v mém výzkumném vzorku jednoznačně dávají přednost negativním strategiím zvládnání. Převládají především strategie rezignace, úniková tendence a sebeobviňování. Mezi negativní strategie řadím i vyhýbání se a potřeba sociální opory, přestože mohou být chápány také jako pozitivní. Mezi nejčastěji volené pozitivní strategie patřily náhradní uspokojení a odklon. Celkově nejméně využívanými strategiemi jsou pozitivní sebeinstrukce a kontrola situace. Obě tyto strategie patří k pozitivním.

K získání informací pro zodpovězení druhého a třetího výzkumného problému jsem použila metodu polostrukturovaného dotazníku. Z analýzy dat okruhu otázek týkajících se druhého výzkumného problému, (popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a zvládnáním stresu) vyplynulo, že všichni respondenti měli k první zkušenosti s hrou/sázkou jinou motivaci, především šlo o získání nové zkušenosti, potřebu ověření vlastních znalostí v oblasti sportu, vidinu výhry a další. Důležitějším zjištěním ovšem je, že zpočátku hráčské kariéry všechny respondenty pojily pouze kladné emoce ze hry. Ty se ovšem časem proměnily u třinácti respondentů ve stres již při samotné hře. V situaci prohry určitého množství peněz uvedli prožívání stresu všichni probandi. Pouze sedm z nich se těmto záporným emocím snažilo zabránit. Mezi aktivity, které k tomu využívali, patřily například filmy, sport, přátelé, kouření marihuany, alkohol a jiné.

Pro čtrnáct participantů byla dalším zdrojem negativních pocitů situace, kdy neměli přístup ke hře/sázení. Mezi nejčastěji zmiňované negativní pocity patřily nervozita a neustálé myšlenky na hru. Nejzřetelnějším důkazem o psychické náročnosti stavů, do kterých patologičtí hráči mohou dostat je zjištění, že třináct probandů pomýšlelo na sebevraždu a tři z nich se o ni i pokusilo. Je až nepochopitelné, že pouze devět respondentů se někdy v průběhu své hráčské kariéry snažilo touhu po hře/sázení vědomě potlačit.

V rámci analýzy třetího výzkumného cíle (popsat souvislost finanční situace hráče a zvládnání stresu) vyplynulo, že ani jeden hráč nezůstal ani u přibližně podobných hodnot prvotních vkladů. Naopak se vsazené částky velmi rychle a razantně zvyšovaly. Z tohoto důvodu postupně utráceli peníze vydělané, naspořené a nakonec půjčené. Žádnou půjčku si nevzal pouze jeden jediný respondent. Jednoznačný trend postupného půjčování si v rámci

těchto respondentů nešlo zachytit. Ovšem dá se shrnout, že jedenáct participantů využilo k finanční pomoci někoho z rodiny či svého blízkého okolí.

Postupné zadlužování bylo stresujícím faktorem pro třináct probandů. Popisovali pocity jako úzkost, vracející se myšlenky na finanční situaci, uzavření se do sebe, podrážděnost, nesoustředěnost a další. Kromě půjček využívali respondenti k získání financí na hru/sázky také nezákonné cesty, jako zpronevěru v zaměstnání, krádeže v rodině, krádeže sběrných surovin, dokonce i loupežné přepadení. Nezákonným způsobem jednalo také třináct respondentů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Retrieved from: <http://www.terapiacognitiva.eu/cpc/articoli/dsm-5-manuali>
- Balaščíková, V. & Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání*. 9(2). Psychologický ústav Brno: Akademie věd České republiky.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in Changing Societies*. UK: Cambridge University Press.
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In J. Výrost, I. Slaměník. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada
- Buck, T. & Sales, A. (2000). *Related Addictive Disorders*. (ERIC Document Reproduction Service No.ED440345)
- Centrum protidrogové prevence a terapie. (2011). *Program následné péče*. Retrieved from: <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/program-nasledne-pece>
- Drbohlavová, B., Špolc, M., Leštinová, T. Z., Grohmannová, K. & Mravčík, K. (2015). Socioekonomické souvislosti hazardního hraní. *Adiktologie*, 15(4), 376-386)
- Elman, I., Tschibelu, E. & Borsook, D. (2010). Psychosocial Stress and Its Relationship to Gambling Urges in Individuals with Pathological Gambling. *The American Journal on Addictions*, 19: 332–339, 201. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2010.00
- Everly, G., S. & Lating, J., M. (2013). *A Clinical Guide to The Treatment of the Human Stress Response*. New York: Springer Science & Business Media.
- Ferentzy, P., Skinner, W & Antze, P. (2009). Gamblers Anonymous and the 12 Steps: How an informal society has altered a recovery process in accordance with the special needs of problem gamblers. *Journal of gambling issues*, 23, 42 - 65
- Fialová, I. (2012). *Zvládání zátěže*. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada
- Frauzová, M. (2003). Gambleři a gambling. In Kalina, K., Broža, J., Dobiášová, D., Dvořáček, J., Dvořák, D., Fišerová, M., ... Zábanský, T. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. (s. 267 – 274). Praha: Úřad vlády České republiky

- Friedland, N., Keinan, G., & Regev, Y. (1992). Controlling the uncontrollable: effects of stress on illusory perceptions of controllability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 923–931.
- Griffiths, M., (2013). *Přehled problémového hráčství v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Gurung, R., A., R. (2014). *Health Psychology: A Cultural Approach*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Hewstone, M. & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál
- Horová, L. (2014). *Alexithymie, strategie zvládnání stresu a osobnostní rysy u lidí závislých na alkoholu* (nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
- Hubinková, Z., Bakić-Tomić, L. & Surynek, A. (2008). *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada
- Charvát, J. (1969). *Život, adaptace a stres*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství
- Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu: příručka*. Praha: Testcentrum
- Kalina, K. (2000). Léčba drogově závislých. *Drogy ze všech stran II: sborník příspěvků o drogové problematice*. Praha: Filia
- Kohout, P. (2000). *Jsem hazardní hráč aneb zpověď gamblera*. Praha: Grada
- Kutřínová, L. (2008). *Copingové strategie klientů kontaktního centra* (nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum
- Lam, D. (2007). An Exploratory study of Gambling Motivations and their Impact on the Purchase Frequencies of Various Gambling Products. *Psychology & Marketing*, 24(9); 815-827. DOI 10.1002/mar.20185
- Lazarus, R. & S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of Comorbid Disorders in Problem and Pathological Gambling: Systematic Review and Meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

- Lovallo, W., R. (1997). *Stress & Health: Biological and Psychological Interactions*. California: SAGE Publications
- Lesieur, H. & Custer, R. (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the Academy of Political and Social Science*. 474(1): 146-156.
- Machová, J., Kubátová, D., Hamanová, H., Kabíček, P., Mrázová, E. & Svoboda, Z. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada
- Machová, L. (2011). *Copingové strategie ve vztahu k osobnostním charakteristikám u pacientů léčících se ze závislosti* (nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně
- Maierová, E., Charvát, M. & Miovský, M. (2014). Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro diagnózu F63.0 patologické hráčství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110(6): 291 – 300. Retrieved from: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=992>
- McCartney, J. (1995). Addictive behaviors: relationship factors and their perceived influence on change. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 121(1), 39–64.
- McMillen, J. (2005). *Gambling Cultures: Studies in History and Interpretation*. New York: Routledge.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Miyazaki, A., D., Langenderfer, J. & Sprott, D., E. (1999). Government Sponsored Lotteries: Exploring Purchase and Nonpurchase Motivations. *Psychology & Marketing*. 16(1): 1-20. CCC0742-6046/99/010001-20
- MKN-10. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1. 4.2014. World Health Organization. Geneva. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>
- Mlčák, Z. (2004). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě
- Moodie, C. & Finnigan, F. (2004). A comparison of the autonomic arousal of frequent, infrequent and non-gamblers while playing fruit machines. *Addiction*, 100, 51 – 59
- *Možnosti léčby*. (n.d.) Retrieved 9.28.2015 from Podané ruce, Svépomocný web pro hráče a jejich blízké, <http://gambling.podaneruce.cz/o-projektu/4-udrzitelnost-zmeny>

- Mravčík, V., Rous, Z., Leštinová, Z., T., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., ... Vlach, T. (2015a). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Janíková, B., Roznerová, T., Nechanská, B., Kiššová, L., Leštinová, T. Z. (2015b). Léčba a další odborné služby pro patologické hráče v ČR. *Adiktologie*, 15(4), 366-375. ISSN 1213-3841
- Mravčík, V., Nechanská, B., Roznerová, T., Chomynová, P. & Leštinová, T., Z. (2015c). Sebevražednost problémových hráčů v kontextu psychiatrické komorbidity: kohortová studie mortality. *Adiktologie*, 15(4), 354-364. ISSN 1213-3841
- Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., ... Kocarevová, V. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nechanská, B. (2013). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR 2006-2012*. Aktuální informace 50. Praha Retrieved from: [pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2006-2012](http://www.drnespor.eu/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-2006-2012)
- Nešpor, K. & Csémy, V. (2014a). *Kolik stojí společnost hazard*. Retrieved from: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. (2014b). *Novinky týkající se anonymního hráčství*. Retrieved from: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. (2012). *Už jsem prohrál dost*. Aktualizovaná internetová verze. Retrieved from <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. (2011). *Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2008). Hazardní hry a pracovní prostředí. *Praktický lékař*. 88(7):401-402. Retrieved from: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2005a). Kolik je v české republice patologických hráčů. *Česká a slovenská psychiatrie*. 101(8): 433 – 435. Retrieved from: <http://cspychiatr.cz/detail.php?stat=172>
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2005)b. Krátká intervence u patologického hráčství. *Česká a slovenská psychiatrie*. 101(6): 327-329. Retriever from: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=143>

- Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O. & Mráčková, E. (2003). Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie*. 99:16-22.
- Nešpor, K. (1996). *Jak překonat problém s hazardní hrou*. Praha: Sportpropag
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. McGraw Hill: Open University Press.
- Paulík, K., (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada
- Praško, J. (2007). *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3(3), 34-45. ISSN 1802-8853. Retriever from: <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>.
- Prunner, P. (2008). *Psychologie gamblersství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk
- Rasmussen, S. (20008). *Addiction treatment: Theory and Practice*. California: Sage Publications.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22,1009 –1061. doi:10.1016/S0272-7358(02)00101– 0.
- Reilly, Ch. & Smith, N. (2013). *The evolving definition of pathological gambling in the DMS-5*. National Centre for Responsible Gaming.
- Roddenberry, A. & Komberly, R. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization fo Health Services in College Students. *Child Psychiatry And Human Development* 41(4), pp 353-370.
- Rotter, J. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological monographs: General and Applied* 80:1-28.
- Schreiber, V., (2000). *Lidský stres*. Praha: Academia.
- Sodano, R. & Wulfer, E. (2010). Cue Reactivity in Active Pathological, Abstinent Pathological, and Regular Gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 26:53–65. DOI 10.1007/s10899-009-91
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Toneatto, T., Lecce, J, & Bagby, M. (2009). Alexithymia and Pathological Gambling. *Journal of Addictive Diseases*, 28(3), 193-198. DOI 10.1080/ 10550880903014775
- Vacek, J. (2014). *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: Příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Vacek, J. (n.d.). *Nelátkové závislosti: patologické hráčství*. Praha: Centrum adiktologie
- Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál

- Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě
- Verosta, P. (2011). *Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České Republice*. Retrieved from: <http://www.evropskezpravy.cz/search.php?q=patologick%C3%A9+hr%C3%A1%C4%8Dstv%C3%AD&save=Hledat>
- Williams, R., J., Westová, B., L. & Simpson, R., I. (2014). *Prevence problémového hráčství: komplexní přehled důkazů a zjištěné dobré praxe*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Zahradník, P. (2005). Patologické hráčství - psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii. *Psychiatrie pro praxi*. (2): 87-90

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. ŠKOLOTÍKOVÁ Markéta	Metylovice 562, Metylovice	F140639

TÉMA ČESKY:

Strategie zvládnání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů.

NÁZEV ANGLICKY:

Coping strategies in the context of player's career in the treated pathological gamblers.

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Eva Maierová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium a rešerše dostupné české i zahraniční literatury
2. Zpracování osnovy teoretické a výzkumné části diplomové práce
3. Vypracování teoretické části zaměřené na problematiku patologického hraní a strategie zvládnání stresu
4. Příprava kvalitativního výzkumu- výzkumné metody: rozhovor, dotazník SVF 78
5. Stanovení výběrového souboru- min. 15 pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici kvůli léčbě patologického hráčství
6. Cíle práce: Zmapovat, jaké jsou strategie zvládnání stresu u patologických hráčů. Zmapovat, jak souvisí hráčská kariéra se zvládnáním stresu. Popsat souvislost finanční situace hráče a zvládnání stresu.
7. Realizace výzkumu, vyhodnocení a analýza získaných dat
8. Interpretace výsledků, závěr a souhrn.
9. Dodržení etických pravidel výzkumu.
10. Pravidelné konzultace s vedoucím práce.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Elman, I., Tschibeu, E., Borsook, D. (2012). Psychosocial Stress and Its Relationship to Gambling Urges in Individuals with Pathological Gambling. The American Journal on Addictions, 19: 332-339. American Academy of Addiction Psychiatry. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com>
2. Griffiths, M. (2013). Přehled problémového hráčství v Evropě. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
3. Nešpor, K. (2013). Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat. Praha: Portál
4. Nešpor, K. (2011). Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a hazard. Praha: Portál
5. Nešpor, K. (1996). Jak překonat problém s hazardní hrou: příručka pro ty, kdo mají problém s hazardní hrou, kdo chtějí takovým lidem pomáhat, kdo chtějí problémům s hazardní hrou předcházet. Praha: Sportpropag
6. Paulik, K. (2012). Psychologické aspekty zvládnání zátěže mužů a ženami. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě
7. Petry, N., M., Blanco, C., Stinchfield, R., Volberg, R. (2012). An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. Addiction, 108, 575-581. Society for the Study of Addiction. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com>
8. Prunner, P. (2008). Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí. Plzeň: Aleš Čeněk
9. Ulrichová, M., (2012). Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu. Ústí nad Orlicí: Oflis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové
10. Williams, R., J., Westová, B., L., Simpson, R., I., (2014). Prevence problémového hráčství: komplexní přehled důkazů a zjištěné dobré praxe. Praha: Úřad vlády České republiky

Podpis studenta: Štefán

Datum: 10.4.2015

Podpis vedoucího práce: Maier

Datum: 10.4.2015

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Strategie zvládání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů.

Autor práce: Markéta Školotíková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 94, 147 891

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 79

Klíčová slova:

Patologické hráčství, stres, coping, strategie zvládání stresu

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá volbou zvládacích strategií u léčených patologických hráčů. Cílem výzkumné části bylo zmapovat, jaké jsou strategie zvládání stresu u patologických hráčů, popsat souvislost mezi hráčskou kariérou a zvládáním stresu a popsat souvislost finanční situace hráče a zvládání stresu. Jako adekvátní k účelu výzkumu byl zvolen smíšený design. Výzkumnými metodami byl dotazník SVF78 a polostrukturované interview. V rámci analýzy kvalitativních dat byl použit deskriptivní přístup, metody prostého výčtu, vytváření trsů, kontrastů a srovnávání. Statistické a grafické zpracování bylo provedeno v programu Microsoft Excel 2010. Mezi výsledné zjištění patří, že patologičtí hráči využívají především negativní zvládací strategie, nejčastěji konkrétně únikové tendence, rezignaci a sebeobviňování. První hráčské zkušenosti jsou spojeny s prožíváním kladných pocitů, které záhy vystřídá stres, ten často ústí až k suicidálním myšlenkám a pokusům. Hodnota vsázených částek se velmi rychle a razantně zvyšuje, což vede téměř u všech k postupnému zadlužování., především v blízkém sociálním okolí. Patologičtí hráči jsou často aktéry nezákonného získávání peněz.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Coping strategies in the context of player's career in the treated pathological gamblers.

Author: Markéta Školotíková

Supervisor: PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Number of pages and characters: 94, 147 891

Number of appendices: 5

Number of references: 79

Key words:

Pathological gambling, stress, coping, coping strategies

Abstract:

The thesis deals with the choice of coping strategies of treated pathological gamblers. The aim of the research was to explore what are the coping strategies among pathological gamblers, describe the relationship between the player's career and coping and to describe the relationship between player's financial situation and coping. A mixed design was chosen as adequate for the purpose of the research. The research methods were SVF78 questionnaire and semi-structured interview. Descriptive approach, method of simple nominal enumeration, clustering, contrasts and comparisons were used for an analysis of qualitative data. Statistical and graphical processing was done in Microsoft Excel 2010. The resulting findings include that pathological gamblers use primarily negative coping strategies, most frequently escape tendencies, resignation and self-blame. The first gaming experiences are associated with experiencing positive emotions, which are soon replaced by the stress that often leads to suicidal thoughts and attempts. The value of stakes very quickly and dramatically increases, which almost always leads to progressive indebtedness, especially in the close social surroundings. Pathological gamblers often raise funds by illegal activities.

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Výzkumný projekt: Strategie zvládání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů.

Období realizace: červenec 2015 – leden 2016

Řešitelé projektu: Markéta Školotíková

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zmapovat strategie zvládání stresu. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. **Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.**

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Podpis řešitele projektu:

Podpis účastníka ve výzkumu:

Příloha č. 4: Seznam otázek k rozhovoru

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Nevyšší dokončené vzdělání:
4. Zaměstnání/pozice v zaměstnání:
5. Délka současné léčby, datum nástupu do léčby:
6. Rodinná anamnéza (hraní v rodině, psychiatrické problémy):

7. Jaký typ hazardních her jste hrál/a?
8. Jaká byla vaše první zkušenost s hrou a v kolika letech? Co vás ke hře poprvé přivedlo?
9. Co vás u hraní dále udržovalo? Jak se vaše hraní dále rozvíjelo?
10. Jak často jste hrál (zpočátku a ke konci)?
11. O kolik peněz jste hrál zpočátku a kam až se částka vyšplhala?
12. Mluvil jste o vašem hraní s někým?
13. Jak dlouho se vám to podařilo tajit?
14. Kde jste bral peníze na hraní?
15. Kolik aktuálně dlužíte? A komu dlužíte?
16. Jak jste se postupně zadlužoval, kde jste bral nejdříve peníze a pak kde?
17. Ovlivnilo to nějak stres, který jste zažíval, že jste se začal zadlužovat? Pokud ano, jak?
18. Získával jste peníze pro hru nezákonným způsobem?
19. Udržel jste si po celou dobu zaměstnání?
20. Jak jste prožíval chvíle bez hraní?
21. Jaké pocity následovaly po hraní?
22. Snažil jste se někdy touhu po hraní potlačit? Jak? S jakým výsledkem?
23. Kdy a proč jste si uvědomil, že máte s hraním problém?
24. Jak jste dále reagoval? Co vás přimělo nastoupit léčbu?
25. Dokázal jste někdy abstinovat?
26. Užíval jste v době hraní alkohol, drogy, cigarety?
27. Měl jste depresivní stavy, stavy úzkosti apod.?
28. Měl jste někdy sebevražedné myšlenky/ pokusil jste se o sebevraždu?
29. Cítíte podporu blízkých?
30. Ovlivnilo hraní negativně váš zdravotní stav?
31. Jak se cítíte nyní?
32. Pociťoval jste při hře stres? Jak se stres projevoval?
33. Jak se projevoval stres po prohře? Jak jste mu čelil? Co jste dělal?
34. Jaké další věci vás v průběhu doby, kdy jste hrál, stresovaly? Čelil jste jim jinak jak hraní?
35. Myslíte, že za vznik dané situace může okolí nebo na něm máte vliv i Vy? V čem?

36. Co Vás první ve stresové situaci napadne, na co myslíte?
37. Jaké pocity ve stresové situaci prožíváte?
38. Jak moc jsou tyto pocity intenzivní na stupnici od 0 do 10?
39. Pociťujete působící stres nějak na svém těle, na svém zdraví?

Příloha č. 5: Ukázka rozhovoru

Respondent: 10, Jan

Věk: 41

Zaměstnání: číšník

Délka léčby: 2 měsíce

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ s maturitou

Rodinná anamnéza: deprese u tety (léky, jinak asi bez léčby)

Jaký typ hazardních her jste hrál?

Automaty.

Jaká byla vaše první zkušenost s hrou a v kolika letech? Co vás ke hře poprvé přivedlo?

To bylo tak před 20 lety a bylo to u kamaráda v herně, on ji vlastnil. Takže jsme to tak zkoušeli, jak to funguje. No a zkušenost, nevím, asi jsem vyhrál spíše.

Co vás k tomu přivedlo?

My jsme tam chodili za něma, ale nápad to byl spíš můj. Tam totiž naskakoval nějaký bonus, při protočení několika otáček, potom se to přidalo na kredit. To naskakovalo do stovky a pak se to připsalo. Tak jsme obcházeli automaty, které to měly okolo 90 a hráli na nich a takhle se dala vyhrát stovka třeba. Navíc jsme si tak jako více méně mysleli, že v takových situacích chodí nejlépe výhry no...

Co vás u sázení udržovalo? Jak se vaše hraní dále rozvíjelo?

Tak to je sporné jako. Já jsem pracoval na baru a měl jsem celkem dost peněz z toho, protože jsem tam donášel alkohol no a tak to byla taková nedělní zábava, sejít se s kamarádama a zahrát si.

Jak často jste hrál (zpočátku a ke konci)?

Zpočátku tak jednou týdně, ke konci někdy dvakrát, někdy třikrát. Někdy jednou, někdy vůbec. Třeba i půl měsíce jsem nehrál a tak...

O kolik peněz jste hrál zpočátku a kam až se částka vyšplhala?

stovky. Ted ke konci i o drobné i o tisícovky, záleželo... Jsem měl výplatu dvakrát do měsíce, takže vždycky když mi přišla výplata a nepotřeboval jsem potraviny a tak, tak jsem vybral a šel jsem si zahrát. Když jsem věděl, že nepotřebuju nic nutnějšího.

Mluvil jste o Vašem hraní s někým?

V té době asi s kámošem. Kamarádi to věděli, rodina ne.

Jak dlouho se vám to podařilo tajit?

Přítelkyni ani ženu nemám, rodina bydlí v Praze a Brně, takže se moc nestýkáme. My se vidíme jednou za čas na vánoce. A že jsem hrál, to mě brácha viděl třeba jednou za čas hrát, ale určitě mu nedošlo, že tak moc. Ale nemusel jsem to ani tajit, protože se moc nestýkáme že.

Ted' už to rodina ví?

Jo, berou to vzhledem k tomu, že jsem se jednou už léčil s toxikomanií. To mi bylo 36 let. Ale tam se neřešily automaty vůbec. Já jsem jim to popsal tak, že to byl takový spící had mé mysli. Protože šlo o to... Já jsem nehrál, to bylo ještě ve městě, ze kterého pocházím.

To bylo kolem mých 19let, tak do 22 let. No a pak jsem začal brát drogy, to mi nahradilo ty automaty. Že nechodil jsem do prostoru, kde nebyly automaty, někam do klubu, tam toho moc není. No a potom jsem se k tomu vrátil až teďka více méně. A spadl jsem do toho taky tím, že mám prostě takovou nějakou vizi, že si chci pořídit barák a naivně jsem si myslel na nějakou výhru.

Kde jste bral peníze na hraní?

Úspory a půjčoval jsem si. Od dobrých kamarádů, takže jsem jim to vracel. Měl jsem Provident jednou, ale ten jsem zaplatil. Nebo dvakrát jsem ho měl.

Kolik aktuálně dlužíte a komu dlužíte?

Já mám nějaké dluhy, ale to mám ještě z první léčby. Když jsem se léčil jako narkoman. Nemám dluhy ze hry. To jsem všechno zaplatil a všechno vyrovnal, ale neměl jsem peníze, třeba nemohl jsem si spravit chrup. A ty peníze jsem utratil ...Ty nejnnutnější věci jsem si pořídil, ale na oblečení nebo nevím na něco navíc nějaké boty, prostě zubní péče a všechny tyto věci...

Jak jste se postupně zadlužoval? Kde jste bral nejdříve peníze a potom kde?

Úspory, Provident, kamarádi. Protože já jsem invalidní důchodce a jde o to, že oni teďka přestali dávat půjčky důchodců.

Ovlivnilo to nějak stres, který jste zažíval, že jste se začal zadlužovat? Pokud ano, jak?

No na mě působilo stresově hlavně to, že jsem si nemohl nechat spravit chrup, že. Tady mi chybí dvojka a pořád to nemůžu nějak vyřešit, protože mi chybí peníze. Protože jsem je prohrál, že jo. Taky mám staré oblečení, už bych si potřeboval koupit nové. A tadyto na mě působilo lehce depresivně.

Získával jste peníze pro hru nezákonným způsobem?

Ne-ne.

Udržel jste si celou dobu zaměstnání?

Jo.

Jak jste prožíval chvíle bez hraní?

To ne. Jsem si koupil trávu, takže to nebylo třeba nějak prožívat. Si člověk zakouřil a bylo dobře.

Jaké pocity následovaly po hraní?

Když jsem prohrál, tak to byly pocity jako bezmoce, frustrace, takové beznadějí, že jsem to zas prohrál

Po výhře...Já už jsem pak moc nevyhrával. Jsem tam všechno vždycky nechal i velkou výhru třeba.

Snažil jste se někdy touhu po hraní potlačit? Jak? S jakým výsledkem?

Určitě, ale takovým způsobem, že ta psychika člověka donutila k tomu...Ta bezmoc z toho, že člověk dělá něco špatného, že by toho měl nechat...Tak třeba rozhovor s kamarádem a šlo o to, že vždycky to byl ten kamarád, co měl tu hernu. On měl hernu, pak trochu hrál, pak přestal a vykašlal se na to, že jo. On si vždycky dělal srandu, ať to

pře počítávám na rohlíky a na šunku a na takové věci potřebné. No a vždycky jsme si to navzájem zhnusili a já jsem třeba přestal na nějakou dobu.

Kdy a proč jste si uvědomil, že máte s hraním problém?

Ted' asi před 3 měsíci. No já jsem hlavně přišel řešit problémy s drogama, které se u mě zase bohužel nashromáždily a v podstatě jako pohovor s kamarádem a kamarádkou, jsem si takový dotazník s ní vyplnil po telefonu a prostě vyšlo mi z něj, že jsem patologický hráč, jo. Já jsem si to v té době nemohl ani uvědomit, protože jsem chodil z toho extrému hraní, potom jsem zase nehrál chvilku. Ještě do toho drogy nějaké... A když si člověk dal ten pervitin, tak víc šel do té hry a víc si věřil. No a tak jsem hrál. No a ten poslední půlrok jsem přestal kouřit trávu a nějaké drogy jsem bral a měl jsem okna, že jsem měl výpadky paměti, že jsem si něco nepamatoval na různých akcích. Taky tím, že беру ty léky, tak se to kombinovalo s těma lékama. Ne že by to dohromady dalo nějaký lepší stav, ale bral jsem je a zároveň jsem bral pervitin. Prostě jsem se snažil na poslední chvíli z toho dostat, dokud mám zdravý rozum, tak jsem šel sem.

Co to bylo za dotazník?

Z internetu. Kamarádka, jsme se bavili, ona pracuje v herně. A vždycky, když jsem šel za ní, tak jsem jí odevzdal peněženku a říkám, hlídej. A ona hlídala. No a jednou jsem se vrátil a říkal jsem, že potřebuju nějakou literaturu, že se z toho prostě musím nějak dostat. Nějaké knížky abych si přečetl, abych zjistil nějaké knowhow. No a ona našla tady ten dotazník, tak jsem si to vyplnil. Z 10 otázek mi vyšlo 8. Kdyby mi vyšlo 6, tak už jsem patologický hráč jo a v té době jsem měl počítač zastavený, tak jsem si to nemohl stáhnout. Tak bohužel poslední šance jsem si říkal, že se jdu léčit. No a šel jsem.

Jak jste dále reagoval?

Já jsem šel za svým psychiatrem a všechno jsem mu řekl a on mi to domluvil za 14 dní tady na dvojce. Na příjmovém oddělení i pro schizofreniky a různé další psychotické choroby. No a tam jsem byl 14 dní a domluvil jsem se s nima, že bych chtěl přestoupit tady na 16.

Dokázal jste někdy abstinovat?

Já jsem byl v Austrálii asi 2 a půl roku a v té době jsem nehrál dohromady asi 4 roky. Až ted' v poslední době jsem začal hrát častěji. Nejdelší doba teda 4 roky.

V Austrálii jste byl pracovně?

Já jsem tam byl na jazykovce a pak jsem tam chodil do školy na počítače. Tam to bylo složitější s tím, že se mi tam projevila schizofrenie. A ty pocity jsou takové ploché, v ten moment, když neberete prášky, tak když jsem hrál, tak ty deprese a tak... Jsem na to nemyslel. Tak jsem si jednou zahrál, něco jsem vyhrál a pak už jsem nehrál. Nejsem jednoduchý případ no.

Užíval jste v době hraní alkohol, drogy, cigarety?

Alkohol: Málo piju a když jsem hrál, tak když jsem vyhrál třeba 500, 600 korun, tak jsem si dal něco lepšího, třeba Four roses nebo nějaký burboune nebo whisky. Něco lepšího než normálně. Ne do opilosti, ale třeba 2, 3 panáky no.

Cigarety: Normálně vykouřím tak 20, při hraní i dvacku třeba, za 5 hodin.

Drogy: Jo. Pervitin, extázi, MDMA, marihuanu. To bylo furt stejné. Ale zvedala se mi tolerance... Jsem si kupoval pervitin za kilo, tak jsem si pak koupil za dvě, jak jsem si to vzal naráz, tak to byla taky chyba no. To jsem si řekl, že ne, že se jdu léčit.

Měl jste depresivní stavy, stavy úzkosti apod.?

Ano, měl.

Měl jste někdy sebevražedné myšlenky? Pokusil jste se o sebevraždu?

To ne.

Cítíte podporu blízkých?

Víceméně ano, přátel taky.

Ovlivnilo negativně hraní Váš zdravotní stav? Jak?

To určitě. Ale zdravotní...No duševní stav. Ale fyzicky to ne... Začal jsem se víc hrbít.

Jak se cítíte nyní?

Tak víceméně stabilizovaný, více v pohodě.

Pociťoval jste při hře stres? Jak se projevoval?

Pociťoval jsem adrenalin. Bušení srdce atak.

Jak se projevoval stres po prohře? Jak jste mu čelil? Co jste dělal?

Smutkem a takový roztrpčený... Takový, že jsem musel být takový trpělivější se sebou, že jsem si říkal, to nevadí. Člověk musí začít prohrávat, aby přestal hrát. Jako o tom mluví Nešpor. Jsem prohrál a pak jsem třeba týden vydržel nehrát. Tím, že jsem měl ale výplaty co 14 dní, tak to bylo takové, že jsem měl dost peněz, abych si zahrál o tisíce třeba že.

Dělal jste proti těmto stavům něco?

Kouřil trávu. A možná to zní divně, ale medituju. Byly období, kdy jsem třeba nebral žádnou drogu a nekouřil třeba 2, 3 měsíce a chodím pravidelně, když to jde, do jedné meditační školy a tam medituju pravidelně. Teď se chci na to pořádně vrhnout, když jsem čistý.

Jaké další věci, které se netýkaly hraní, vás v tu dobu stresovaly? Čelil jste jim jinak než stresu z hraní?

Spíš to byly ty peníze. Třeba když jsem prohrál moc nebo jsem si musel půjčit na živobytí, tak tohle. Tak abych vyšel. A spíš jsem si říkal, jestli mi ten člověk půjčí. Protože já nepocházím z Ostravy, bydlím tam asi 4 roky a ty lidi ještě natolik neznám, abych za nima mohl přijít a říct, prosím tě půjč mi 1000korun jsem je prohrál v automatech. Takže z toho jsem byl ve stresu, jestli mi řekne, jestli mi půjčí. Třeba jsem si půjčoval od dealera, co mi prodával trávu. Ten mi půjčil vždycky, ten měl dost peněz.

Čelil jste tomuto jinak než stresu z hraní?

No, tak ani ne. Meditace, dosud marihuana

Myslíte, že za vznik Vaší momentální situace můžete spíš vy nebo okolí? V čem?

Já určitě. Že jsem bezstarostný, nezodpovědný a že... Prostě jsem bývalý sportovec. Nebo bývalý... Já jsem jako děcko hodně sportoval. Jsem hrál házenou, pak jsem toho nechal, jak jsem šel na střední, tak spíš toho sportovního ražení... Člověk potřebuje ten adrenalin. Ty drogy když nejsou... Jsem zaměňoval adrenalin za ten nezdravý stres.

Co Vás první ve stresové situaci napadne, na co myslíte?

Záleží, z čeho ten stres pochází. Myslím na to, čím je to způsobeno a potom se to snažím nějak rozebrat sám v sobě. Pokud mi něco způsobuje stres, tak se snažím přenést přes to. Jestli je to reálné jako z venku, tak si řeknu, že je to relativní nebo že ten stres v podstatě

jako není správná reakce. Jako mockrát to třeba nezabere hned, ale někdy že to jako člověk rozpustí, že to transformuje. To nám vštěpoval při meditaci. Že člověk se uklidní. Tak ...spíš si říkám z čeho ten stres pramení, z čeho pochází. Určitě nejsem typ člověka, který je vystresovaný a že by někomu nadával jako jo...Jako nadávám taky, ale z jiných důvodů. Nejsem silný, třeba když mě někdo kritizuje nebo když...Když se mnou nesouhlasí a toho člověka mám rád, jo.

Využíval jste někdy hraní proti stresu?

Spíš že jsem se nebavil nebo z pocitu nudy možná, ale ne ze stresu.

Jaké pocity prožíváte ve stresové situaci?

Úzkost, nervozita.

Jak moc jsou tyto pocity intenzivní na stupnici 0-10?

Tak 7

Pocí'ujete působící stres nějak na svém těle, na svém zdraví?

Jo, to určitě. Třes rukou, já nevím. Nevyrovnaný hlas, že mám takový knedlík v krku. Nepotím se, dřív jsem se i potil, teď už se nepotím. To je asi všechno.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Převažující typ hry	40
Graf č. 2. Zobrazení skórování jednotlivých strategií	49
Graf č. 3. Stres a jeho zvládání	52
Graf č. 4. Negativní prožívání patologických hráčů	56
Graf č. 5. Nejdelší doba abstinence respondentů v týdnech	57
Graf č. 6. Minimální a maximální vklady	58
Graf č. 7. Současný dluh respondentů	59
Graf č. 8. Počet respondentů, které zadlužování stresovalo	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Porovnání závislosti na návykových látkách se závislostí na hraní	15
Tabulka 2. Obranné mechanismy a jejich psychologické procesy	28
Tabulka 3. Úrovně copingu v modelu Tobina et al.	30
Tabulka 4. Copingové strategie dle Carvera, Schreiera a Weintrauba	31
Tabulka 5. Nejvyšší dokončené vzdělání	39
Tabulka 6. Psychiatrická anamnéza v rodině.....	40
Tabulka 7. Přehled informací o respondentech 1-10	41
Tabulka 8. Přehled informací o respondetech 11-20	42
Tabulka 9. Přehled skórovaných strategií jednotlivými respondenty.....	48
Tabulka 10. Přehled strategií dle skórování v normě, nad ní a pod ní.....	50
Tabulka 11. Počáteční vklad	57
Tabulka 12. Nejvyšší vsazená částka.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce	80
Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce.....	80
Příloha č. 3: Informovaný souhlas	84
Příloha č. 4: Seznam otázek rozhovoru	85
Příloha č. 5: Ukázka rozhovoru	87