

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PORUCHY OSOBNOSTI A VZTAHOVÁ VAZBA
U PATOLOGICKÝCH HRÁČŮ**

**PERSONALITY DISORDERS AND ATTACHMENT IN
PATHOLOGICAL GAMBLERS**



Disertační práce

Autorka práce: PhDr. Eva Maierová

Školitel: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Olomouc 2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího disertační práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 17. 6. 2014

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Michalovi Miovskému, PhD., za vedení mé práce, odborné a cenné rady po celou dobu studia a při dokončení této práce. Dále Mgr. Miroslavovi Charvátovi, Ph.D. za přátelský přístup, oporu, cenné a odborné připomínky, rady při realizaci výzkumu a při dokončení této práce.

Dále děkuji všem zařízením, konkrétně Psychiatrické nemocnici Bohnice, Kroměříží a Opavě, za to, že mi umožnili realizovat výzkum v jejich zařízeních. Dále pracovníkům těchto zařízení za vřelé přijetí a pomoc při realizaci.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni se podílet na výzkumu. Dovolili mi nahlédnout do svých životů ve fázi, kdy to pro ně nebylo lehké, a dovolili mi sdílet své jímavé příběhy. Všem srdečně děkuji.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Patologické hráčství.....	9
1.1. Prevalence hraní v populaci	9
1.2. Vývoj a současná situace v České republice.....	12
1.3. Diagnostické vymezení patologického hráčství.....	13
1.4. Diferenciální diagnostika	18
1.5. Specifika hry	19
1.6. Herní automaty.....	21
1.7. Specifické skupiny hráčů	23
1.8. Faktory, které se podílejí na vzniku a udržení patologického hráčství.....	24
2. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru	27
2.1. Temperament	27
2.2. Charakter.....	29
2.3. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru	29
2.4. Cloningerova teorie a patologické hráčství.....	38
3. Poruchy osobnosti.....	41
3.1. Epidemiologie	41
3.2. Diagnostika poruch osobnosti.....	41
3.3. Cloningerova teorie a poruchy osobnosti	48
3.4. Poruchy osobnosti a patologické hráčství.....	51
4. Teorie attachmentu	54
4.1. Vztahová vazba.....	54
4.2. Vazba a závislost.....	61

4.3. Vztahová teorie a poruchy osobnosti	62
VÝZKUMNÁ ČÁST	69
5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky	69
5.1 Cíle výzkumu	69
6. Výběrový soubor	73
7. Design výzkumu	76
7.1. Metody získávání dat	76
7.2. Průběh získávání dat	80
7.3. Charakteristika specializovaných léčeb pro patologické hráče	81
7.4. Etika	83
8. Analýza a interpretace dat	84
8.1. Metody analýzy dat	84
8.2. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 1.	85
8.3. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 2.	91
8.4. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 3.	105
8.5. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 4	112
8.6. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 5	125
8.7. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 6	129
9. Diskuze	142
10. Závěr	152
11. Souhrn	156
Použitá literatura:	159
Seznam příloh	177

„Pokaždé je to stejný. Hra za hrou, den za dnem, měsíc za měsícem. Stále dokola, kolotoč lhaní, pocitů viny, skrývání půjček, honba za penězi a dělání, že se nic neděje. Chodil sem tam kdykoliv jsem měl peníze, stále tam byli ti samí lidi. Tam jsme všichni na stejné úrovni. Sedíme u bedny a točíme hru za hrou, už ne s cílem vyhrát, ale jen se pobavit. Je jedno kdo co dělá, jestli je podnikatel, manažer nebo řidič autobusu. Všichni jsme si tam rovni, ať jsme v teplákách, anebo v saku. Jsme osamělí hráči čekající na zázrak, který nepřichází. Zázrak se stane, až se ten kolotoč zastaví. Já teď stojím na začátku, na začátku svého, nového života bez gamblingu se strachem zda to dokážu.“
(výpověď hráče z léčby).

ÚVOD

Tématu adiktologie se věnuji několik let, a to ze dvou pohledů – jednak výzkumně v rámci různých výzkumných studií, jednak prakticky při práci s aktivními uživateli drog a nyní terapeuticky z pozice psycholožky v ambulanci. Tématem nelátkových závislostí se zabývám poslední čtyři roky, kdy v přímé péči pracuji s patologickými hráči a jejich rodinami. Za tuto dobu jsme mohli pozorovat zřejmý vývoj situace na politické úrovni a přístupu měst k této problematice stejně jako vývoj v rostoucím zájmu mezi odborníky o toto téma a vzniku specializovaných služeb pro tuto klientelu. Během této doby došlo k úpravě legislativního rámce, redukci herních míst a odvodů financí do státní pokladny. Na toto téma je upíraná stále větší mediální pozornost a stává se předmětem odborných i laických diskuzí.

Při hlubší literární rešerši v českých pramenech nalezneme knihy a články Dr. Nešpora, který na tematiku patologického hráčství upozorňuje od 90. let. Dále můžeme zmínit Dr. Frouzovou, která se této tematice věnuje jak prakticky, tak publikačně. Tito autoři upozorňují na negativní dopady z hráčství v různých životních oblastech, popisují léčebné intervence a vývoj hráčské kariéry. Lze zmínit i některé další práce, které upozorňují na alarmující počet automatů v České republice a věnují se rizikovým skupinám populace.

Na základě těchto zkušeností, kdy je dodnes v České republice nedostatek výzkumných studií s touto klientelou, jsem se rozhodla věnovat tématu patologického hráčství v kontextu vztahové teorie a poruch osobnosti v disertační práci. V zahraničí se jedná o tematiku více výzkumně i publikačně zmapovanou, u nás jde z tohoto pohledu o ojedinělý výzkum. Toto pojetí jsem si zvolila zejména proto, abych se pokusila popsat různé typy hráčů z hlediska osobnostních charakteristik a případné komorbidity, dále popsat typy hráčů na základě vztahové vazby. Tyto koncepty se nesnažím odlišovat, ale propojovat.

Předložená práce má dvě části. V teoretické části se věnuji ukotvení z teoretického hlediska tématům, jako je patologické hráčství, teorie temperamentu a charakteru Cloningera, poruchám osobnosti a vztahové teorii. Ve výzkumné části popisují realizaci výzkumu, cíle výzkumu, výsledky a závěry.

Tato práce má za cíl především odpovědět na stanovené výzkumné cíle, má však také za cíl sloužit široké odborné veřejnosti a terapeutům ke zefektivnění práce a k zisku informací z pohledu předmětu zkoumání této klientely. Může poskytnout cenné informace i pro další výzkumy, které by výsledky mé práce dále rozvíjely.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Patologické hráčství

V této kapitole se věnujeme prevalenci a situaci patologického hráčství v České republice. Charakterizujeme a diagnosticky vymezujeme patologické hráčství, popisujeme z psychologického a adiktologického hlediska specifika hry.¹

Hráčství lze dle The Ontario Problem Gambling Research Centre (2013) charakterizovat jako jakékoliv jednání, které vyžaduje nevratné investice (peněžní nebo hmotný statek, který má nějakou hodnotu) s vidinou zisku založeného na náhodě nebo nejistém výsledku. Komerční hazardní hry se vyznačují asymetrickým vztahem mezi provozovatelem hry a hráčem. Hráči jako skupina vždy prohrávají peníze vůči provozovateli. Právě peněžní ztráta je nejvýraznější charakteristikou škodlivého hráčství. Škodlivé hráčství lze charakterizovat jako jakýkoliv druh opakovaného hraní hazardních her jedincem, které způsobuje nebo zhoršuje negativní důsledky, jako jsou vážné finanční důsledky, závislosti, ale i problémy fyzického a duševního zdraví. Negativní důsledky prožívá také rodina hráče. Škodlivé hráčství bývá také označováno jako problémové hráčství, nutkavé hráčství anebo nezodpovědné hráčství.

Níže se zaměříme na patologické hráčství, jež je předmětem našeho zkoumání v širším kontextu.

1.1. Prevalence hraní v populaci

Celoživotní prevalence patologického hráčství v zahraničních výzkumech realizovaných na obecné populaci se pohybuje od 0,4 % do 2,0 % (Cunningham-Williams et al., 1998; Petry, Stinson & Grant, 2005; Welte et al., 2001), ale prevalence jsou mnohem vyšší u lidí závislých na návykových látkách (Cunningham-Williams et al., 2000) a mezi těmi, kteří jsou uvězněni (Templer, Kaiser & Siscoe, 1993). Nešpor & Csémy (2005) uvádí, že přes velké rozšíření hazardních her a navzdory velkému počtu osob, které trpí

¹ Tato kapitola stěžejně vychází z přehledového článku Maierová (2012).

problémy způsobené hazardní hrou, nemáme v ČR studii zaměřenou na výskyt patologického hráčství. Griffiths (2009) také upozorňuje na téměř žádné empirické poznatky týkající se hráčství v České republice. Cenné výsledky však najdeme v rámci rozsáhlého školního dotazování v projektech ESPAD, které uvedly, že 11,3 % dotázaných někdy hrálo nebo hraje na výherních automatech (Csémy et al. 2003, 2009). Nešpor & Csémy (2005) uvádějí, že výskyt patologického hráčství nebude v České republice patrně nižší než 0,5 až 1 % populace. Celkově tedy půjde nejméně o 50 až 100 tisíc osob a mnohonásobně vyšší bude počet těch, kdo hrají problémově nebo kdo trpí hazardními hrami druhotně (rodiče, manželky a děti patologických hráčů, zaměstnavatelé, věřitelé).

Nejnovější studie na výskyt prevalence v České republice ukazuje studie z Úřadu vlády ČR. Podíl osob v riziku v souvislosti s hraním sázkových her dosahuje 4,5–5,0 % obecné populace ve věku 15–64 let, což odpovídá 325 až 364 tis. osob. Problémoví hráči (tj. hráči ve vyšším riziku vzniku problémů) tvoří 1,7–2,3 % dospělé populace ČR ve věku 15–64 let (tj. přibližně 123–170 tis. osob), z toho ve vysokém riziku (tj. v riziku vzniku patologického hráčství) se nachází 0,6–1 % populace (tj. přibližně 40–80 tis. osob). Polovina z nich jsou osoby ve věku 15–34 let. Většina patologických hráčů jsou muži cca 85–90 % (Mravčík et al., 2014).

Nešpor & Csémy (2005) upozorňují, že údaje o prevalenci patologického hráčství v jiných zemích není snadné porovnávat. Severoamerické práce používají odlišnou metodologii, jinou definici patologického hráčství podle DSM-IV. Cox et al. (2005) odhadují výskyt problémového hráčství v Kanadě u 2 % populace. Petry, Stinson & Grant (2005) odhadují výskyt patologického hráčství v USA na 0,42 % a zdůrazňují, že patologické hráčství se často pojí s jinými duševními problémy, zejména s těmi spojenými s užíváním alkoholu a drog. Jiný tým odhaduje výskyt problémového hazardního hraní v americké populaci dospívajících na 20 % a v dospělé populaci na 6 % (Pietrzak et al., 2003). Schofield et al. (2004) uvádějí, že se patologické hráčství ve venkovských oblastech Austrálie vyskytuje u 0,8 % populace. Johansson & Gotestam (2003) odhadují výskyt problémového hazardního hraní mezi norskými dospívajícími na 5,22 % a výskyt patologického hráčství na 1,76 %.

Na rozsah problémů však lze usuzovat i nepřímou z jiných zdrojů. Velmi hrubým ukazatelem jsou počty ústavně léčených, protože ty odrážejí spíše ochotu patologických hráčů se léčit a místní dostupnost léčby. Počet pacientů ústavně léčených pro patologické

hráčství v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích v letech 1994 až 2003 se zvýšil o 37% z původního počtu, což svědčí o rostoucí poptávce po léčbě, kterou nejsme vždy schopni plně uspokojovat. Chybí však celorepublikové pokrytí programy a bohužel nenajdeme specializovaná zařízení v každém kraji. Nemáme tak k dispozici hlášení od dostatečného a reprezentativního počtu zařízení pro hazardní hráče a jejich rodiny. Důležité jsou i údaje o rozšířenosti hazardních her, ty totiž dle výzkumů korelují s počty problémově hazardně hrajících osob i s počty patologických hráčů (Cox et al., 2005).

Podle zprávy ÚZIS (2013) bylo v letech 2006–2012 v psychiatrických ambulancích ošetřeno s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v průměru cca 1 370 pacientů ročně. Na celkovém počtu léčených pacientů v těchto ambulancích se podíleli cca 0,25 %. Ve sledovaném období došlo u těchto pacientů k postupnému snižování jejich počtu (z 1 341 na 1 248 pacientů v roce 2007). V roce 2008 bylo léčeno o téměř 11 % pacientů více než v roce 2007, tj. o 135 pacientů, a během následujících dvou let vzrostl jejich počet o více než 5 % (na 1 456 pacientů v roce 2010). V roce 2011 se snížil počet pacientů o téměř 5 % na 1 385 a v roce 2012 došlo k nepatrnému nárůstu na 1 415 pacientů. Pro tuto diagnózu byli častěji ošetřováni muži. Ženy se podílely na celkovém počtu pacientů v průměru více než 9 %, nejméně se jich léčilo v roce 2008, kdy byl jejich podíl pouze 6 %, v posledních dvou letech jejich podíl roste (necelých 13 % v roce 2011 a více než 11 % v roce 2012). V posledních letech dochází ke snížení podílu pacientů ve věku 15–19 let z více než 11 % z celkového počtu pacientů léčených pro patologické hráčství v roce 2008 až na necelá 3 % v roce 2012. Podíl dětí ve věku do 14 let byl v těchto letech nepatrný, a to od 0,1 % do 0,2 %. Podíl pacientů starších 20 let se neustále zvyšoval, a to z 94 % v roce 2006 až na více než 97 % v roce 2012 (Nechanská, 2013).

S diagnózou F63.0 byl počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních lůžkových zařízení o cca 60 % nižší než počet ambulantních pacientů, v průměru bylo 543 hospitalizací ročně. V roce 2008 došlo v porovnání s rokem 2007 k nárůstu o téměř 4 % (ze 490 na 509 hospitalizací), v roce 2009 vzrostl počet hospitalizací o další více než pětinu (na 617 hospitalizací), v roce 2010 meziročně klesl o více než 13 % (na 536 hospitalizací). V roce 2011 stoupl jejich počet o necelých 5 % na 560 hospitalizací a v roce 2012 došlo k poklesu na 527 hospitalizací. Pro diagnózu F63.0 bylo hospitalizováno více mužů než žen. Podíl žen byl nižší než v ambulantní péči a v průměru činil 8 % z celkového počtu hospitalizací s touto diagnózou. V posledních letech

se tento podíl postupně zvyšuje. Od roku 2006 byl nejvyšší podíl hospitalizací ve věkových skupinách 25–29 let a 30–34 let (21 %, resp. 19 %), mladiství do 20 let tvořili necelých 5 %. V roce 2012 bylo hospitalizováno více než 17 % pacientů ve věku 25–29 let a více než 20 % ve věku 30–34 let, počet mladistvých byl necelá 2 % (Nechanská, 2013).

1.2. Vývoj a současná situace v České republice

První výherní hrací přístroje se na území České republiky objevují již v roce 1926. Po druhé světové válce byl jejich provoz částečně omezen a později také zakázán (Kasal, 1999). Frouzová (2003) popisuje, že nynější situaci předcházela masový rozvoj hazardního hraní započatý po roce 1989. Vlasáková et al. (2010) uvádí, že významný zlom ve vývoji v oblasti hracích zařízení představoval rok 2003, kdy na českém trhu začaly být povoleny videoloterijní terminály. Frouzová (2008) upozorňuje, že iluzi o rychlém zbohatnutí zprvu propadaly spíše vyšší střední vrstvy s dobrým vzděláním a rodinným zázemím. Později se problémová klientela začala posouvat dolů směrem k nižším sociálním vrstvám a věk hráčů se začal snižovat. Výherní automaty byly dříve skoro v každé vesnické hospodě. To přispělo ke spojení gamblingu s hospodským životním stylem, což se stalo českým specifikem. Kombinace hazardního hraní s konzumací alkoholu je velmi zákeřná a komplikuje případný problém ustát či zvládnout pozdější léčbu. Od 90. let se začal významně zvyšovat počet provozovaných hracích automatů. V r. 2013 bylo na území České republiky provozováno přibližně 125 000 přístrojů. Salivar & Vlasáková (2011) uvádí, že tento počet je nejvyšší v celé Evropě. Se stoupajícím počtem hracích automatů můžeme pozorovat také prudký nárůst finančních prostředků prosázených v hazardních hrách (Řezáčová et al., 2010). V geograficky i kulturně blízkých zemích jsou počty automatů nižší (Salivar et al., 2011). Je velmi pravděpodobné, že výskyt patologického hráčství v české populaci bude v celosvětovém měřítku nadprůměrný s ohledem na nadprůměrnou dostupnost hazardních her. Nejvyšší podíl na trhu hazardních her – měřeno objemem vložených peněz – dlouhodobě zauímají elektronická herní zařízení (EHZ), zejména videoloterijní terminály (VLT), které podle dostupných údajů zaznamenaly prudký nárůst v období 2008–2012. Dostupnost sázkových her měřená dostupností EHZ (elektronických herních zařízení) je v ČR vysoká, a to jak v evropském, tak pravděpodobně v celosvětovém měřítku, i když nejsou k dispozici komplexní, zcela srovnatelné a aktuální údaje. V r. 2013 připadalo v ČR 7,5 EHZ na 1000 obyvatel, což

podle dostupných údajů představovalo nejvyšší nabídku mezi sledovanými evropskými zeměmi (např. sousední Slovensko má 3,7; Německo 3,0; Polsko 0,6; Rakousko 0,3) (Mravčík et al., 2014).

1.3. Diagnostické vymezení patologického hráčství

Z pohledu odborníků a nabídky specializovaných služeb je velmi důležité diagnostické ukotvení patologického hráčství. Stejně tak i pojmy a souvislosti, které se s touto problematikou pojí. Pokorný et al. (2002) uvádí, že patologické hráčství bylo roku 1980 označeno Americkou psychiatrickou asociací jako medicínský problém a zařazeno mezi duševní poruchy. V České republice se s touto diagnózou setkáváme až od roku 1994, kdy v ČR vešla v platnost Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2011). Přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO), na jejíž přípravě se podílela připomínkami i ČR. Pro hazardní hru neboli hraní o peníze se používá anglický výraz *gambling* a pro osobu, která takto činí, *gambler*.

Slovo *gambler* je slangovým označením pro hazardního hráče, v České republice se častěji užívá ve významu patologického hráče. *Gambling* je neodborným, avšak běžně používaným ekvivalentem pro diagnostickou jednotku patologického hráčství (Nešpor et al., 1999).

Patologické hráčství zařazujeme dle MKN-10 mezi nutkavé impulzivní poruchy. Nejedná se o závislost jako na psychoaktivních látkách. Mluvíme o závislosti na procesu. I když má patologické hráčství se závislostí mnoho společných rysů, v porovnání s ní jsou hazardní hráči specifičtí. Zejména svou celoživotní hravostí, hráčskou vášní, pozorností vůči financím a současně ochotou podstupovat riziko.

Při porovnání závislosti na psychoaktivních látkách a hazardního hráčství nacházíme společná kritéria, jako je silné bažení, zhoršené sebeovládání, zanedbávání jiných zájmů či pokračování v závislostním chování navzdory vzniklým důsledkům. Odlišností bývá nepřítomnost odvykacího stavu, nebo jeho jen velmi slabý výskyt na rozdíl od závislosti na psychoaktivních látkách. Tolerance vzrůstá ve vyšších finančních obnosech, které investují do hry. Zvyšují se i prohrané částky a roste čas, který jedinec tráví hraním. Člověk s touto poruchou má nutkání vykonávat určitý soubor činností. Pokud tuto činnost nevykoná, dostaví se pocity úzkosti, které mohou i nemusí být navenek patrné.

Čím více se jedinec snaží přestat na určitou věc myslet, tím je myšlenka vtíravější a napětí vzrůstá. Umí ho uvolnit jen hra. Vzniká závislost psychická, popř. psycho-sociální. Závislost svými důsledky ovlivňuje i stav fyzický, např. nespavost, vyčerpanost, tíseň na hrudi (Nešpor, 2011; 2007, Kalina et al., 2008).

Psychosomatické projevy, deprese, úzkost či suicidiální tendence se často vyvíjejí jako reakce na neúspěch ve hře a jako reakce na velké finanční a vztahové ztráty. V případě hráčské vášně, která je u hráčů vždy přítomna, dochází často k podceňování nebo ignorování signálů, které naznačují začínající výskyt problémů (Prunner, 2008). Dle Meyera (1999) chápeme tento stav jako ztrátu kontroly nad trváním hry a výškou investovaných peněz, takže jedinec hraje, dokud má u sebe peníze. S popisem charakteristických znaků hráčské vášně se lze setkat u Berglera (in Vacek, 1992), který je popsal následovně: „*Hráč miluje časté riziko, omezuje své zájmy a aktivity, nepoučuje se z porážek, věří ve šťastný osud. Je neschopný přestat hrát, i když vyhraje, nadměrně riskuje, mezi vložením peněz a výsledkem prožívá slastné úzkostné napětí.*“

V současnosti se u nás hráčství obvykle léčí společně s jinými závislostmi nebo velmi podobným způsobem jako látková závislost na chemických substancích. Důvodem je, že mechanismus vzniku závislosti na procesech je v řadě aspektů podobný jako u drogových závislostí, i když nemá přímý vliv na tělo člověka, jako se to děje při akutní intoxikaci. (Frouzová, in Kalina 2008). Šerý (2001) uvádí, že pohled na současnou léčbu patologického hráčství není jednotný. Převládá názor, že multimodální terapie s využitím kombinací více technik a s využitím organizací poskytujících pomoc gamblerům se jeví jako nejúčinnější postup při léčbě patologického hráčství. V současném systému péče však najdeme nedostatečný počet služeb věnujících se speciálně problematice patologického hráčství.

MKN-10 (2011) definuje patologické hráčství jako poruchu (F63.0), která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu. Způsobují újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných. U jedince se vyskytnou tato čtyři kritéria:

1. Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné a opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.

3. Jedinec popisuje silné pužení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
4. Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Pro srovnání uvádíme diagnostická kritéria patologického hráčství dle Americké psychiatrické asociace DSM IV. Jedinec musí splňovat pět (nebo více) z následujících znaků:

1. Zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).
2. Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.
5. Používá hazardní hru jako prostředek jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese).
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
8. Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěra kvůli hazardní hře.
9. Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky, a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře (DSM-IV, 2011).

Z uvedených diagnostických vymezení je evidentní, že definice DSM IV je propracovanější než vymezení MKN-10. Lze si představit, že odborník si s nejasností stavu podle MKN-10 vypomůže právě DSM-IV nebo nyní DSM-V. Zároveň upozorňujeme na

významnou odlišnost v bodě, kdy v MKN-10 najdeme jako jednu z podmínek craving (bažení). Ta překvapivě v DSM-IV a V chybí.

Historie diagnostiky patologického hráčství v manuálu DSM

Diagnóza patologického hráčství byla přidána do DSM v roce 1980 z velké části díky snahám Dr. Roberta Custer, který se věnoval léčbě patologických hráčů. Původní diagnostická kritéria pro tuto diagnózu v DSM III nebyla předem testována. Kritéria byla určena na základě klinické zkušenosti Custer a dalších odborníků. Mezi kritérii byly: zaznamenání počátku hraní a jedinec postupně zažívá ztrátu kontroly. Vyjmenuje sedm položek s důrazem na poškození a ztráty v oblasti rodiny, osobní rovině, profesní rovině, finanční oblasti atd. V tomto vydání bylo patologické hráčství klasifikováno jako porucha kontroly impulzů. V dalším vydání DSM – IV byla kritéria revidována, aby odrážela podobnost s látkovou závislostí, jako je přidání kritéria (opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat). V DSM IV musí patologický hráč splňovat nejméně 5 z 10 kritérií. Všechna kritéria mají stejnou váhu. Od roku 1994 identifikovali lékaři a výzkumníci řadu nedostatků v DSM IV. 1. Tento popis má malou empirickou podporu z prostředí mimo léčbu. Většina patologických hráčů jsou v léčbě. 2. DSM-IV uznává pouze přítomnost nebo nepřítomnost klinického onemocnění, i když důkazy naznačují, že problémy s hráčstvím existují v kontinuu s onemocněním a že subklinické příznaky jsou u patologických hráčů častější. Subkliničtí hazardní hráči označovaní jako problémoví hráči nesplňují kritéria pro DSM-IV, protože své potíže popsali v důsledku hazardních her. Dále se výzkumníci a lékaři ptali na začlenění této diagnózy do klasifikace mezi impulzivní poruchy. Odborníci namítají, že lidé s diagnózou jako pyromanie nebo kleptomanie po svém jednání cítí úlevu. V kontrastu patologičtí hráči cítí často po prohře úzkost (Reilly & Smith, 2013).

V DSM-V je diagnóza patologického hráčství přeřazena z poruch impulzů do kategorie substance a příbuzné návykové poruchy. Důvodem je, že vědecké poznání odhaluje společné prvky s návykovým chováním. Důležitý argument byl, že hra ovlivňuje systém odměny v mozku, stejně jako to dělají umělé zdroje odměny (návykové látky). Nedostatečné údaje z výzkumu však nezahrnuly do této kategorie behaviorální závislosti, jako je např. závislost na sexu, internetu. V DSM V došlo k přejmenování od patologického hráčství na hráčskou poruchu (gambling disorder). To je vítáno mezi

odborníky, kteří naznačovali, že pojem patologický má pejorativní nádech, který posiluje sociální stigma. Další důležitá změna je v klinickém popisu a eliminaci kritéria (dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěra kvůli hazardní hře). Důvodem pro tuto změnu je nízká prevalence tohoto chování. Žádná studie nepotvrdila rozlišení jedinců s diagnózou patologického hráčství a bez diagnózy v souvislosti s kriminálním chováním. Kriminální chování není kritériem pro diagnózu, nevylučuje však, že toto chování je spojeno s hráčstvím (Reilly & Smith, 2013).

Kritérium týkající se lhaní (lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou) bude zahrnovat zmínku o nelegální činnosti.

Další změny v kritériích jsou následující:

- a) Je posedlý hazardem. Změna na: Je často posedlý hazardem, tj. nemusí být posedlý po celou dobu, aby splnil kritérium.
- b) Hraní je způsob, jak uniknout z problémů. Změna na: Když se cítí zoufalý, hraní je způsob, jak uniknout z problémů.
- c) V doprovodném kritériu dohánět ztráty je doplněno, jak často a dlouhodobě dohánět ztráty, které jsou charakteristické pro hraní.

Důležitá změna je z pěti nutných kritérií pro udělení diagnózy na čtyři kritéria.

Historie diagnostiky patologického hráčství v manuálu MKN

Poprvé v roce 1977 byla do mezinárodní klasifikace nemocí revize 9 zařazena diagnóza patologického hráčství, nadřazenou kategorií byly poruchy kontroly impulzů, nespécifické. V 10. revizi MKN je diagnóza zařazena do kategorie nutkavé a impulzivní poruchy. V chystané revizi MKN 11 bude zařazeno patologické hráčství do kategorie poruchy kontroly impulzů s definicí: Patologické hráčství je charakterizováno častým, opakovaným nutkáním k hazardním hrám, které nelze ovládat a které dominují životu člověka i přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí, znehodnocení rodinných vztahů a narušení osobního života. Dojde-li k hazardu v rámci manické epizody, patologické hráčství by nemělo být diagnostikováno samostatně.

Je evidentní, že klasifikace MKN pro patologické hráčství prošla historicky menší změnou, než je u klasifikace v DSM. Stejný zůstává jak pojem patologické hráčství, tak i kategorie, ve které byl od r. 1977 ukotven.

1.4. Diferenciální diagnostika

V rámci diagnostiky i matchingu (párování potřeb klienta) je nutná diferenciální diagnostika patologického hráčství.

V současné době patologické hráčství odlišujeme v MKN-10 (2011) od nadměrného hráčství u manických pacientů (F30.-), což je časté hraní hazardních her, které ještě nepokročilo do patologického stadia. Přesto je velmi nebezpečné, jelikož k patologickému hraní může velmi lehce přejít.

Dále diferencujeme hazardní hráčství a sázkařství (Z 72.6). Řadíme je mezi problémy spojené se životním stylem. Patří pod faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. Nejedná se o duševní poruchy a poruchy chování. Je popisováno jako časté hraní pro vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze. Jedinci jsou schopni sebeovládání, pokud musí čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům.

Dále je nutné odlišit patologické hráčství u disociální poruchy osobnosti (F60.2). Pozorujeme širší trvalou poruchu sociálního chování. Manifestuje se v podobě agresivních činů a nedostatku zájmu o city jiných lidí (Nešpor, 2011).

Zároveň se objevuje problematika hraní i v anamnéze uživatelů jiných psychoaktivních látek, např. pervitinu, kdy do vzorce abúzu patří epizody hraní.

Patologické hráčství bývá diagnostikováno poměrně málo často v souvislosti např. s depresivní symptomatologií či jinými nemocemi. Hráči vyhledávají odborníky pro léčení vzniklých důsledků ze hry, jako jsou deprese, úzkosti, pití alkoholu, dluhy, méně často kvůli samotnému hraní. To potvrzují i níže citovaní autoři. Šerý (2001) uvádí, že patologičtí hráči trpí současně alkoholismem, závislostí na nikotinu, závislostí na jiných látkách. Silná souvislost komorbidních duševních poruch s patologickým hráčstvím byla nalezena v klinických vzorcích populace. Byla zjištěna souvislost s poruchami nálady, jako

jsou deprese, s úzkostnými poruchami a užíváním látek (Lorains et al., 2011). Silná souvislost rovněž existuje s užíváním nikotinu (McGrath & Barrett, 2009).

1.5. Specifika hry

Během hazardní hry vsázíme něco cenného, často to jsou peníze, a výsledek hry je nepředvídatelný. Pavelka (2012) definuje hazardní hru jako „*hru šancí, náhody, při které je poměr vyplácené částky (výhry) nižší, než který by odpovídal skutečnému, matematicky vypočtenému, sázkovému poměru na základě teorie pravděpodobnosti*“. Pro jednu část lidí je hazard relaxační činnost bez negativních důsledků. Pro druhou část je zdrojem problémů. V mnoha ohledech se může zdát jako neškodná činnost. Ve skutečnosti to není sám hazard, který je škodlivý, ale začarovaný kruh, který začne, pokud hráč vsadí peníze, které si nemůže dovolit ztratit, a pak v něm pokračuje, aby se zotavil ze své ztráty. Patologické hráčství často vrcholí velkým množstvím negativních důsledků jak pro samotného hráče, tak pro ostatní lidi, se kterými je v interakci, tj. rodinní příslušníci, přátelé, zaměstnavatel. Dochází ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny, finančním problémům, se kterými souvisí kriminální činnost. Rossow & Hansen (2008) uvádí, že hráči, kteří vyhledali léčbu, mají suicidiální myšlenky nebo se pokusili o sebevraždu. Populační průzkumy naznačují, že riziko sebevraždy se více objevuje mezi hráči než mezi ostatními. Tato tvrzení vyplývají z rozsáhlé literární rešerše, kterou autoři realizovali a při které vycházeli z 283 odborných článků. Ve srovnání populačních studií je riziko sebevraždy 1–6 %, u patologických hráčů až 40 %. Nešpor et al. (2003) uvádí, že třetina hospitalizovaných pacientů se pokusila o sebevraždu, což je více než u závislých na jiných návykových látkách.

Patologické hráčství je na první pohled „chyba“ logiky, která spočívá v neschopnosti pochopit, že hazard se řídí pouze náhodou a náhodnou akcí. Hráči v něm nedokážou přestat a pokoušejí se řídit výsledky hry. Spřádají strategie, jak hru porazit. Mají pocit, že dovedou ovlivnit výsledek na základě osobní dovednosti, ale ve skutečnosti rozhoduje o výsledku hry náhodný charakter událostí. Hráč tento fakt ignoruje nebo popírá.

Podívejme se nejdříve na nejrůznější aspekty hry, které sehrávají významnou roli při jejím vnímání a v tom, aby nás bavila. Prunner (2008) uvádí, že možnost získat více, než jsem vložil, přitahuje řadu lidí. Velikost a rychlost možného zisku přináší napětí. Hráči tuto tenzi, napětí, popisují jako příjemnou. Často je to právě toto, co je přitahuje, a záměrně

tak hru vyhledávají. Na velmi důležitý aspekt upozornil již Fink (1957, 1960). Ze svého pohledu řeší otázku dvojí existence člověka. Existenci člověka ve hře (snění ve hře) a existenci člověka ve vlastním bytí (existenci ve hře). Upozorňuje na magickou produkci světa hry. V jeho pojetí má svět vlastní vnitřní prostor a vlastní vnitřní čas. Člověk je jí plně zaujat a v důsledku toho se od reálného světa odpoutává. Je vtažen její atmosférou, chybí mu kontakt s vlastní realitou. Ztrácí schopnost vnímat čas, vnímá subjektivní herní čas. V situacích vysoce emočně vyhocených, což hra často způsobuje, plyne čas dynamičtěji. Často hráč věnuje hře delší dobu, než původně zamýšlel. Svým zaujetím způsobuje i změnu schopnosti vnímat konkrétní herní situace z pohledu reálných možností či dopadů. Nevnímá rizika a signály možného ohrožení. Navenek často hráč vysílá projevy, které by na veřejnosti nikdy neprodukoval. Kalina (2003) uvádí, že hráč bere přístroj jako živou věc, se kterou komunikuje, čeká odpověď a má pocit, že má možnost volby. Hráč se v přítomnosti automatů cítí svobodný a šťastný, odpoután od starostí všední reality. Hrací přístroj a prostředí herny ovlivňují všechny hráčovy smysly – jak zrakové, tak i sluchové, čichové a taktilní. Blikající světla poutačů heren, hodnoty jackpotů či hudba lákajícího automatu hrají významnou roli při bažení hráče.

Pruner (2008) popisuje základní charakteristiky hry následovně: Neměly by se v ní vytvářet žádné užitkové hodnoty, což by mělo vytvářet aspekt samoúčelnosti. V případě opaku pak jen jako druhotný vedlejší produkt. U automatů jsou touto užitkovou hodnotou peníze. Dalším znakem je spontánnost – k její realizaci dochází na základě dobrovolného rozhodnutí. Herní činnost zprostředkovává jedinci různě intenzivní citové prožitky. Hráč chce získat pozitivní emoce, které hra často přináší, ne vždy je však tento jeho primární motiv naplněn. Vyvolává často i pocity negativní. Uplatňuje se řada kognitivních procesů (fantazie, představivost, schopnost anticipace, pozornost, paměť atd.). Hra souvisí i s osobnostními vlastnostmi, jako je hravost, soupeřivost, persistence, rozhodnost, ochota riskovat. Velký význam sehrává energie jedince, který hru provozuje. Má roli funkčního ventilu, ve způsobu, jak se uvolnit. Holeček, Miňhová & Prunner (2003) uvádějí, že plní různé funkce. Dochází k rozvoji funkce poznávací, projektivní (jedinec promítá do hry svůj pohled na svět), kompenzační (hra je kompenzací nesplněných přání, zklamání, pocitů méněcennosti), seberealizační (každá zajímavá činnost je hrou). Sytí i možnost udržení sociálních kontaktů, realizuje se v určitém prostředí.

Studie věnující se vzniku problémového hráčství za klíčové faktory označují nejen charakteristiky individuální (tedy biologické, psychologické a sociální proměnné), ale také charakteristiky samotné hazardní hry. Situační charakteristiky usnadňují počáteční kontakty s hazardní hrou. Charakteristiky vnějšího prostředí jsou celková četnost herních míst, celkový počet příležitostí ke hře a počet příležitostí v jednom herním místě. Dále podmínky pro vstup, umístění, otevírací doba. Charakteristiky vnitřního prostředí – interiér, osvětlení, teplota v místě, malba, nabídka občerstvení. Podpůrné faktory jsou reklama, nabídky na hry zdarma, poskytování poukázek, nabídky občerstvení zdarma, odvoz zdarma, možnost věcné výhry či přítomnost bankomatu v herním místě. Strukturální charakteristiky jsou integrální součástí hazardní hry. U hráče stimulují pravidelný kontakt s hazardní hrou. Jedná se o pravděpodobnost výhry, počáteční částku nutnou ke hře, o obtížnost hry (to, zda hráč ke hře potřebuje nějaké vstupní znalosti či dovednosti), iluzi kontroly výsledku hry, délku intervalu mezi sázkou a výhrou, výšku potenciální výhry, frekvenci hry, barvu přístroje a zvuky, které přístroj vydává (Dickerson, 2006; Meyer, Hayer & Griffiths, 2009b).

1.6. Herní automaty

Automaty jsou mezi hráči značně oblíbené. V anglicky hovořících zemích jsou automaty známy pod názvem *Slots*, který je odvozen od otvoru pro vhazování mincí. Většina automatů obsahuje tři až pět válců (kotoučů). Cílem hry je roztočit a zastavit válce pomocí tlačítka, páky či dotykové obrazovky tak, aby vytvořily kombinaci stejných symbolů. Čím více stejných symbolů, tím vyšší je výhra, přičemž hodnota jednotlivých symbolů bývá odstupňována.

Obecně můžeme rozlišit tři druhy herních automatů. První přístroje byly sestrojeny v Americe ke konci 19. století. Jednalo se o tzv. jednoruké bandity (*One-armed Bandit*), klasické mechanické automaty. Automaty si rychle získaly oblibu, a byly často instalovány v salónech, restauracích či u holiče. *Jednoruký* proto, poněvadž má jednu páku obvykle umístěnou na pravé straně přístroje (z pohledu hráče). Zatáhnutím za páku se roztáčí válec. *Bandita* pro svou schopnost obrátit vás o všechny peníze, protože dříve se automaty všemožně upravovaly s cílem minimalizovat výplatu výher. Tento fakt však postupně odstranila zpřísnující se legislativa. Kasina musí pro provoz automatů získat certifikát, který zaručuje spravedlivé herní podmínky. Dnes jednoruké bandity známe jako VHP

(výherní hrací přístroj). Druhým typem jsou digitální automaty – obvykle mají LCD dotykový displej. Třetím typem jsou video-loterijní terminály (VLT – *Video Lottery Terminal*). S digitálními výherními automaty se můžeme setkat téměř na každém kroku, často na sebe upozorňují blikáním a specifickými zvuky. Terminály jsou zatím nejmodernějším přístrojem na poli automatů. Jsou součástí širší sítě a jsou napojeny na on-line centrální systém, který generuje náhodná čísla a řídí průběh hry. Minimální vklad do hry může být vyšší než u běžných automatů, ale výhry mohou dosahovat mnohonásobných částek. V současnosti mají automaty podobu elektromechanického či elektronického zařízení. To umožňuje vyšší variabilitu hry. Na válcích jsou různé symboly, oblíbenými jsou zejména rozličné druhy ovoce, čísel (např. 777), zvonky, joker, pokerové kombinace apod. Výhra nemusí být dána pouze kombinací stejných symbolů na původní vodorovné úrovni válců, kombinaci symbolů lze například utvořit i zešikma, případně může být vyhrávajících úrovní více. Výhodou moderních výherních automatů je také to, že automaticky určují výhru, což bylo u historických strojů nepředstavitelné (Pavelka, 2012).

Jestliže první automaty měly pouze tři válce a na každém z nich bylo např. deset symbolů, dalo se vytvořit pouze $10^3 = 1\,000$ různých kombinací. Moderní výherní automaty (VLT) mají obvykle pět válců. Pokud by na každém z nich bylo 50 symbolů, může nastat celkem $50^5 = 312\,500\,000$ různých kombinací. Nižší počet kombinací = nižší maximální možná výhra (jackpot), která se navíc bude objevovat relativně často. Naopak více než 300 mil. kombinací zajišťuje delší latenci, než přijde nejvyšší výhra. Ta se však pohybuje v řádech statisíců (Pavelka, 2012).

Griffiths a Wood (2000) upozorňují na rizika hazardních her na internetu. Touto problematikou se zabývá i Messerlian et al. a Petry (Messerlian et al. 2004; Petry 2006). Frouzová (2008) popsala, že se hráči mohou dostat v chatových místnostech do virtuální sociální sítě dalších hráčů. Z počátku mohou hrát volně bez vsazených financí, potom jsou jim nabízeny velké výhody a slevy. Tato forma hraní se považuje za mnohem nebezpečnější, jelikož se více soustředíme na proces, a pokud chybujeme, v další volbě jsme ochotni více riskovat. Zároveň chybí přímá manipulace s penězi, tím pádem člověk riskuje vyšší a vyšší obnosy. Mezi přímé důsledky přemíry času stráveného online patří zejména narušení denního rytmu, zanedbávání osobní hygieny a výživy, spánková deprivace, únava, bolesti hlavy a očí a zhoršená orientace v čase, redukce mezilidských vztahů, ztráta přátel, osobních vztahů (Wieland, 2005). V neposlední řadě je tato forma hry

více skrytá před zraky okolí, obtížnější k odhalení, náročnější na motivování jedince k léčbě a kontrolu ze strany úřadů.

1.7. Specifické skupiny hráčů

Nešpor (2011) rozlišuje dvě skupiny hráčů. Ti první začali s hazardem už v mladším nebo středním věku, v druhé skupině se objevil problém s hazardem až ve stáří. Autor nepopisuje procentuální zastoupení jednotlivých skupin ani jiný praktický důvod pro toto členění.

Grant et al (2009) rozlišuje seniory, kteří již hráli v mladším věku. Pro ně je charakteristická větší zadluženost, více sociálních problémů, horší zdravotní stav. Druhou skupinou jsou senioři, kteří začali hrát až ve stáří. Sociální, rodinné a psychické důsledky z hraní nejsou tak velké, výrazným doprovodem může být úzkostná a depresivní symptomatika.

Nešpor (2011) popisuje některé specifické rysy u seniorů. Jedná se např. o souvislost se zátěžovou životní událostí, např. odchodem do důchodu, nezaměstnaností, ovdověním. Dále jde o užívání alkoholu nebo léků, např. antiparkinsonik, chronická onemocnění, bariéry pro vstup do léčby, pocity samoty, depresivní stavy. Patologické hráčství je u seniorů spojeno s podobnými riziky jako u mladších hráčů, např. sebevražedné myšlenky a pokusy (Ladd et al. 2003; Tirachaimongkol et al, 2010). Blaszcynski & Nower (2002) zdůrazňují, že neexistuje jednotný koncepční teoretický model pro vznik patologického hráčství, ale že zde hrají roli determinanty, jako jsou např. osobnostní, psychologické, biologické vlastnosti. Tito autoři popsali tři mechanismy (typické skupiny hráčů), jak se může patologické hráčství rozvinout:

1. Patologické hráčství u duševně zdravých. Hráči, kteří nemají žádnou míru psychopatologie. V léčbě spolupracují a vykazují pozitivní výsledky v abstinenci. Významnou roli zde hrají behaviorální mechanismy a kognitivní omyly. Základem je teorie učení a kognitivní procesy pro vznik patologického hráčství.
2. Patologické hráčství, které vstupuje do interakce s emočními poruchami. Studie prokázaly vysokou prevalenci poruch nálad a deprese, úzkosti u problémových a patologických hráčů. Poruchy efektivit se mohou lišit v závislosti na pohlaví.

3. Patologické hráčství, které vstupuje do interakce s poruchami osobnosti. Projevují se u nich maladaptivní vzorce chování. Jedná se o impulzivní a antisociální poruchu. U hráčů také nalezneme sklon vyhledávat vzrušující zážitky a vyhýbat se pocitu nudy.

1.8. Faktory, které se podílejí na vzniku a udržení patologického hráčství

V literatuře můžeme nalézt několik teoretických pohledů, které se zabývají vznikem patologického hráčství. Nelze vymezit jeden přístup a teorii, které by vedly právě ke vzniku patologického hráčství. Nutné je si uvědomit, že příčiny pro vznik jsou multifaktoriální. Pokud bychom nahlíželi na patologické hráčství jako na závislost, bereme v potaz bio-psycho-socio-spirituální přístup, jako tomu bývá i u jiných látkových závislostí.

Řada výzkumníků se zabývá faktory, které vedou ke vzniku a udržení patologického hráčství, ovšem panuje mezi nimi značná nejednotnost. Níže stručně zmíníme některé teoretické pohledy.

Neurobiologická koncepce pracuje s hypotézou, že specifické neurotransmitery se vztahují k různým aspektům hráčství a mohou se podílet na vzniku patologického hráčství. Prvním z nich je noradrenalin, který pozitivně koreluje s vyšší mírou vzrušení a vyšší srdeční činností patologických hráčů. Dále serotonin, který se podílí na kontrole a impulzivité a zhoršeném sebeovládání. Studie u patologických hráčů prokázaly nízké hladiny serotoninu. Dále zvýšenou míru dopaminu, který hraje klíčovou roli v systému odměny. Systém odměny je aktivován při hraní (Potenza, 2008).

McCown & Chamberline (2000) zdůrazňují tzv. model pozitivní podpory, jehož základem je prvotní pozitivní zkušenost, která podporuje hráče k dalším opakovaným zkušenostem. Obzvláště výskyt nepravidelných výher představuje stimul, který je odolný vůči vymizení. I v době, kdy hráč prohrává, má před sebou vidinu výhry. Existují i další typy pozitivní opory, které udržují hráčské chování. Jde např. o materiální bonusy, jako je občerstvení zdarma, podnětové prostředí, audiovizuální stimuly, kognitivní stimuly, tj. informace o výhrách druhých hráčů apod. (Hayano 1982; Ocean & Smith, 1993). Jiní autoři popisují model negativní podpory. McCogahy (1980) píše o touze prokázat sobě i

druhým schopnost dosáhnout výhry. Hráči, kteří ještě nedosáhli své výhry, pokračují ve svém chování ve snaze vyhnout se pocitu nesplněného očekávání spojeného s nepříjemnými pocity. Hráči tak ve hře pokračují dál na úkor silných ztrát a problémů, aby dokázali sobě i druhým, že dokážou vyhrát.

Důležitou teorií je teorie kognitivních omylů (Rogers, 1998; Toneatto, 1999; Lorenz, 1993; Blasczynski, 2000). Teorie popisuje vznik a udržení iracionálních přesvědčení a myšlenkových chyb. Tyto chyby můžeme členit do několika kategorií. 1. *Pověry*: hráči pevně věří, že existují předměty, které jim přinášejí štěstí. Inklinují k rituálům, které je dovedou k výhře. 2. *Interpretační předpojatost*: hráči přisuzují výhru svým schopnostem a zkušenostem. Prohry jsou pak důsledkem neštěstí. 3. *Dočasný teleskoping*: hráči věří, že výhry jsou rovnoměrně rozloženy a že na základě pravděpodobnosti musí brzy vyhrát. 4. *Selektivní paměť*: hráči si více zapamatovávají výhry a zapomínají na prohry a na součty prohraných peněz na úkor peněz vyhraných. 5. *Subjektivně produkováné klamné korelace*: hráči připisují příčinné souvislosti kontextovému stimulu, který má nahodilý vztah k výhře či prohře. Hráči je často povyšují na zákonité vzorce. Hráčské bludy rozpracovává také Nešpor (2011), zde zmiňujeme alespoň některé. *Blud o rychlém zbohatnutí*: hráči věří, že díky hře lze rychle zbohatnout. *Blud o zajímavosti hry*: postupem času přestává být hra natolik zajímavá, že hráč inklinuje k dalším typům hry. *Blud spořitelny*: patologický hráč si myslí, že by mohl někdy vyhrát nazpět ztracené peníze. I kdyby někdo trochu peněz nazpět vyhrál, víme, že by se tím jen posílilo patologické hráčství. Náhodná výhra by připravila půdu pro další prohry a další zbytečné utrpení. *Blud o úniku a odreagování*: podle tohoto bludu se dá hrou uniknout před neřešenými osobními, rodinnými, citovými nebo pracovními problémy. Neřešený problém v době hraní nemizí, ale většinou narůstá a hra k tomu přispívá. Probuzení ze světa fantazií přijde dříve nebo později tak jako tak. Ovšem čím dále do fantazií člověk zabředl, tím bolestnější je návrat do skutečnosti. *Blud o vlastní genialitě*: hráči si myslí, že našli nebo najdou systém, jak hru obelstít. *Blud o tom, že já to mám pod kontrolou*: řada hráčů se považuje za silné jedince, kteří si myslí, že do toho nikdy nespádnou. *Blud o tom, že se nikdo nic nedozví*: hráč žije v přesvědčení, že se mu bude dařit své hraní a důsledky z něho tajit před svým okolím. *Blud o štědrých automatech a laskavé štěstěně*: hráč věří, že jednou štěstí musí přijít a výhra mu padne. *Blud o výhře*: hráč věří, že jakmile vyhraje dost peněz, přestane hrát. *Blud o kamarádovi*: hráč získává dojem, že automat je pro něho

kamarád, tím, jak se vzdaluje rodině a sociálnímu okolí, utváří si pevnější pouto s hrou. *Blud o nedokončenosti*: hráč má pocit nedokončenosti, rozdělané práce, kterou je třeba dokončit a uzavřít výhrou. *Blud o dluzích*: někteří patologičtí hráči si myslí: „Můj problém jsou dluhy, kdybych je neměl, nemusel bych hrát.“ *Blud o tom, že když člověk vyhrál jednou, musí vyhrát pokaždé*: toto je největší nebezpečí pro hráče, výhra nechodí v pravidelných intervalech.

Prunner (2008) upozorňuje na teorii sociálního učení. Hráči mají tendenci napodobovat chování druhých lidí, obzvláště pokud je toto chování podporováno. Podle Prunnera mají lidé, kteří získali velkou výhru, mnohem vyšší pozornost medií a okolí než ti, kteří prohráli. V poslední době nejen v České republice si můžeme všimnout šíření reklam ve spojitosti s celebritami jako hráči pokeru.

Autoři (Benkovič, 1999; Meyer, 1993; Hullen & Burns, 2000) staví svůj pohled na predispozičních charakteristikách jedinců vedoucích ke vzniku patologického hráčství. Zmiňují např. nízké sebehodnocení, nízkou frustrační toleranci, narušené mezilidské vztahy, hyperaktivitu, impulzivitu, tendenci vyhledávat vzrušující zážitky, zvědavost. Popisují i osobnostní ladění v dimenzi extra-introverze. Extrovertní hráči spíše vyhledávají hry v kasinech. Introvertní hráči preferují výherní automaty nebo sázení.

V našem výzkumu se zabýváme popisem typů hráčů dle predispozičních osobnostních charakteristik, a to z pohledu psychopatologie a vztahové vazby. Snažíme se tyto dva koncepty popsat u patologických hráčů.

2. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru

Jak jsme v předchozí kapitole naznačili, v našem výzkumu se snažíme popsat osobnostní vlastnosti, příp. poruchy osobnosti patologických hráčů. Zvolili jsme si teorii od Cloningera, která je jednou z nejvýznamnějších teorií v současné době. Tato teorie pracuje s biologickou a osobnostní podstatou jedince. To odpovídá i patologickému hráčství, kdy při vzniku hrají roli biologické a osobnostní příčiny. Teorie od Cloningera popisuje stejné neurotransmitery, které jsou popsány v biologické koncepci pro vznik a udržení hráčství.

V této kapitole věnujeme pozornost teoretickým východiskům a jednotlivým dimenzím v rámci modelu temperamentu a charakteru, z něhož vychází dotazník temperamentu a charakteru (TCI-r). Tento koncept je jedním z klíčových pro teoretické ukotvení našeho výzkumu. Tato kapitola pomůže lépe pochopit i teoretický rámec výzkumného nástroje, který jsme použili.

2.1. Temperament

Koncept temperamentu je desítek let zkoumán. Odborníci v literatuře popisují několik teoretických pohledů. V současné psychologii ovšem neexistuje jednoznačné pojetí temperamentu (Cakirpaloglu, 2012). Blatný (2010) zmiňuje, že je důležité vymezení pojmu temperament na základě úrovně definování. Zda temperament vztahujeme v nejširším slova smyslu ke genotypickému základu nebo k jejímu fenomenologickému obrazu. Nyní zmíníme několik definic temperamentu. Např. Říčan (2007, s. 63) uvádí, že temperament *„pojímá formální vlastnosti, nezávislé na obsahu a vědomí a na směru osobních sklonů. Temperament se projeví už v dětství a zůstává stálý. Zahrnuje citové ladění osobnosti, vzrušivost, reaktivitu a aktivitu osobnosti“*. Většina psychologů vyzdvihuje psychickou a konstituční povahu temperamentu. Cakirpaloglu (s. 64, 2012.) definuje: *„Temperament je vrozená energetická dispozice, která určuje specifickou reaktivitu a obecné emoční ladění jedince.“* Vliv sociálních činitelů, výchovy a učení na temperament je velmi omezený. Temperament v průběhu socializace doznává jen nepatrných změn ve smyslu sladění autentického projevu jedince s normou sociální žádoucnosti, slušnosti. Rot (1994) charakterizuje pojem temperament jako vrozený a

neměnný způsob reakce na podnět. Zajišťuje získaným dispozicím energetické pozadí. V porovnání s ostatními osobnostními složkami zajišťuje autentičnost individuálního prožívání. Balcar (1991, s. 87) označuje temperament jako „*obecné vlastnosti duševní dynamiky, uplatňující se v prožívání a v projevech člověka*“. Jiní autoři, např. Blatný (2010, s. 23), temperament definují jako „*psychologickou charakteristiku osobnosti, která je vrozená (dědičná), má biologický základ a týká se formální, nikoli obsahové stránky prožívání*“. Kagan (1989) charakterizuje temperament jako vrozené vzorce chování a biologické funkce organismu, které se projevují od narození a nabývají různých genotypických výrazů v závislosti na osobní zkušenosti člověka. Dalšími definicemi temperamentu se zabýval např. Allport, 1938; Buss, 1991; Smékal, 2002 (Allport, 1938; Buss, 1991; Smékal, 2002).

V psychologii existuje celá řada teorií temperamentu. Cakirpaloglu (2012) ve své knize tyto koncepce dělí na **kategoriální** a **dimenzionální**. Mezi kategoriální řadí např. Jungovu a Pavlovovu teorii temperamentu. Dimenzionální pojetí dále dělí na dvojdimenzionální teorii (Eysencka), trojdimenzionální teorie (Kretschmera, Sheldona) a vícedimenzionální teorie (Guilforda, Heymans- Wiersma, Cloningerova aj.).

Blatný (2010) rozděluje a popisuje různé teorie temperamentu na základě níže zmíněných kritérií. Mezi kritéria řadí A) **obsahové vymezení pojmu temperament** (emocionalita vs. chování jako celek). Část teoretiků vymezuje temperament pouze jako emocionální charakteristiky osobnosti (např. Goldsmith a Campos, Kagan, Cloninger). Jiní zahrnují pod pojem temperament veškeré osobnostní charakteristiky, které se týkají formální, nikoliv obsahové stránky prožívání (např. Buss a Plomin, Eysenck, Merlin a další). B) **struktura temperamentu** (jednodimenzionální vs. vícedimenzionální). V literatuře rozlišujeme jednodimenzionální koncepce (Kagan, Zuckerman) a vícedimenzionální (Buss a Plomin, Eysenck, Cloninger, atd.). C) **metodologický přístup** (kauzální vs. deskriptivní). Deskriptivní teorie biologické základy temperamentu předpokládají. Nevycházejí však a priori z žádné biologické koncepce při popisu temperamentových dimenzí a opírají se spíše o empirická data (Thomas, Chessová, Goldsmith, Campos). Kauzální teorie se zaměřují na hledání biologických mechanismů, ležících v podkladu temperamentu (Buss a Plomin, Cloninger, Eysenck, Kagan, Zuckerman). D) **sledovaná populace** (dětská vs. dospělá). Studium temperamentu u dětí se zabývali spíše severoameričtí vývojoví psychologové (Thomas Chessová, Goldsmith a

Campos). Temperament berou jako regulační činitel, který se uplatňuje v dětství, v dospělosti tuto úlohu přebírá osobnost. Studie v dospělé populaci představují zástupci pavlovské školy, např. Něbylicyn, Strelau, Merlin, Zuckerman.

2.2. Charakter

Charakter dle Cakirpaloglu (2012, s. 79) představuje „*psychologický konstrukt jedinečného souhrnu získaných osobnostních vlastností, které zabezpečují důslednost v etickém a morálním projevu člověka*“. Charakter představuje mentální konstrukt, je jedinečný, konzistentní systém zásad. Není vrozená osobnostní vlastnost, ale utváří se v rámci sociální interakce konkrétního člověka. Zásady a normy jako dominující prvky charakteru určují etickou proaktivitu a také morální reaktivitu člověka, tedy jak se vůči dané situaci má či musí postavit. Utváří se pomocí psychologického procesu učení. Charakter iniciuje a řídí prosociální myšlení, cítění a projevy člověka. Dle Allporta (1938) vyjadřuje charakter individuální zvláštnost člověka. Je ovlivněn sociálním tlakem a osobním očekáváním, kontrolou impulzů a percepční diferenciací.

Psychologický výklad původu, skladby a vývoje charakteru je nejednotný. V literatuře můžeme najít koncepci charakteru od Freuda, Fromma, Reicha o morálním vývoji v teorii Piageta nebo Kohlberga. Pro naši práci je důležitý výklad od Cloningera.

Níže podrobně popisujeme teorii Cloningera. Tento koncept je pro tuto práci klíčový, protože z teoretického pojetí Cloningera se snažíme popsát výzkumný soubor patologických hráčů.

2.3. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru

Teorie charakteru a temperamentu od C. R. Cloningera je v současné době jedna z nevýznamnějších biologicky podložených systémů pro popis osobnosti (Preiss et al., 2006). Je význačná především propojením neurofyziologického a neuropsychologického výzkumu osobnosti (Larsen & Buss, 2010).

Cloninger (2003) pojímá temperament jako ty složky osobnosti, které jsou dědičné, vztahují se k emocionalitě, jsou vývojově stabilní a neovlivnitelné socio-kulturním učením.

Cloninger dále vymezuje jako dvě složky osobnosti charakter a temperament. Temperament je považován za emocionální jádro osobnosti, jehož jednotlivé složky obsahují vrozené neurobiologické dispozice raných emocí, jako jsou zlost, připoutání nebo strach, a s nimi související automatické reakce na vnější podněty, jako je inhibice, aktivace nebo udržování určitého chování (Svrakic et al., 2002). Model charakteru vychází z rozdílných typů učení a způsobů, jakým člověk přizpůsobuje chování vůči svému okolí. Pro strukturu osobnosti v pojetí Cloningera (1999) je stěžejní asociativní učení (podmiňování), jež je součástí procedurálního učení (nabývání kognitivních a motorických dovedností nebo návyků).

V 90. letech zformuloval strukturální model osobnosti jako celku. Mimo pojmu temperament, který vztahuje k dědičným, vývojově stabilním a emočně založeným rysům osobnosti, zavádí pojem charakter. Tímto pojmem označuje vědomou reflexi sebe a mínění o vlastní osobě a s tím spojené intencionální (volní) chování (Cloninger, 2003; Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993). Charakter představuje druhou strukturální část osobnosti. Podobně, jako temperament reprezentuje emocionální jádro osobnosti, je charakter jádrem konceptuálním, váže se k vědomě prožívaným sebe-konceptům, jako jsou osobní cíle a hodnoty. Obsahuje vyšší kognitivní funkce (abstrakci, symbolické a logické myšlení) a sekundární emoce (např. empatie, naděje, láska či víra). Z hlediska psychologické diagnostiky umožňují dimenze charakteru rozlišení mezi zdravou a poruchovou osobností (Cloninger & Svrakic, 2009). Charakter není ve srovnání s temperamentem vrozený, ale je ovlivněn zráním a sociokulturním učením (Cloninger, 1994). V rámci charakteru jsou identifikovány tři hlavní dimenze. První je *sebeřízení*, které reflektuje koncept self jako autonomního jedince a odpovídá za zahájení a organizaci chování směřujícího k naplnění osobních cílů. Obsahuje vědomě prožívanou úroveň pocitů osobnostní integrity, sebeúcty, efektivnosti naděje či sebeakceptace. Jedinci s nízkou úrovní sebeřízení jsou popisováni jako nezralí či jako opoždění ve vývoji charakteru. Tato dimenze koresponduje s úrovní exekutivních funkcí osobnosti. Druhou složkou charakteru je *kooperativnost*, která vychází z konceptu self jako součásti společnosti. Zahrnuje sociální toleranci, empatii, ochotu pomoci, morální principy a pocity soucitu či sounáležitosti. Poslední dimenzí charakteru je *sebepřesazení* zahrnující spontánní pocity sounáležitosti s okolím jako jednotného celku. Je založen na konceptu self jako integrální součásti vesmíru. Odpovídá za pocity mystičnosti, náboženské víry, trpělivosti (Cloninger et al., 1994; Cloninger, 1994).

Skutečnost, že charakter je výsledkem jedinečných životních zkušeností, podle Cloningera et al. (1994) způsobuje, že jedinci se stejným temperamentem se mohou chovat naprosto odlišně. Například jedinec s vysokým skórem v dimenzi *vyhledávání nového* a nízkým ve *vyhýbání se poškození* by mohl mít impulzivní poruchou osobnosti, avšak díky vysokému skóru *sebeřízení* a *kooperativnost* se bude jednat o velmi zralého odvážného vědce nebo obchodníka. Charakter reprezentuje úroveň a míru socializace a zralosti osobnosti. Charakter odpovídá za kognitivní zpracování sensorických vjemů, které jsou jinak regulovány vrozenými temperamentovými vlastnostmi. Tato vzájemná interakce charakteru a temperamentu ústí ve vývoj realistických a internalizovaných konceptů self a vnějšího světa (Cloninger & Svrakic, 2009).

C. R. Cloninger (1994, 1998, 2003) se ve svém výzkumu primárně zaměřil na odhalení a popis neurogenetické báze osobnosti. Vychází přitom z předpokladu, že identifikace takových bazálních predispozic umožní predikovat jejich vývoj, včetně poruchové stránky osobnosti. Dále lépe rozpoznat jejich projevy na vyšších behaviorálních úrovních a jasněji je odlišit od sociálně ukotvených, volných složek osobnosti, které souhrnně označuje jako charakter.

Na základě svých výzkumů Cloninger (1986, 1987) rozlišil čtyři temperamentové dimenze. Jedná se o vyhýbání se poškození (Harm Avoidance, HA), vyhledávání nového (Novelty Seeking, NS), závislost na odměně (Reward Dependence, RD) a perzistence (Persistence, P). Dimenze vyhýbání se poškození je vymezena póly náchylnosti k úzkosti a vitality spojené s riskováním, dimenze vyhledávání nového je vymezena póly explorační impulzivity a stoické uměřenosti a dimenze závislosti na odměně je zakotvena sociálním přilnutím na jedné straně a rezervovaností či chladem na straně druhé. Vrozené biologické dispozice temperamentu vztahující se k procedurálnímu učení (procedurální paměti) jsou kortikálně ukotveny vzájemně nezávislými mozkovými systémy. Míra aktivace těchto systémů je základem odlišností mezi lidmi, a tedy i základem jednotlivých dimenzí temperamentu (Cloninger, 1994). Neurobiologickým základem je dle Cloningera limbický systém (amygdala, hypotalamus, striatum), přičemž individuální rozdíly v jednotlivých temperamentových dimenzích jsou spojeny s aktivitou odlišných systémů neurotransmiterů (Cloninger & Svrakic, 2000).

Vzájemnou souvislost mezi neurofyziologickými systémy chování, dominantními neurotransmitery a dimenzemi temperamentu zobrazujeme v tabulce č. 1.

Tab. č. 1. Čtyři základní mozkové systémy ovlivňující způsob reagování na specifický podnět (Cloninger & Gilligan, 1987; Cloninger, 1994, Cloninger & Svrakic, 2009).

Systém chování	Příslušná dimenze	Základní neurotransmiter	Podnět	Reakce
Aktivační systém	Vyhledávání nového	dopamin	Novost/neznám ost	Explorační chování
			Očekávaná odměna	Aktivní přibližování se
			Očekávaná úleva od monotonie nebo trestu	Aktivní vyhýbání
Inhibiční systém	Vyhýbání se poškození	serotonin, GABA	Podmíněné signály pro trest, novost nebo frustraci	Pasivní vyhýbání se
Závislostní systém	Závislost na odměně	noradrenalin, serotonin	Udržování dřívě podmíněného chování	Sociabilita, přibližování se
Perzistentní systém	Perzistence	glutamát, serotonin	Částečné posílení	Odolnost vůči vyhasínání

Jednotlivé dimenze temperamentu jsou v populaci normálně rozloženy a vykazují univerzální platnost napříč různými kulturami, etnickými skupinami či politickými systémy. Kromě vysoké míry dědičnosti prokázané četnými studiemi dvojčat jsou velmi stabilní v průběhu lidského života. U dětí raného věku lze pozorovat rozdílné emocionální způsoby reagování, které lze přisoudit jedné z dimenzí. Tyto rysy osobnosti se pak stabilizují kolem druhého a třetího roku života a zůstávají poměrně neměnnou charakteristikou osobnosti jedince. Z neurobiologického hlediska je temperament spojen s fungováním limbického systému, především s gyrus cingulate, amygdalou a striatem (Cloninger & Svrakic, 2009).

Cloninger et al. (1994) dává tento moderní čtyřdimenzionální model do vztahu s Kretchmerovou typologií temperamentu, kdy vyhýbání se poškození odpovídá typu melancholika, vyhledávání nového typu cholera, sangvinik koresponduje se závislostí na odměně a flegmatik s dimenzí perzistence. Stejně tak mohou být jednotlivé dimenze popsány podle toho, jaká emoce typicky převládá v prožívání: strach (vyhýbání se poškození), zlost (vyhledávání nového), láska (závislost na odměně) a konečně houževnatost (vytrvalost).

2.3.1. Popis dimenzí temperamentu

Temperament je tvořen čtyřmi základními dimenzemi (rysy vyššího řádu), které jsou měřeny pomocí dotazníku TCI (The Temperament and Character Inventory) (Cloninger et al., 1994; Preiss, nedatováno). V české literatuře existují dva překlady jednotlivých dimenzí a fazet TCI. K názvosloví základních dimenzí temperamentu a charakteru používáme překlad od Blatného (2010). Překlad jednotlivých fazet používáme od Preisse (nedatováno) zejména proto, že Blatný (2010) názvy fazet neuvádí.

Vyhledávání nového. Jedná se o temperamentový rys, složený ze čtyř subdimenzí (fazet) *vzrušení z průzkumu – stoická strnulost (NS1)*, *impulzivita – reflexe (NS2)*, *výstřednost – odstup (NS3)* a *neukázněnost – usměrnění (NS4)*.

Jedinci s vysokými skóry v této dimenzi jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Výhodou pro ně je, že se s nadšením zapojují do věcí, kterou jsou pro ně nové a neznámé, to je vede k objevování nových potenciálních odměn. Nevýhodou těchto osob je, že, kdykoliv jsou jejich tužby frustrovány, snadno ztrácejí o tyto věci zájem, což vede k proměnlivosti cílů, nestálosti a nevyočitatelnosti v mezilidských vztazích. Naopak jedinci s nízkými skóry jsou popisováni jako rezervovaní, málo vzrušiví, stoučtí, lhostejní, nezvědaví, střídmi, tolerující monotónnost, systematickosti a řád.

Vyhýbání se poškození. Dimenze složená ze čtyř rysů nižšího řádu: *obavy z nadcházejícího a pesimismus – nepotlačovaný optimismus (HA1)*, *strach z nejistoty (HA2)*, *nesmělost vůči cizím lidem (HA3)* a *únava a slabost – životní energie (HA4)*.

Jedinci skórující výše jsou obezřetní, bázlivi, opatrní, mají sklon být napjatí, ostýchaví, nejistí, prožívají negativní emoce, negativismus či pesimismus i v situacích, které ostatní osoby neznepokojují. Tito jedinci mají tendenci chovat se nespěle a staženě ve většině sociálních situací. Snadněji se cítí být unavení a bez energie. Následkem toho jsou více citliví na kritiku či potrestání, a potřebují tak více ujištění a podpory. Jejich výhodou je lepší schopnost předvídat nebezpečí, být na něj lépe připraveni. Nevýhodou jsou pak pesimismus a nespělost, které je vedou k neopodstatněným obavám, i když nebezpečí nehrozí, ale je neustále očekáváno. Na opačném pólu se nacházejí jedinci bezstarostní, uvolnění, odvážní, klidní i v situacích, které ostatní považují za znepokojující.

Jsou to jedinci smělí, sebevědomí ve většině sociálních situací, snadno vycházejí s lidmi ve svém okolí. Obvykle také oplývají životní energií a dynamičností. Výhodou pro jedince s nízkým skórem je, jestliže čelí nebezpečí a nejistotě, zvládají tyto situace optimisticky a energicky s malým nebo žádným distresem. Naopak podceňování nebezpečí může vést k nereflektovanému optimismu.

Závislost na odměně. *Závislost na odměně* tvoří tři fazety nižšího řádu, kterými jsou *sentimentalita – citový chlad (RD1)*, *otevřenost vůči vřelé komunikaci – stranění se (RD2)*, *náklonnost – netečnost (RD3)* a *závislost – nezávislost (RD4)*.

Jedinci s „vysokou“ závislostí na odměně mají sklon být srdeční, citliví, milující, něžní, závislí, oddaní a sociabilní. Rádi komunikují a vyhledávají kontakt s jinými lidmi. Většinou, když někam jedou, snadno si najdou někoho, koho si oblíbí. Jejich výhodou je, že dokážou snadno číst v sociálních situacích, což jim umožňuje navazovat vřelé vztahy a porozumět druhým lidem. Nevýhodou může být, že jsou snadno ovlivnitelní, to může vést ke ztrátě objektivity. Opačný pól této dimenze tvoří jedinci praktičtí, tvrdohlaví, chladní a sociálně necitliví. Vyhovuje jim, když jsou sami, a zřídka spontánně navazují rozhovory. Obvykle mají problémy najít něco společného s jinými lidmi. Jejich výhodou je, že díky své nezávislosti na sentimentálních úvahách si dokážou udržet praktický a objektivní pohled. Nevýhodou je, že tato jejich sociální nepřipoutanost a nedostatek citlivosti pro komunikaci často vedou k interferenci všeobecně prospěšných sociálních vztahů. Jejich necitlivost navíc často ústí do sobeckého pohledu na věc, který neumožňuje připustit a porozumět pocitům a názorům druhých lidí.

Perzistence. Tato škála byla původně součástí dimenze závislost na odměně, ale faktorovou analýzou byla posléze zařazena mezi čtyři hlavní rysy temperamentu. V dotazníku TCI je reprezentována osmi položkami, které reprezentují čtyři nezávislé subdimenze vysvětlující udržování určitého chování. Jsou jimi *snaživost, pracovitost, ambicióznost – podceňování se, perfekcionismus – pragmatičnost* (Preiss, nepublikováno). *Otevřenost vůči vřelé komunikaci – stranění se (RD2)* byla přidána později v dotazníku TCI-R. Preiss (nedatováno) uvádí překlad, kterým se řídíme. Cloninger et al. (1994) tuto položku neuvádějí, proto jsme ji z originálního znění (Openness to warm communication vs. aloofness) převzali od Snopka et al. (2012) a přeložili ji, aby byl výčet dimenzí a fazet

v této části práce kompletní. Cloninger et al. (1994) tyto fazety popisuje podrobněji v kontextu důsledků chování, které je očekáváno.

Vysokého skóru v této dimenzi dosahují jedinci snaživí, pracovití, vytrvalí, odolní vůči frustraci a únavě. Pokud očekávají odměnu, je pro ně typické své úsilí ještě zvýšit. Jsou ochotni se dobrovolně přihlásit o nedodělanou práci a horlivě se vrhají do svých pracovních či studijních povinností. Překonávat únavu či frustraci pojmají jako svou osobní výzvu. Jen neradi se vzdávají a kritika či nedostatky jejich práce je ještě více motivují k většímu úsilí. Tito lidé mají perfekcionistické tendence a často se stávají workoholiky, kteří sami sebe tlačí dál, než je nezbytně nutné. Výhodou je, že jsou velice vytrvalí a věří ve vlastní schopnosti. Nevýhodou může být, že nedovedou včas skončit, přeceňují vlastní síly a schopnosti, neuvědomují si nebo zlehčují zátěž, které vystavují svůj organismus. Jedinci s nízkými skóry v dimenzi *perzistence* jsou vnímáni jako pohodlní, nečinní, nesnaživí, nespolehliví či nestabilní. Jen zřídka jsou ochotni zvýšit své úsilí, a to i pokud očekávají odměnu. Obvykle svou práci začínají pomalu, a to i když je snadná. Málokdy se přihlásí dobrovolně o jakoukoliv práci, pokud nemusejí. Mají tendenci se snadno vzdávat, čelí-li frustraci, kritice či únavě. Jsou to lidé obvykle spokojení se svými výkony nebo schopnostmi, jen málokdy usilují o větší a lepší věci. Výhodou těchto jedinců je pragmatičnost, snadné přistoupení ke kompromisům a nepřetěžování se a dobré plánování činností před zahájením vlastní aktivity.

2.3.2. Popis dimenzí charakteru

Dimenze, které tvoří charakter, jsou *sebeřízení* (Self-Directedness, SD), *kooperativnost* (Cooperativeness, C) a *sebepřesažení* (Self-Transcendence, ST). Podrobněji je níže popisujeme dle Cloningera (Cloninger et al., 1994; Preiss, nedatováno).

Sebeřízení. Jedná se o charakterový rys vyššího řádu, který se sestává z následujících pěti fazet – *zodpovědnost – obviňování* (SD1), *cílevědomost – bezcílnost* (SD2), *vynalézavost – nečinnost* (SD3), *sebeakceptace – sebeodmítavost* (SD4), *sebedisciplína – špatné návyky* (SD5).

Jedinci s vysokými skóry na této dimenzi jsou popisováni jako zralí, silní, soběstační, zodpovědní, spolehliví, cílevědomí a jako dobře integrované osobnosti. Mají zdravou sebeúctu a sebevědomí. Nejvýraznějším rysem těchto jedinců je vysoká efektivita

projevující se v schopnosti adaptovat své chování na individuálně stanovené cíle. Na druhou stranu pokud se musejí řídit příkazy někoho jiného, mohou být vnímáni, jako rebelové vytvářející problému. Je tomu tak proto, že mnohdy kriticky nahlíží na hodnoty a cíle autority a mají tendence je vybízet k jejich uvážení. Kontrastem jsou jedinci popisováni, jako nezralí, slabí, prchliví, obviňující, destruktivní, nezodpovědní, neefektivní a málo interaktivní, pokud se neřídí pokyny nějaké vyvržené osobnosti. Zdá se, jako by jim chyběl nějaký vnitřní organizační prvek, který by jim umožnil nastavit a sledovat smysluplné cíle. Místo toho zažívají mnoho vedlejších, krátkodobých vzájemně se vylučujících impulzů, které se nikdy nevyvinou v dlouhotrvající osobní cíle či hodnoty. V jejich chování dominují spíše reakce na vnější stimuly a okolnosti, než vnitřně stanované cíle a hodnoty. Těmto jedincům bývá velmi často diagnostikovaná porucha osobnosti.

Kooperativnost. „Spolupráce je dimenze charakteru, která se skládá z pěti fazet, kterými jsou *akceptace společnosti – netolerance ke společnosti (CO1)*, *empatie, sociopatie (CO2)*, *ochota pomoci – neochota pomoci (CO3)*, *soucit – pomstychtivost (CO4)*, *úmysly čistého srdce – sobecké prospěchářství (CO5)*.

Vysokých skóre dosahují empatictí, tolerantní, soucitní, spravedliví, féroví, podporující a zásadoví jedinci. Obvykle jsou rádi, když mohou být někomu ku prospěchu, a snaží se spolupracovat, jako je to jen možné. Rozumí a respektují potřeby své i potřeby druhých na nejvyšší možné míře. Jejich vlastnosti jsou velice cenné pro práci v týmu, kde dokážou vytvářet harmonické vztahy. Na opačném pólu této dimenze jsou jedinci popisováni jako do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepřilíš nápomocní. Mají skony se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Preferují samotu před sociální interakcí s vrstevníky. Pokud se mezi vůdci najde jedinec s nízkým skóre v dimenzi spolupráci, ale vysokým v sebeřízení, bude pravděpodobně popisován jako tyran pro nedostatek empatie, soucitu či morálních zásad.

Sebepřesažení. Jedná se o charakterový rys, jemuž přísluší tři fazety nižšího řádu: *tvořivé sebezpotlačení – zaměření na sebe (ST1)*, *transpersonální identifikace – vlastní identifikace (ST2)*, *spiritualita – racionalita (ST3)*.

Jedinci s vysokými skóre jsou trpěliví, skromní, kreativní, nesobečtí a spirituálně založení. Jsou schopni tolerovat mnohoznačnost a nejistotu, dovedou si užívat přítomný

okamžik a aktuálně prováděné aktivity, aniž by byli znepokojeni výsledky této činnosti či aniž by prožívali potřebu tyto okamžiky kontrolovat. Tito jedinci často referují prožitky, jako je jednotnost s vesmírem a pocit, že se vše vyvíjí tak, jak má. Spiritualita jim pomáhá porozumět skutečnému smyslu a účelu jejich života. Jsou to lidé, kteří jsou schopni tolerovat neúspěch i přes veškerou svou snahu, jsou vděční za každý úspěch i neúspěch. V západních společnostech jsou často popisováni jako naivní idealisté, oproti tomu ve východních náboženstvích jako osvícení a moudří lidé. Je tomu tak proto, že jejich osobnostní vlastnosti jsou v kontrastu se západními měřítky materiálního bohatství a moci. Osobnostní vlastnosti jako pyšnost, netrpělivost, nedostatek představivosti, nevnímavost vůči umění, materiálnost, sebevědomí jsou obvykle připisovány osobám dosahujícím nízkých skóreů na této osobnostní dimenzi. Nedovedou tolerovat mnohoznačnost, nejistotu či překvapení, naproti tomu mají tendenci všechno kolem kontrolovat. Mnohdy jsou to lidé neskromní, u nichž se zdá, že nikdy nebudou spokojeni s tím, co mají. Na druhou stranu se jedná o jedince, kteří jsou v západních společnostech obdivováni za svoji racionalitu, objektivitu a materiální úspěch. Pro přehlednost charakterizující popis uvádíme i v tabulce č. 2.

Tab. č. 2. Popis dimenzí temperamentu a charakteru dle (Cloninger et al., 1994).

	Dimenze osobnosti	Vysoké skóry	Nízké skóry
Temperament	Vyhledávání nového	Zvědavý, impulzivní, extravagantní, nadšený, zanícený, neukázněný.	Lhostejný, přemýšlivý, skromný, střídmý, netečný, nezávislý, stoický, systematický.
	Vyhýbání se poškození	Ustaraný, pesimistický, pochybovačný, bojácný, stydlivý, snadno unavitelný.	Uvolněný, optimistický, sebevědomý, odvážný, smělý, snadno vychází s druhými.
	Závislost na odměně	Sentimentální, vřelý, něžný, závislý, citlivý, oddaný.	Praktický, chladný, mající odstup, nezávislý.
Charakter	Perzistence	Pracovitý, pilný, snaživý, ambiciózní, houževnatý, perfekcionistický.	Neaktivní, lhostejný, snadno se vzdává, pragmatický, skromný.
	Sebeřízení	Zralý, silný, zodpovědný, spolehlivý, efektivní, sebeakceptující, chování kongruentní s dlouhodobými cíli, hodně zdrojů osobnosti.	Nezralý, slabý, nespolehlivý, obviňující, neefektivní, nečinný, bez dlouhodobých cílů, destruktivní, chování je nekongruentní s dlouhodobými cíli.
	Kooperativnost	Tolerantní, empatický, ochotný pomoci, konstruktivní, soucitný, zásadový, etický.	Netolerantní, kritický, neochotný pomoci, pomstychtivý, destruktivní, oportunistický.
	Sebepřesah	Moudrý, trpělivý, kreativní, obětavý, oplývající pocity jednoty.	Netrpělivý, sebevědomý, pyšný, s nedostatkem pokory.

2.4. Cloningerova teorie a patologické hráčství

Nordin & Nylander (2007) realizovali výzkum se 38 hráči (31 mužů, 7 žen) s průměrným věkem 35 let. Průměrný věk začátku hraní byl 26 let a průměrná délka hráčské kariéry 9 let. V kontrolní skupině bylo 76 lidí (bez problému s hraním, s podobným věkem, byli vybráni z normální populace). Předmětem zkoumání bylo zjištění poruch osobnosti a dimenzí temperamentu a charakteru u patologických hráčů. Padesát tři procent patologických hráčů splnilo kritéria pro poruchy nálady, 40 % splnilo kritéria pro úzkostnou poruchu. Jeden patologický hráč měl hraniční poruchu osobnosti. Sedm mělo schizotypální poruchu osobnosti a čtyři měli nespecifikovanou poruchu osobnosti. Patologičtí hráči skórovali v dimenzích temperamentu vyhledávání nového a vyhýbání se

poškození výše než kontrolní skupina. Patologičtí hráči byli méně rigidní, více impulzivní, více extravaganční. Patologičtí hráči měli nižší hodnoty oproti kontrolnímu vzorku v dimenzi charakteru kooperativnosti a sebezpřesahu. Byli méně zodpovědní, měli nízké sebezpřijetí a vysoké impulzivní chování. Byli méně empatičtí a méně tolerantní.

Janiri et al. (2007) se zabývali ve své studii srovnáním dvou skupin hráčů (patologičtí a problémoví) a kontrolní skupiny. Použili metodu TCI. Soubor patologických hráčů tvořilo 60 hráčů s průměrným věkem 39,1 let, poměr mužů a žen byl 1,8:1. Problémové hráče tvořilo 60 hráčů (25 navštěvovalo svépomocnou skupinu, 35 hrálo na internetu). Kontrolní skupinu tvořilo 60 jedinců, kteří věkem, vzděláním a pohlavím odpovídali skupině hráčů. Jednalo se o zaměstnance univerzity. Patologičtí hráči měli vyšší skóry v hodnotách vyhledávání nového než problémoví hráči a kontrolní skupina. Vyhledávání nového vysoce koreluje s antisociální a hraniční poruchou osobnosti. Závislost na odměně se významně lišila od kontrolní skupiny, ne však od problémových hráčů. Sebeřízení a kooperativnost byly významně nižší než u problémových hráčů i u kontrolní skupiny. Nízké hodnoty jsou významné i pro poruchy osobnosti. Negativní korelace s věkem se prokázala u vyhledávání nového u patologických hráčů, pozitivní korelace s věkem se prokázala u sebetranscendence.

Meyer et al., (2005) provedli studii za účelem zkoumání podobnosti a rozdílů mezi temperamentem a charakterem u pacientů s patologickým hráčstvím. Výzkumný soubor tvořilo 12 žen a 22 mužů, výzkumné metody tvořily SOGS a TCI-56. Získané výsledky porovnávali s kontrolní skupinou 221 jedinců. Skupina patologických hráčů výrazně výše skórovala ve škále vyhledávání nového, výrazně níže v sebeřízení a sebetranscendenci. Autoři uvádí, že stupnice SD (sebeřízení) může být prediktor pro závažnost patologického hráčství.

Savron, De Luca & Pitti (2008) realizovali studii se 63 patologickými hráči (53 mužů, 10 žen) a kontrolní skupinou 52 jedinců (45 mužů, 7 žen) s průměrným věkem obou skupin 42 let. Kontrolní skupina odpovídala sociodemografickým údajům hráčů. Jednalo se o rozsáhlý výzkum s velkým množstvím výzkumných metod, mezi něž patřil i dotazník TCI. Ve srovnání s kontrolní skupinou měli hráči vyšší skóry hladiny deprese, úzkosti a impulzivity. V temperamentu měli hráči vyšší skóry vyhledávání nového (NS) a závislosti na odměně (RD) než kontrolní skupina. U charakteru měli vyšší skóry v sebezpřesazení

(ST) a nižší v sebeřízení (SD) a kooperativnosti (C). Nebyly zaznamenány žádné rozdíly ve vyhýbání se poškození (HA) a vytrvalosti (P).

Výše zmíněné studie ukazují, že je žádoucí tuto metodu používat ve vztahu k patologickému hráčství a že může predikovat osobnost jedince.

3. Poruchy osobnosti

V této kapitole věnujeme pozornost jedné z nejčastějších psychiatrických komorbidit doprovázejících patologické hráčství. Porucha osobnosti je závažnou komorbiditou mající (nejen) u patologického hraní úzký vztah k etiologii, průběhu léčby a jejímu výsledku. Popisujeme zde diagnostické vymezení, jednotlivé poruchy osobnosti, které jsou v návazné výzkumné části důležité pro interpretaci výsledků. Na konci kapitoly uvádíme rešerši výzkumných zjištění v souvislosti poruch osobnosti a patologického hráčství.

3.1. Epidemiologie

Prevalence specifických poruch osobnosti se v různých pramenech významně liší, přesto je však zřejmé, že v poslední době vykazuje vzestupnou tendenci. V minulosti se pohybovala kolem 6–9 %, nyní se odhaduje na 11–23 %. Nárůst je vysvětlován rozdílnou metodologií v diagnostice poruch. Četnost poruch ve vazbě na pohlaví se různí u jednotlivých diagnostických jednotek (Faldyna, 2006). Prevalence poruch osobnosti se dle různých výzkumů i jednotlivých poruch osobnosti odlišuje. Clarkin (1998) uvádí celkovou prevalenci poruch osobnosti mezi 10–15 %. Weissman (1993) uvádí celoživotní prevalenci v populaci 10–13 %.

3.2. Diagnostika poruch osobnosti

Diagnostická kategorie poruchy osobnosti se používá od roku 1987. Poprvé se objevila v rámci 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí. Americká psychiatrická asociace, která definovala tuto novou diagnostickou skupinu, vycházela ze statistického určení pojmu osobnost. Potvrzuje to princip uniformity a také normativní pojetí pojmu „zdravá osobnost“, ze kterých se vychází při vymezení pojmu „poruchy osobnosti“.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992, s. 180) definuje, že se jedná o *„hluboce usazené maladaptivní vzorce, které se jeví v širokém spektru vztahů vůči sobě a svému okolí a směřují ke značnému narušení socio-profesních funkcí a subjektivním problémům. Projevují se v adolescenci nebo dříve, přetrvávají v dospělosti a v pozdějším věku postupně ustupují.“*

Dle diagnostické a statistické příručky DSM-IV porucha osobnosti představuje „*přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo v raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození*“ (APA, 1994, s. 624).

Faldyna (2006, s. 177) poruchu osobnosti definuje jako „*přetrvávající vzorec chování a vnitřní zkušenosti, který neumožňuje dostatečnou adaptaci, narušuje schopnost fungování a liší se od očekávání dané kultury. Narušeny jsou oblasti poznávání, emotivity, ovládání impulzů a uspokojování potřeb a zvládání interpersonálních vztahů.*“

Vzniku nové diagnostické kategorie napomohly následující okolnosti Cakirpaloglu (2012).

- A) Pojem „porucha osobnosti“ implikuje existující specifické osobnostní vlastnosti, odpovídající subjektivní potíže a sociální problémy. Nové diagnostické značení rovněž nahrazuje nepřesnou a pejorativní kategorii psychopatie nebo sociopatie.
- B) Zastánci této kategorie očekávají, že dojde k odstranění stigmatizující nálepky (psychopatie) a zkvalitní se vztah mezi terapeutem a pacientem a významně kupředu se posune terapie postižené osobnosti.

Dále Cakirpaloglu (2012) ve své knize uvádí, že porucha osobnosti se alternativně označuje jako chronická maladaptace osobnosti, což implikuje: trvalé změny osobnostních vlastností; komplexní změny, které ovlivňují vnímání, myšlení, prožívání, morálku a další psychické funkce; pokles individuálních schopností učit se a osvojovat si nové obsahy; odolnost vůči tendencím k odstranění nebo nahrazení neadekvátních psychických funkcí nebo chování účinnějšími, sociálně přijatelnějšími obsahy a modely.

Poruchy osobnosti charakterizuje narušení sebehodnocení, hodnocení ostatních lidí a skutečností; tíživé emoční prožívání a nálada; nedostatek vnitřní regulace a kontroly přicházejících impulzů; neadekvátní zkušenost; neschopnost utvářet a udržovat vztahy s jinými osobami; chování protikladné k normám sociálního očekávání.

Nutno zmínit, že se nejedná o duševní nemoc, porucha nespĺňuje dvě podmínky. 1. Obecná dekompenzace osobnosti. Pokud se jedná o mírnou formu poruchy, působí člověk kompenzovaně. Ve společnosti funguje dobře a plní své povinnosti a úkoly. 2.

Neschopnost rozhodovat o vlastní osobě – jedinec s poruchou osobnosti samostatně rozhoduje, zda vyhledá či přijme odbornou pomoc (Cakirpaloglu (2012)).

Faldyna (2006) uvádí, že klasifikace a diagnostika poruch osobnosti jsou jednou z nejobtížnějších kapitol psychiatrie. Orientace v poruchách osobnosti je důležitá pro všechny klinické obory, kde lékař a psycholog přichází do kontaktu s pacientem. Porozumění různým podivným projevům pacienta v kontextu jeho osobnostní dynamiky může zkvalitnit terapeutický vztah i compliance. Cakirpaloglu (2012) uvedl, že poruchy osobnosti tvoří kontinuitu mezi mírnými a závažnými psychickými potížemi. Mnoho jedinců žije a funguje v pracovním a sociálním prostředí, aniž by měli závažnější obtíže. Jejich latentní a problematické rysy mohou být vyvolány nebo zintenzivněny různými stresujícími událostmi. Tuto zátěž jedinec prožívá jako hrozbu pro své Já. Důsledkem toho je emoční obrana a maladaptivní projevy jedince s danou poruchou.

Níže stručně charakterizujeme jednotlivé poruchy osobnosti, používáme členění dle MKN-10. V základním přehledu stručně nastiňujeme charakteristiku poruchy, používané obranné mechanismy a průběh. Tuto charakteristiku zde uvádíme zejména kvůli interpretaci výzkumné části.

3.2.1. Paranoidní porucha osobnosti F 60.0

Charakteristická je nadměrná podezíravost a tendence interpretovat jednání okolí jako vlastní ohrožení. Lidé s touto poruchou reagují nepřiměřeně na kritiku a překážky a domáhají se svých práv. Svět vnímají jako nebezpečný a vztahy jako nevypočitatelné. Mají potřebu být ve střehu a zachycovat náznaky očekávaného ohrožení. Je nedostatečně rozvinuta schopnost důvěry, přiblížení a smysl pro humor. Zabývají se konstrukcemi různých teorií spiknutí nebo konspiracemi, které ale nemají bludnou hloubku (Faldyna, 2006). Praško et al. (2003) uvádí, že jsou tito lidé citliví na kritiku, nezájem a nezdary. Charakteristické obranné mechanismy pro tuto poruchu jsou projekce. V obecné populaci je prevalence 0,5–2,5 % (Faldyna, 2006).

Průběh

V osobnostní rovině se setkáváme zpravidla s problémy ve vztazích, žárlivostí, sériemi konfliktů a stížností. Riziko suicida je nižší, významnější je možnost ohrožení okolí

(Faldyna, 2006). Typické je vyhýbání se intimnějším kontaktu, neustálá připravenost k obraně (Praško et al., 2003).

3.2.2. Schizoidní porucha osobnosti F 60.1

Typickým znakem je sociální stažení, introverze, omezená možnost emočního vyjadřování a nezájem o kolektivní aktivity. Nedokážou vydržet v blízkém vztahu, protože zažívají strach z rozplynutí vlastní identity. Udržují patřičný odstup, díky němuž mohou situaci kontrolovat. Nevyjadřují emoce, vyjádření vnímají jako nebezpečné, protože znamenají riziko velkého přiblížení. V kontaktu vystupují racionálně a logicky, emoce prožívají odděleně od reality, např. ve fantazijní imaginaci. Mají malý zájem o rodinný a sexuální život. Hlavními obrannými mechanismy jsou stažení do imaginace, projekce, introjekce a intelektualizace. V populaci se vyskytuje s prevalencí až 7,5 %, častěji u mužů (Faldyna, 2006).

Průběh

Lidé s touto poruchou vedou většinou samotářský a nenápadný život, pokud založí rodinu, jsou ve vztahu odtahití a málo iniciativní. Preferují individuální zaměstnání. Tendence k suicidii či ohrožení okolí je relativně nízká (Praško et al., 2003, Faldyna, 2006).

3.2.3. Disociální porucha osobnosti F 60.2

Základní hodnotou je pocit síly a převahy nad okolím. Vůči okolí nejsou empatictí, potřeby ostatních je nezajímají a neprožívají pocity viny. Nedokážou odkládat uspokojení svých potřeb i za cenu překročení norem nebo zákonů. I malá frustrace může vyvolat silnou agresivní reakci. Svá přání považují za nejdůležitější věc, která se musí naplnit. Nejsou schopni ve vztahu prožívat vzájemnost, svůj protějšek vnímají jako nástroj pro uspokojení svých potřeb. Vztahy snadno navazují, ale těžko v nich déle vydrží. Obranné mechanismy: onnipotentní kontrola, projektivní identifikace, devalvace. Prevalence je 1 % u žen a 3 % u mužů, ale až 75 % u vězňů (Faldyna, 2006).

Průběh

Porucha se začíná projevovat nejčastěji kolem 15. roku. Disociální jedinci mají tendenci k nestálým vztahům, násilným činům, kriminalitě, alkoholismu a užívání návykových látek (Dinwiddie, Reich & Cloninger, 1992). Nejzřetelnější projevy jsou kolem 30. roku. Mohou být nebezpeční okolí, ale sebevražedné jednání mohou použít jako prostředek vydírání (Faldyna, 2006).

3.2.4. Emočně nestabilní porucha osobnosti F 60.3

Hraniční a impulzivní typ

V praxi se dělení na hraniční a impulzivní typ příliš nepoužívá, převládá používání diagnózy „hraniční porucha osobnosti“. Hlavním problémem je porucha identity. Pacienti získávají pocit o vlastní individualitě jen z reakce okolí, navíc jen fragmentovaně. U sebe a okolí vnímají jen pozitivní nebo negativní aspekty. Nedokážou sebe ani jiné jedince vnímat integrovaně. Používají mechanismus štěpení (splitting). Mají nestálou představu o sobě, prožívají intenzivní a extrémně nestálé vztahy. Typická je labilní efektivita, úzkosti, potíže s kontrolou vzteku a zlosti. Nesnesou samotu, testují reakce okolí. Pocit vnitřní prázdnoty nebo afektivního tlaku je kompenzován excesy bez ohledu na následky – utrácení, experimenty s návykovými látkami, riskantní chování, promiskuita, automutilace jednání, suicidiální pokusy. Typické obranné mechanismy jsou štěpení, projektivní identifikace, primitivní idealizace, devalvace. Prevalence v populaci je kolem 3 % s poměrem 3:1 ve prospěch žen. Odhaduje se, že tvoří 30–60 % podíl ze všech poruch osobnosti (Faldyna, 2006).

Průběh

Průběh je kolísavý a závisí na podmínkách. Výkon ve škole a zaměstnání je kolísavý. Partnerské vztahy jsou nestabilní. Obvyklý je abúzus alkoholu, sebepoškozující jednání, suicidiální pokusy (Praško et al., 2003).

3.2.5. Histrionská porucha osobnosti F 60.4

Charakteristické jsou přehnané emocionální projevy, teatrálnost, snaha o upoutání pozornosti. Chování má erotizující komponentu, přehnanou svůdnost, koketerii. Vyžadují

akci, změnu, vzrušení, dobrodružství a obdiv. Navzdory projevu mohou trpět frigiditou a poruchou potence, popř. popíráním sexuality. Obranné mechanismy jsou vytěsnění, sexualizace, projekce, disociace (Faldyna, 2006). Praško et al. (2003) odhaduje prevalenci této poruchy mezi 6 až 45 % v obecné populaci.

Průběh

Tito lidé jsou často středem pozornosti, dokážou nadchnout a strhnout okolí. Pokud nejsou objektem zájmu, propadají pocitu méněcennosti. Mohou se objevit sklony k alkoholismu a suicidiálnímu chování. Časté jsou somatizující a konverzivní příznaky (Faldyna, 2006).

3.2.6. Anankastická porucha osobnosti

Hlavní znakem je vyžadování neměnného pořádku, perfekcionismu, lpění na pravidlech a stereotypch. Mají vyvinutý cit pro detail, svědomitost, opatrnost. Důležitější je pro ně výkon než radost a zážitek z činnosti. Nemají důvěru v ostatní, neradi delegují činnosti na jiné. Jsou orientováni racionálně a logicky. Mají problém vyjadřovat emoce, mohou vytvářet rituály a stereotypy. Osobnostní dynamika je opačná než u histrionské poruchy: netouží po dobrodružství, nemají rádi dramatické, nekontrolovatelné situace a vzrušení, nevyjadřují emoce a nebývají spontánní. Obranné mechanismy jsou izolace afektu, racionalizace, intelektualizace, moralizace, odčinění. Prevalence je zhruba 1 %, v poměru 2 : 1 je častější u mužů (Faldyna, 2006).

Průběh

Bývají často vyčlenění z kolektivu, vedou stereotypní životní styl, mají problém učinit rozhodnutí, zvažují, aby neudělali chybu. Jsou pedantní a emočně otažití v partnerských vztazích. Často vyhledávají psychiatrickou pomoc, projevuje se u nich chování typu A. jsou nadměrně svědomití a moralizující (Faldyna, 2006, Praško et al., 2003).

3.2.7. Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti F 60.6

Osoby s touto poruchou prožívají napětí, obavy, že budou okolím odmítnuti nebo kritizováni. Přetrvává u nich pocit méněcennosti, neschopnosti. Působí plaše a skromně.

Aby minimalizovali riziko odmítnutí a opuštění, jsou schopni nesmírné vstřícnosti, podřízení se požadavkům okolí a popření vlastních potřeb. Z obranných mechanismů jsou typické introjekce, obrácení pozornosti proti sobě, přesun afektu a idealizace. Prevalence je 0,5–1 % populace (Faldyna, 2006).

Průběh

Projevují se jako plaší a neasertivní lidé, jsou spíše pozorovateli života. Nevěří si ve svých schopnostech a nedovedou je prodat. Díky své vstřícnosti vydrží i ve velmi asymetrických vztazích. Riziko sebevraždy není vysoké (Praško et al., 2003).

3.2.8. Závislá porucha osobnosti F 60.8

Naprostu chybí u těchto osobností autonomie, potřebují něčí pomoc a péči, veškerou zodpovědnost delegují na své okolí. Svému okolí se podřizují, nemají rádi samotu, ve fantazii se zabývají fantaziemi, že budou opuštěni nebo bez pomoci. Ochranu a péči si vynucují. Obranný mechanismus je reaktivní výtvar, objevují se i obrany jako je idealizace, štěpení, projektivní identifikace. Prevalence se odhaduje na 3 % v populaci (Faldyna, 2006, Praško et al., 2003).

Průběh

Jsou velmi submisivní a neschopní nést vlastní odpovědnost, spíše sami sebe zanedbávají, vyšší výkon podávají pro udržení vazby. V partnerském životě je jejich odevzdanost pro partnera neúnosná. Mají úzkostné a depresivní poruchy. Riziko sebevraždy je nízké, pokud nejsou ohroženi opuštěním (Faldyna, 2006).

3.2.9. Narcistická porucha osobnosti F 60.8

Největším rysem této poruchy je potřeba obdivu jako hyperkompenzace nedostatečného pocitu vlastní hodnoty. Mají grandiózní fantazie o vlastní výjimečnosti, důležitosti moci a nadřazenosti. Potřebují, aby jim tyto fantazie okolí potvrdilo. Snaží se vystupovat tak, aby si obdiv, uznání a privilegia automaticky získali. Pokud v okolí nemají dostatečnou odezvu, propadají do dysforie a prožívají závist a vztek. Nejsou schopni empatie a tvorby rovnocenných vztahů. Vztahy využívají k uspokojení svých vlastních potřeb. Základními obrannými mechanismy jsou idealizace, devalvace, štěpení a

projektivní identifikace (Faldyna, 2006, Praško et al, 2003). Prevalence se odhaduje na 1 % v populaci (Faldyna, 2006).

Průběh

Průběh ovlivňuje okolí, v němž se jedinec pohybuje. Nositelé zpravidla získají vysoké postavení a privilegia, aniž by měli odpovídající schopnosti. Často připomíná bipolární poruchu, kdy prožívání kolísá v polohách exaktické grandiozity a narcistického vzteku a závisti. Většinou pro ně není nikdo dost ideální. Mají rádi výlučnost. Riziko sebevraždy závisí na hloubce narcistických zranění (Faldyna, 2006).

3.2.10. Pasivně agresivní porucha osobnosti F 60.8

Tato porucha osobnosti vyjadřuje poruchu socializace. Je v mnohém podobná schizoidní poruše, základním problémem je neschopnost přiměřeného vyjádření agresivních emocí. Povinnosti, požadavky, spolupráce, to vše je vnímáno jako ohrožení vlastní identity. Okolí mají potřebu trestat lhostejností, bojkotem, výmluvami. Nejsou ochotni se přizpůsobovat, přímý vzdor by v nich vyvolal neúnosný pocit viny a izolace. Typickými obrannými mechanismy jsou reaktivní výtvor, projekce, racionalizace (Faldyna, 2006, Praško et al., 2003). Prevalence není známá. (Faldyna, 2006).

Průběh

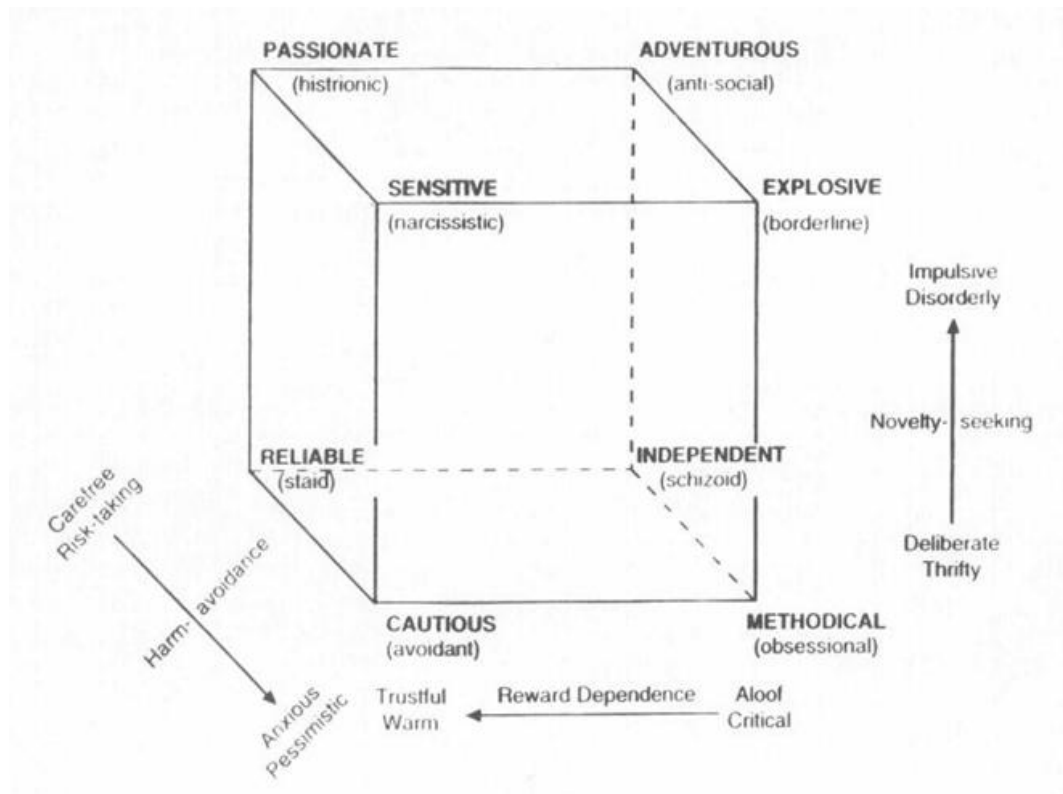
Problémy se nejvíce objevují ve vztazích a sociálních aktivitách. Bývají považováni za nespolehlivé a nezodpovědné, obvykle ale i nekonfliktní. Riziko suicidia a heteroagrese není vysoké. (Faldyna, 2006). Komplikaci může způsobit abúzus návykových látek deprese (Praško et al., 2003).

3.3. Cloningerova teorie a poruchy osobnosti

Cloninger se zabýval i využitím temperamentových dimenzí v predikci poruch osobnosti. Na základě dílčích nálezů lze podle něj vysledovat určité obecné inklinace k poruchám osobnosti v závislosti na temperamentových dispozicích. Osoby s úzkostnými poruchami osobnosti (klastr C podle DSM-IV, závislá, vyhubá a obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti), mají vysokou míru vyhýbání se poškození, impulzivní poruchy osobnosti (klastr B podle DSM-IV, antisociální, hraniční, narcistická, hirsťonská

porucha osobnosti) souvisejí s vysokou mírou vyhledávání nového. Vyhubavé poruchy osobnosti (klastr A podle DSM-IV, paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha osobnosti) jsou spojeny s nízkou závislostí na odměně a u obsesivních pacientů byla zjištěna míra perzistence. Pro ilustraci uvádíme obr. č. 1.

Obr. č. 1. Model poruch osobnosti v Cloningerově teorii (Cloninger & Svrakic, 2009)



Vztah k poruchám osobnosti je u TCI opakovaně potvrzován (Cloninger et al., 1994; Svrakic et al., 1993; Mulder & Joyce, 1997). První podstatné zjištění je založeno na nízkých hodnotách SD a CO u všech poruch osobnosti. Druhé je založeno na vztahu mezi subtypy poruch osobnosti a specifickým profilem TCI podle temperamentových dimenzí (Tab. č. 3). První zjištění je z různých stran potvrzováno (Svrakic et al., 1993; Bejerot et al., 1998), druhé je potvrzováno částečně. Zjišťuje se většinou vztah temperamentu k jednotlivým clusterům DSM poruch osobnosti (Mulder et al., 1997; Svrakic et al., 1993), např. u clusteru A vysoká harm avoidance nebo reward dependence (paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha osobnosti), vysoké novelty seeking u clusteru B (antisociální,

hraniční, histrionská a narcistická porucha osobnosti) a vysoké harm avoidance a nízké novelty seeking u clusteru C (vyhýbavá, závislá a obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti). Cloninger (1994) doporučuje na základě práce Svrakice et al. (1993) posuzovat poruchu osobnosti podle podprůměrných skóre SD a CO (< 33 %). Nízké SD ($p < 0,001$) a dále CO ($p < 0,05$) predikují všechny typy poruch osobnosti. Nízké SD se vyznačuje potížemi s uznáním odpovědnosti a přiměřeně kladenými cíli. V některých případech může být SD v normě, ale podprůměrné je CO (osoba je dobře „sebeřízená“, ale nekooperativní, sobecká, neempatická, sociálně netolerantní). Pokud SD dosahuje 0–16,7 percentilu, je pravděpodobnost poruchy osobnosti 90 %, pokud 16,7–33 percentilu, je pravděpodobnost 40–50 %. Riziko poruchy osobnosti se snižuje při nízkých hodnotách novelty seeking a harm avoidance a zvyšuje s jejich vysokými hodnotami. Postulovaný předpoklad Cloningera o souladu tradičních kategorií poruch osobnosti a tří temperamentových dimenzí potvrzují Goldman et al. (1994) v souboru pacientů s poruchami osobnosti.

Tab. č. 3. Temperamentové typy na základě vysokých nebo nízkých temperamentových dimenzí podle Cloningera (1994).

Temperamentový typ	Vyhledávání nového (NS)	Vyhýbání se poškození (HA)	Závislost na odměně (RD)
antisociální	vysoký	nízký	nízký
histrionský	vysoký	nízký	vysoký
pasivně-agresivní	vysoký	vysoký	vysoký
explozivní	vysoký	vysoký	nízký
obsesivní	nízký	vysoký	nízký
schizoidní	nízký	nízký	nízký
cyklotymní	nízký	nízký	vysoký
pasivně-závislý	nízký	vysoký	vysoký

Pro přehlednost uvádíme v tab. č. 4. charakterové typy na základě vysokých nebo nízkých dimenzí charakteru.

Tab. č. 4. Charakterové typy na základě vysokých nebo nízkých charakterových dimenzí podle Cloningera (1994).

Charakterový typ	Sebeřízení (SD)	Kooperativnost (CO)	Sebepřesah (ST)
melancholický	nízký	nízký	nízký
schizotypální	nízký	nízký	vysoký
závislý	nízký	vysoký	nízký
autokratický	vysoký	nízký	nízký
tvořivý	vysoký	vysoký	vysoký
organizovaný	vysoký	vysoký	nízký
fanatický	vysoký	nízký	vysoký
cyklotymní	nízký	vysoký	vysoký

Klinickými aplikacemi Cloningerovy teorie a jejím použitím v diagnostice poruch osobnosti se u nás zabýval (Preiss, 2000, Preiss & Klose, 2001, Preiss, Klose & Španiel, 2000). Psychometrickou integritu české verze Cloningerova dotazníku TCI ověřoval Kožený & Höschl, 1999.

3.4. Poruchy osobnosti a patologické hráčství

Zde uvádíme několik zahraničních výzkumných zjištění, kde se potvrzuje, že poruchy osobnosti se objevují u patologických hráčů. Snažíme se upozornit, jak je důležité se tímto fenoménem zabývat a že výzkumy tohoto typu mohou pomoci v léčbě patologického hráčství. V České republice v současné době výzkumy na toto téma chybí.

Souběžně se škodlivým nebo patologickým hráčstvím se vyskytují poruchy osobnosti. Výskyt antisociální poruchy osobnosti, asociálních rysů a delikvence je vyšší a může být skrytým důvodem hráčství (Blasczynski & Nower, 2002). Jak průřezové, tak longitudinální studie prokázaly, že impulzivita souvisí s hazardními hrami a škodlivým hráčstvím (Slutske et al, 2005; Toneatto & Nguyen, 2007). K dalším osobnostním a temperamentovým rysům patří vyhledávání vzrušujících zážitků (Johansson et al, 2009), vyhledávání nových podnětů (McCormick et al., 2012). Obě dvě studie dokazují, že hráči mají častější výskyt těchto vlastností. Bergen et al. (2012) realizovali dvě studie s těmito skupinami. První studie, skupina 2 208 vysokoškolských studentů (73 % žen, průměrný věk 19 let, 1 717 nemělo problém s hazardem, 356 mělo nízké riziko hazardu, 101 střední riziko, problémových hráčů bylo 34), druhá studie, skupina 296 studentů a zaměstnanců školy (58 % žen, průměrný věk 19 let, lidé bez problému s hazardem 112, v nízkém riziku

73, střední riziko 93, problémových hráčů bylo 18). Obě dvě studie prokázaly souvislost se sebeovládáním a závažnosti problému s patologickým hráčstvím. Ti, kdo skórovali v dotazníku PGSI vysoko, měli větší absenci sebekontroly. U mužů se zhoršené sebeovládání projevovalo častěji.

Diskin & Hodgins (2001) ve své studii prokázali častý výskyt disociace u hráčů. Porovnávali dvě skupiny hráčů, kteří hráli VLT automaty. Jednalo se o 20 problémových hráčů a 22 hráčů, kteří hrají občas. Hráčům byly srovnávány rychlosti reakce na irelevantních světelných podnětech při hře a bez hry, dále pocity disociace při hře a obecné disociativní zážitky. Obě dvě skupiny se nelišily ve skóre disociace (škála disociativní zkušenosti). Problémoví hráči však častěji zažívali disociativní zážitky při hře. Problémoví hráči se dokážou intenzivněji soustředit na VLT hru a jsou schopni svou pozornost měnit, pokud to úkol vyžaduje.

Vzhledem k rozmanité charakteristice patologických hráčů někteří autoři navrhovali existenci různých podskupin na základě psychopatologických nebo fenomenologických rysů. Meyer (1991) identifikoval ve vzorku 437 německých hráčů ve svépomocné skupině tyto typy: emočně nestabilní s hraniční poruchou osobnosti a emočně nestabilní s depresivními rysy. Dále skupinu hráčů bez zjevné psychopatologie. Skupiny se liší v psychologických proměnných, ale v sociálních aspektech ne.

Jiná studie González-Ibáñez et al. (2003) identifikovala 3 typy hráčů ve vzorku 110 patologických hráčů. Používali k tomu dotazník SCL 90-R, který zjišťuje psychické problémy a příznaky psychopatologie. První skupinu reprezentovalo 46,7 % souboru a tito jedinci skórovali vysoko v oblastech depresivity, psychoticismu, úzkosti a obsedantně kompulzivního chování. Druhou skupinu reprezentovalo 23,8 % souboru a tito jedinci skórovali výše než první soubor, zejména ve škále somatizace. Třetí soubor reprezentovalo 29,5 % souboru a měl vysoké všechny dimenze dotazníku oproti ostatním dvěma skupinám. Typické pro všechny skupiny bylo vyhledávání vzrušení.

Většina studií se shoduje, že hráči jsou emočně nestabilní. Toce-Gerstein et al. (2003) rozlišuje citově zranitelné problémové hráče, asociální a impulzivní problémové hráče.

Antisociální a hraniční poruchy osobnosti se vyskytují velmi často v klinických obrazech patologických hráčů, to potvrzuje např. (Bagby et al., 2008; Blaszczynski & Steel, 1998; Pietrzak & Petry, 2005 a Sacco et al., 2008). Fernandez-Montalvo a Echeburua (2004) realizovali výzkum s 50 hráči a 50 lidmi v kontrolní skupině se stejnými demografickými údaji. Průměrný věk souboru 33,5 roku. Výzkumný nástroj byl dotazník IPDE na zjišťování poruch osobnosti. Třicet dva procent ze souboru hráčů a 8 % z kontrolní skupiny mělo alespoň jednu poruchu osobnosti. Nejrozšířenější byla hraniční porucha osobnosti (16 %), dále antisociální, paranoidní, narcistická a nespecifikované poruchy osobnosti. Úzkost, depresivita a impulzivita byly výrazně vyšší než u kontrolní skupiny.

Alvarez-Moya et al. (2010) popsal 4 podskupiny patologických hráčů podle klinických metod, jako je SOGS, TCI, interview, SCL 90-R. Celkový soubor čítal 1 171 léčených hráčů. Typ I (neuspořádané a emočně nestabilní) měl schizotypické vlastnosti, vysokou impulzivnost, zneužívání alkoholu a návykových látek, začátek psychopatologických poruch v raném věku. Typ II (schizoidní) ukázal vysokou míru vyhýbání, sociální lhostejnost a zneužívání alkoholu. Typ III (závislost na odměně) vykazoval vyšší pocit vyhledávání nového a impulzivity, ale žádné psychopatologické poruchy. Typ IV (high) ukázal globálně adaptivní osobnostní profil, nízkou míru užívání alkoholu, návykových látek nebo kouření a žádné psychopatologické poruchy.

V zahraniční literatuře existuje jednoznačný trend hledat a prokazovat vztah mezi poruchami osobnosti a patologickým hráčstvím. To je doloženo v národním průzkumu Epidemiologie o alkoholu a souvisejících podmínkách z roku 2001–2002 v USA. Mezi 43 093 dotázanými dospělými americkými obyvateli uvedlo malé procento patologické hráčství (0,42 %), ale 60,8 % z nich s dg. patologického hráčství uvedlo alespoň jednu z poruch osobnosti (Petry, Stinson & Grant, 2005).

Doiron et al. (2001) charakterizoval hráče s nedostatkem smysluplných vztahů, s problematickými vztahy a pocity ztráty, kdy včasná léčba může zamezit pokusům „zaplnit tuto prázdnotu“ hraním VLT automatů.

4. Teorie attachmentu

V této kapitole vymezujeme základní pojmy teorie attachmentu. Zmiňujeme a popisujeme základní empirická zjištění. Zdůvodňujeme důležitost pojetí v souvislosti poruch osobnosti a vztahové vazby. Vztahová vazba je důležitá pro zkoumanou populaci patologických hráčů. Může se podílet na vzniku a udržení patologického hráčství a v kontextu poruch osobnosti může hrát významnou roli v abstinenci.

V úvodu je důležité terminologické vymezení, kdy řada autorů používá a překládá attachment jako vztahovou vazbu, v literatuře u různých autorů ale najdeme i pojmy jako citová vazba, teorie přimknutí, připoutání. Zároveň nacházíme terminologické odlišnosti i v pojmu typ vazby dezorganizovaná, v německé literatuře se mluví o zapleteném typu vazby. V současné době panuje určitá disbalance v užívání těchto pojmů. V práci se tímto kriticky nezabýváme, jen zdůrazňujeme, že se zde objevují různé pojmy, tak jak je autoři ve svých publikacích uvádějí.

4.1. Vztahová vazba

Koncept vztahové vazby vznikl z psychoanalytických a behaviorálně fyziologických pozorování. Zakladatel teorie vztahové vazby je John Bowlby. Popisuje ji jako neviditelné emocionální pouto, které velmi specificky spojuje dva lidi v čase a prostoru. Dítě přichází na svět s geneticky vrozenou predispozicí hledat si osobu pro bezpečnou vztahovou vazbu, která mu poskytne ochranu, péči a podporu. Během prvního roku dochází k vývoji specifické emocionální vazby na hlavní osobu pro vztahovou vazbu. Tuto emocionální vztahovou vazbu lze označit jako bezpečný emocionální přístav (Brisch, 2011a).

Pokud v němčině mluvíme o vztahové vazbě („Bindung“), musíme rozlišit, zda tím myslíme vazbu rodičů na dítě, anebo vazbu dítěte na rodiče. V americké angličtině se pro to používají dva názvy. Vazba rodiče na dítě („bonding“) zahrnuje pohotovost rodiče emocionálně se nastavit na dítě a jeho vztahové signály, starat se o něho a poskytovat mu ochranu a bezpečí. Vazbu dítěte na osobu pro vztahovou vazbu označujeme jako „attachment“. Jedná se zpravidla o rodiče, dítě se v rámci hledání ochrany a bezpečí obrací na osoby, se kterými má vztahovou vazbu. Vazba je ze strany dítěte bezpečnostním

systemem, zatímco ze strany osob pro vztahovou vazbu je to spíše opatrovatelský systém. Tímto způsobem se vytváří u dětí pocit pradůvěry, kterou mají v životě k dispozici jako stabilní základ své osobnosti. (Brisch, 2011a).

Brisch (2011b, s. 33) uvádí, že „*Bowlby pohlíží na matku a kojence jako na podílníky v seberegulujícím systému, jehož části se vzájemně podmiňují. Vztahová vazba mezi matkou a dítětem v rámci tohoto systému se odlišuje od vztahu tím, že „vztahová vazba“ je chápána čistě jako část komplexního systému vztahu. Teorie vztahové vazby spojuje etologické, vývojově psychologické, systemické psychoanalytické myšlení. Zabývá se zásadními ranými vlivy na emocionální vývoj dítěte a pokouší se vysvětlit vznik a změnu silných vztahových vazeb mezi jednotlivci v průběhu celého lidského života*“.

Šolcová (2009) charakterizuje citovou vazbu jako trvalé emoční pouto, kdy dítě má potřebu udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu. Šolcová (2009) uvádí, že pro dítě je důležitá fungující rodina (nebo alespoň jedna z rodičovských postav), která dítě respektuje a poskytuje mu emoční a instrumentální oporu. Kvalitní citová opora, tak jak ji popsal J. Bowlby, je pro vývoj dítěte zásadně důležitá (Sroufe et al., 1999). Již v kojeneckém věku se u dítěte vyvíjí různé typy vztahových vazeb. Tyto vazby se dají velmi přesně rozpoznávat na konci prvního roku života dítěte. (Brisch, 2011a).

Fisher et al. (2006) popisuje studie, které našly vztah mezi přítomností/nepřítomností pečující osoby v raném věku a vývojem reaktivity osy HPA (hypothalamus-pituitary-adrenal axis). Pokud není v raném věku přítomna pečující osoba, která dítě chrání před vnějšími stresory, lze očekávat, že se u dítěte vyvine porucha osy HPA. Šolcová (2009) zmiňuje důležitost jisté vazby jako projektivního faktoru pro vývoj resilience. Přibližně 60–65 % všech dětí vyvine během prvního roku života bezpečnou vztahovou vazbu ke své matce, na otce se bezpečně naváže asi 55 % všech dětí. Oproti tomu vykazuje přibližně 25 % dětí nejistou-vyhýbavou vztahovou vazbu a cca 10 % nejistou-ambivalentní vztahovou vazbu. (Brisch (2011a). Bowlby (2010) zdůrazňuje, že ve vývoji vazebného chování se úlohy dědičnosti a prostředí neustále vzájemně ovlivňují. Zároveň uvádí, že dítě si zvolí jako svou hlavní vazebnou postavu toho, kdo se o ně stará.

Brisch (2011b) popisuje klasifikaci vztahové vazby u dítěte:

1. Jistě připoutané děti (secure) – tyto děti projevují výrazné vazebné chování po odloučení od matky. Na matčin návrat reagují s radostí, hledají tělesný kontakt.

2. Nejistě připoutané děti a vyhýbavé (avoidant) – nedávají najevo výrazné vazebné chování. Hrají si dál, ale s menším zaujetím. Na matčin návrat reagují odmítnutím a nechtějí být konejšeny.

3. Děti nejistě připoutané a ambivalentní (ambivalent) – po odloučení projevují stres a pláčou. Po návratu matky se dají špatně upokojit. Vyjadřují potřebu tělesného kontaktu, ale mohou se k matce chovat i agresivně.

4. Dezorganizovaná nejistá vazba – jedná se o dezorganizované chování dětí. Vykazují stereotypní vzorce chování a pohybů. Objevuje se často v rizikových skupinách a u dětí s traumatickými zkušenostmi. Formy patologické vazby jsou například nejistá-dezorganizovaná vazba a porucha vztahové vazby (Brisch, 2011a).

Šolcová (2009) popisuje rozlišení **dvou základních typů vazby**: jistá (secure) a nejistá či úzkostná (insecure, anxious).

Ainsworth et al. (1978) **rozlišuje tři hlavní vzorce citové vazby**. Ty byly nejprve vytipovány klinickým posouzením a poté podrobeny důkladné statistické analýze, která potvrdila jejich validitu. Tyto vzorce jsou autorkou označeny jako B, A, C.

Vzorec B

Hlavním rysem těchto dětí je jisté připoutání k matce. Což bývá většina dětí. Po krátkém odloučení od matky je možné tyto děti snadno utěšit a brzy jsou opět plně zaujaty hrou.

Vzorec A

Tyto děti jsou klasifikované jako úzkostně připoutané k matce a vyhýbavé. To je asi 20 % ve většině souborů, matce se při opětném setkání vyhýbají. Mnohé z nich se chovají k cizímu člověku přátelštěji než k vlastní matce.

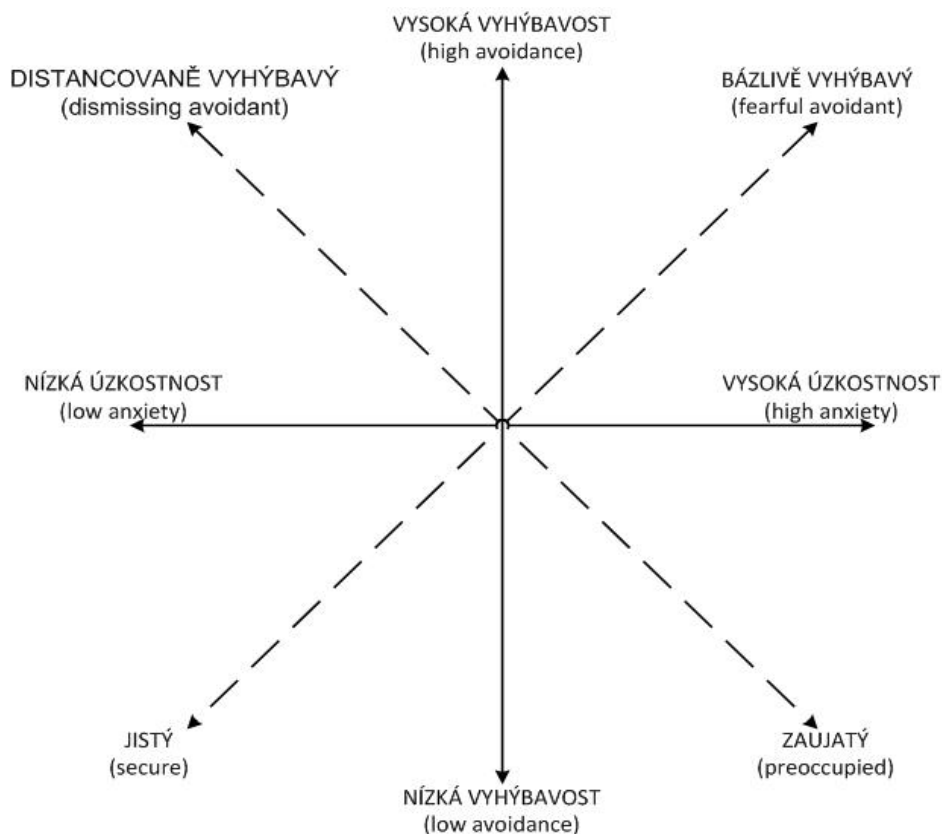
Vzorec C

Jedná se o děti klasifikované jako úzkostně připoutané k matce a odmítavé. To je asi 10 %. Oscilují mezi vyhledáváním blízkosti a kontaktu a mezi odmítáním kontaktu a interakce s matkou. Některé jsou výrazně rozzlobené anebo pasivní.

Bowlby (2010) zdůrazňuje, že vazebné chování nemizí spolu s dětstvím, ale přetrvává po celý život. Výsledek chování zůstává stejný jako dříve, prostředky k jeho dosažení bývají rozmanitější. Silné následky raných prožitků dítěte na vzorec citové vazby, a tudíž na vývoj osobnosti, nejsou nikde vidět lépe než na silně narušeném sociálním chování dětí, které byly fyzicky týrány rodičem nebo které strávily své první roky v nějakém ústavu. Bowlby (2012) uvádí, že emoční stavy strach a úzkost spolu úzce souvisí.

Vědci jsou v oblasti teorie vazby u dospělých lidí více méně jednotní v tom, že dvou dimenzionální model složený z dimenze strachu a vyhýbání představuje logický a smysluplný koncept, pomocí něhož mohou být znázorněny individuální rozdíly v interpersonálních vztazích (Brennan et al., 1998). Ze studií vztahové vazby se ukázalo, že typ vztahové vazby lze redukovat na dvě ortogonální dimenze. První z nich, **vztahová úzkostnost** (attachment anxiety), je popsána jako strach z odmítnutí, strach ze separace, opuštění. Druhá z nich, **vztahová vyhýbavost** (attachment avoidance), je přiblížena jako nepohoda v intimních situacích a v situacích podněcujících k závislosti na druhém (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Pro přehlednost uvádíme Obr. č. 2.

Obr. č. 2 Vztahový rámec (Brennan et al., 1998)



Dimenze Bartholomewové (Bartholomew & Horowitz, 1991) se velmi podobají konceptu, který navrhla již Ainsworthová. Vzniká nám tak rozdělení vztahových vazeb na čtyři typy.

Ve stručnosti je charakterizujeme následovně:

1) **Jistý typ citové vazby** (secure attachment)

Tato vazba je spojena s nízkou anxiétou a nízkou vyhýbavostí. Dospělí vykazují pozitivní modely vlastní osobnosti a vnímají sami sebe pozitivně, váží si péče a náklonnosti ze strany druhých. Charakteristická je důvěra v partnerovu lásku, podporu, blízkost a vzájemnou oddanost. Děti s tímto typem vazby prožívají vztahovou osobu jako tzv. **jistou základnu** (secure base), ke které se mohou vždy s jistotou navrátit. Vyhledávají tělesný kontakt a považují jej za příjemný. Není-li vztahová osoba přítomna, vykazují známky nepohody, které po jejím návratu vymizí. Po návratu blízké osoby ji vítají s radostí, kladně, vyjadřují jí pozitivní emoce, vítají tělesný kontakt. V přítomnosti této osoby se pouštějí do bezpečné explorační okoli. V bezpečné atmosféře je také možná otevřená komunikace o pocitech, názorech a okolním světě. Později jako dospělí mají tyto

lidé schopnost regulovat své prožívání, reflektovat jednání a afekty druhých osob. Dospělí lidé s tímto typem základní vazby prožívají méně stresu, jsou odolnější, mívají stabilnější období psychické pohody. Proti jiným typům vazby se nebrání psychoterapeutické péči, pokud ji potřebují (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

2) Nadměrně zaujatý (úzkostný) typ vazby (preoccupied attachment)

Tento typ vazby charakterizuje vysoká míra úzkostnosti a nízká míra vyhýbavosti. Lidé s tímto typem vazby pochybují o sobě samých a strachují se/znepokojují se, zda jsou lásky hodní. Jedná se o oblast spojenou se strachem ze separace a opuštění. ten je charakterizován vyšší úzkostí a závislostí dětí na pečující osobě. Dítě se jeví jako bezmocné a nešťastné. Na odloučení matky reaguje velkou nespokojeností a po jejím návratu se objevuje zlost, kolísají mezi tendencí k přiblížení a odporem z kontaktu. Charakteristickým rysem je ambivalence. Dítě jako by trestalo matku za opuštění svou zlostí a zároveň se dožadovalo její přítomnosti. Matky těchto dětí se nebrání fyzickému kontaktu s dítětem, ale proti matkám s bezpečnou vazbou k dětem reagují méně citlivě na dětský pláč, vystupují méně empaticky. Jejich chování osciluje mezi laskavostí, vřelostí a odmítáním dítěte, je více emočně labilní. V dospělosti jsou lidé s touto vazbou často pohlceni emocemi, bývají zaujatí negativními postoji k vztahové osobě, působí úzkostně, ustrašeně, závisle (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

3) Distancovaně vyhýbavý typ (dismissing avoidant attachment)

Tato vazba je charakteristická vysokou mírou vyhýbavosti a nízkou mírou úzkostnosti. Jedná se o situaci nepohody v intimním vztahu, vyhýbavost k závislému postavení. Je charakterizována vyhýbáním se matce, děti na odchod matky nijak zvlášť nereagují. Po návratu matky ji ignorují, mnohdy dokonce více než cizí osobu (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Matky těchto dětí obvykle charakterizuje menší fyzický kontakt s dítětem, odmítání kontaktu, nejasná komunikace. Dítě od dětství potlačuje emoce, až s nimi ztrácí kontakt. Ignorování vlastního emočního života strukturuje podle Winnicotta (1998) falešné self, které plní roli ochránce před hrozbou z okolí, dítě se učí vyhovět požadavkům okolí více než vlastním potřebám. Může se objevovat tendence k perfekcionismu a péči o rodiče, neboť dítě je chváleno za nezávislost, samostatnost, povrchní adaptaci v předčasné roli dospělého. Pro dospělého s tímto typem vazby je charakteristická distancovanost, očekávané odmítání ze strany druhých lidí. Tito lidé mají

odstup od intimních vztahů, jsou emočně chladní, znehodnocují význam vztahů, zdůrazňují sílu a nezávislost. Klinicky významné je zejména vyhýbání se afektům a emočně nabitým vztahům.

4) Bázlivě vyhýbavý typ vazby (fearful avoidant attachment)

Tento typ vazby je spojený s vysokými skóry úzkostnosti i vyhýbavosti. Představuje potenciál k rozsáhlejší psychické dezorganizaci při konfrontaci s náročnou situací (Brennan, Clark, Shaver, 1998). Tento typ popsaly Mainová a Solomonová (1990 in Lečbych & Pospíšilíková, 2012), které si všimaly určitých chaotických prvků chování dětí v reakci na odchod a příchod matky. Jednalo se zejména o děti, které reagovaly významně nepředvídatelně, rychle a podivně střídaly afiliativní a vyhýbavé projevy s velmi krátkým trváním jednotlivých fází. Objevovalo se bizarní chování – chůze v kruhu, stereotypie, zamrznutí pohybů, strnulost výrazu. Ukázalo se, že se často jedná o děti s výrazně traumatickou zkušeností – týrání, zneužívání. Dle Vavrdy (2005) toto podivné chování mizí kolem 4 let a je nahrazeno organizovanějšími vzorci chování, které maskují pokřivené vnitřní pracovní modely druhých osob. V dospělosti jsou vztahy poznamenané dezorganizovaností, chaosem, nepředvídatelností. I jako dospělí opakují dětský scénář, kdy nemohou opustit vztahovou osobu, i když se v její přítomnosti trápí. Trápí se často pocity viny, nejsou si jistí ve svém jednání. Dezorganizovaný typ vazby je významný prediktor duševních poruch (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Tyto individuální rozdíly ve vzorech vazby jsou zkoumány v současné době převážně dotazníkem ECR (Experiences in Close Relationship, Brennan et al., 1998). O této metodě budeme více pojednávat ve výzkumné části.

Byly vyvinuty i jiné metody, např. AAI (Adult Attachment Interview), která se více zaměřuje na koherenci výpovědních popisů o vazbových vztahových zkušenostech. Jistě vázaní dospělí jsou schopni mluvit o takových zážitcích celkem srozumitelně a plausibilně, zatímco osoby se zaujatým typem vazby jsou náchylné k emocionálnímu ovládnutí a lidé s distancovaně vyhýbavým vzorem vazby defensivně odmítají význam vztahové vazbové zkušenosti. Existují také interview o vazbě a systémy vyhodnocení, které se nezaměřují jen na strukturu popisu, nýbrž na jeho obsah (Strauss et al, 2006).

Teorie vazby obsahuje více než jen měření individuálních rozdílů ve vzorcích vazby. Teorie, kterou vyvinul Bowlby a kterou mnoho jiných dále rozvíjelo pro obsáhlé

vědecké předpoklady, postuluje evoluční teoretickou bázi pro emocionální vazby mezi lidmi. Specifikuje podmínky, za nichž je aktivován systém vazbového chování, a dále vysvětluje realizaci blízkosti k osobám poskytujícím péči nebo vyhýbání se blízkosti u nejistě vázaných jedinců (Shaver & Mikulincer, 2004).

4.2. Vazba a závislost

Návykové látky a alkoholová závislost mimo jiné mohou být následkem nebo symptomem poruch osobnosti. Ne zřídka představují pokus o samoléčbu. Empirických studií v souvislosti s vazbami a závislostmi je jen málo. Z terapeutické praxe a výzkumu je dostatečně známo, že kvalitní vztah matky, otce a dítěte v dětství zvyšuje šance jak pro jistou vazbu, tak pro vývoj reflexivních kompetencí (Brisch et al., 2002, Buchheim et al., 1998, Dornes, 1997). Vztah je základním ochranným faktorem před psychickým onemocněním a antisociálním chováním. Když ovšem dochází kvůli zanedbání nebo jiné rané traumatizaci k poruchám ve výstavbě jistého vztahového systému, ukazují se pak symptomy jako narušení regulace afektů, náchylnost pro vzrušivost ve stresových situacích, malá schopnost mentalizace a symbolizace. Výsledky ze studie o typech vazby u drogově a alkoholově závislých ukazují, že se častěji vyskytuje nejistý a zaujatý typ vazby (Lamott & Pfäfflin, 2008).

Výsledky ze studie Fonagy (2003) ukazují, že nejisté a zaujaté typy vztahové reprezentace a status nezpracované traumatizace vztahu nacházíme nejčastěji u drogově závislých.

Raná traumatizace bývá ze zklamání ve vztazích, z truchlení nad ztrátou a z pocitů prázdnoty, které se stále zvětšují. V těchto situacích slouží návyková látka jako plomba k zaplnění těchto prázdnot a k potlačení strachu z fragmentace. Prohlubování závislosti v žádném případě nezaplňuje vztahovou prázdnotu. Vzniká dynamika, ve které je středem pozornosti návyková látka jako náhražka za pravé vztahy (Brisch, 1999).

Výsledky ze studií zabývajících se teorií vazby u závislosti na drogách a alkoholu (Anolli & Balconi, 2002, Flores, 2001, Fonagy et al., 1996), stejně jako studie o zanedbávání a zneužívání (Dornes, 1997, Finzi et al., 2001) vytrvale potvrzují souvislost mezi ranými deficity, nelegálním braním drog, antisociálním chováním a kriminalitou. O

významu traumatických zkušeností a poruchách vazby pro vznik závislosti na alkoholu napsal Kunzke et al. (2002) podrobný literární přehled jako základ k výzkumu.

Studie o souvislostech mezi rodičovským zneužíváním návykových látek a pozdějším zneužíváním látek dětmi ukazuje, že děti těchto rodičů mají častější riziko pro rozvoj vlastní závislosti na návykových látkách. Vysoký podíl zneužívání návykových látek, fyzického a psychického týrání v rodině představuje ve vztahu k vazbě rizikový faktor (Dornes, 1997).

V rámci české a zahraniční rešerše jsme však neobjevili výzkumy v souvislosti s vazbou a patologickým hráčstvím, proto je zde neuvádíme. Zároveň je však patrné, že pokud se našly u jiných závislostí souvislosti mezi vztahovou vazbou a závislostí, bude tomu tak i u patologického hráčství.

4.3. Vztahová teorie a poruchy osobnosti

Mnoho poruch osobnosti můžeme popsat nejpřesněji na základě jejich specifických problémů v interpersonální oblasti. Proto nás nepřekvapí, že mnoho teoretiků a výzkumníků bylo toho názoru, že vztahová teorie nabízí plodný teoretický rámec, ze kterého mohou být odvozeny předpoklady ke vzniku, udržení a léčbě poruch osobnosti.

Toto pojetí lze odůvodnit z následujících premis:

- 1. Vztahová teorie otevírá vývojově psychologickou perspektivu.** Vztahová teorie objasňuje vývojovou cestu vycházející od vzorců suboptimálních interakcí mezi dítětem a pečovatelskou osobou až k nesprávnému nepřizpůsobivému chování a prožívání, které přetrvává z dětství do dospělosti. Proto může vztahově teoretický model vývoje přispět k objasnění, proč přichází specifické vzorce nepříznivých raných dětských zkušeností ruku v ruce s určitými formami poruch osobnosti v dospělosti (Battle et al, 2004, Paris, 2001).
- 2. Vztahová teorie podtrhuje souvislosti mezi intrapsychickými (kognitivními) procesy a interpersonálním kontextem.** Vztahová teorie tvrdí, že reprezentace (vnitřní pracovní modely), které byly vytvořeny na základě raných zkušeností interakce, jsou částečně nevědomě kognitivně afektivní reprezentace. Ovlivňují, jak dospělí utváří své interpersonální okolí a jak v něm jednají. Výzkum takových

vztahově-teoretických procesů by mohl přinést poznatky o tom, jakým způsobem podmiňují specifická zkresení sebe sama a cizího vnímání právě tyto interpersonální problémy, na základě nichž je možno charakterizovat a identifikovat mnoho poruch osobnosti (Pincus & Wiggins, 1990).

3. **Vztahová teorie vysvětluje narušené regulace emocí.** Teoretici vazby detailně popsali, jakým způsobem vyplývají těžkosti z regulací emocí z problematických raných dětských zkušeností s pečovatelskými osobami. Tyto vysvětlující modely opět mohou přispět k pochopení narušené regulace emocí, které jsou pro některé poruchy osobnosti charakteristické (Kring & Werner, 2004).

Předpokládáme, i na základě výše zmíněných důvodů, že vztahová teorie a výzkum vazby jsou adekvátní, aby se lépe porozumělo patogenezi u poruch osobnosti u dospělých.

4.3.1. Poruchy osobnosti z perspektivy teorie vazby

Teorie vazby popisuje vztahové chování u malých dětí, které umožňuje být v blízkosti vztahových figur ve stresových situacích, díky projevům, jako je např. pláč, přimknutí nebo následování. Dospělí často využívají jiné vztahové možnosti chování, funkce je však stejná. Chování je řízeno, směřováno s cílem přiblížit se k tehdejší reálné nebo symbolicky reprezentované vztahové osobě, obzvláště v situacích stresu. U dospělých nespočívá regulace blízkosti v tom, že reagují na tělesnou blízkost nebo odstup ke vztahové osobě, díky tomu, že používají nápomocné symbolické reprezentace. V dospělém věku se transformuje otázka po reálné dostupnosti vztahové osoby do otázky po adekvátních interních nebo externích vztahových zdrojích pro zvládnutí stresových situací. V mnoha případech jsou interní zdroje pravděpodobně dostatečné, ale když nejsou, má osoba s jistým vztahovým vývojem pohotovost a schopnost spolehnout se na podporu reálných vztahových osob (Colins et al., 2004, Mikulincer et al., 2003.)

Dospělí se zaujatým typem vazby pochybují o tom, že obdrží spolehlivou podporu, a jejich systém vztahového chování skrze neustálou obavu je poškozován. Očekávají, že jejich náklonnost nebude opětována a že oni by mohli být opuštěni. Proto vykazují vztahové chování, které je silné a výrazné. Tyto extrémní reakce lidí se zaujatou vazbou někdy v rámci hyperaktivizující strategie se diskutují. Jsou energičtí, vytrvalí, snaživí po

blízkosti, podpoře a lásce, kterou vyžadují, pokud na to vztahová osoba reaguje, sytí se jim pocity jistoty. Lidé, kteří reagují hyperaktivně na nebezpečí, že budou odmítnuti a opuštěni, pak interpretují, což je ironické, zcela neškodné události jako potenciální odmítnutí: tyto strategie vedou k tendencím vnímat nebezpečí téměř v každé sociální interakci a reagovat na něj nepřiměřeně silně a negativně (Feeny, 1999, Mikulincer et al., 2003, Meyer & Pilkonis, 2008).

V protikladu k tomu se cítí lidé s distancovaně vyhýbavým typem vazby nepříjemně v blízkých vztazích a ve stresových situacích a nouzových situacích se stahují. Proto zřídka ukazují málo intenzivní chování ve vztazích a užívají obranné strategie, aby zvětšovali větší odstup od druhých, místo aby se snažili o blízkost. Lidé s tímto typem vazby se pravděpodobně naučili, že potenciální vztahové figury nebyly k dispozici, takže se ukázala blízkost jako dysfunkční. Při stresových situacích používají deaktivující strategie, které směřují k tomu, aby udržovali vztahový systém deaktivní, aby se vyhnuli dalším frustracím, jež jsou výsledkem nedosažitelných vztahů. Takto vytyčené cíle vedou k popření vztahových potřeb, k odmítnutí blízkosti, důvěrnosti a závislosti v úzkých vztazích. K maximalizaci kognitivního emocionálního a psychického odstupu od druhých a ke snaze po soběstačnosti a nezávislosti (Meyer & Pilkonis, 2008).

Některé poruchy osobnosti mohou být chápány jako poruchy vazby, protože pro ně jsou charakteristické problémy v regulaci blízkosti. Osoby se závislou poruchou osobnosti např. cítí silnou potřebu po úzkém kontaktu ke vztahové osobě a hledají neustále její reálnou nebo symbolickou blízkost. Pro vyhýbavé a hraniční poruchy osobnosti jsou opět charakteristické hyperaktivizující strategie, i když pro tyto poruchy je typický boj mezi přáním mít větší blízkost a defenzivní strategií k distancování se od potenciálně odmítavých druhých lidí. U osob s vyhýbavou poruchou osobnosti například stojí výrazná potřeba mít úzký vztah a hypersenzitivita vůči náznakům odmítnutí s patřičným defenzivním vyhýbáním (Livesley et al., 1990).

S distancovaně vyhýbavým vzorem vazby je dávana do souvislosti schizoidní a antisociální porucha osobnosti. Tito lidé vnímají druhé lidi s nedůvěrou a nezajímají se o ně. Místo blízkosti je cílem ve vztazích distance, spokojenost sama se sebou je narušena (Bartholomew et al., 2001).

Děti a dospělí s jistou vazbou se cítí dobře, když vnímají, že vztahová osoba je k dispozici. Konstruktivní a vyrovnané zacházení s výzvami v dospělosti závisí potom na schopnosti používat vztahové osoby jako jisté přístavy. Zatímco jisté vázaní dospělí se umí vyrovnat s nepohodou, nejistě vázaní s tím mají těžkosti. Osoby s vyhýbavou vazbou například orientují svůj život jednostranně ve směru práce na úkor vztahů. Osoby se zaujatým typem vazby se cítí ve své práci nedostatečně ohodnoceny a podle toho zaměřují své volnočasové aktivity, aby dosáhly sociálního potvrzení, než aby dosáhly svého potěšení (Carnelly & Ruscher, 2000).

Schopnost cítit se jistě a vztahovou figuru využívat jako základ, pomocí něhož lze řešit výzvy, které před nás staví život, je u některých poruch osobnosti nefunkční. Osoby se závislou poruchou osobnosti se např. cítí slabě a nekompetentní, pokud není přítomna vztahová osoba. A lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti jsou nadměrně obezřetní u explorační nových fyzických nebo psychických okolností. Osoby s impulzivní poruchou osobnosti stejně jako vyhýbavě vázaní dospělí investují v neflexibilních způsobech svůj čas a energii do své práce místo pěstování vztahů a jiných aktivit (Millon & Davis, 1996).

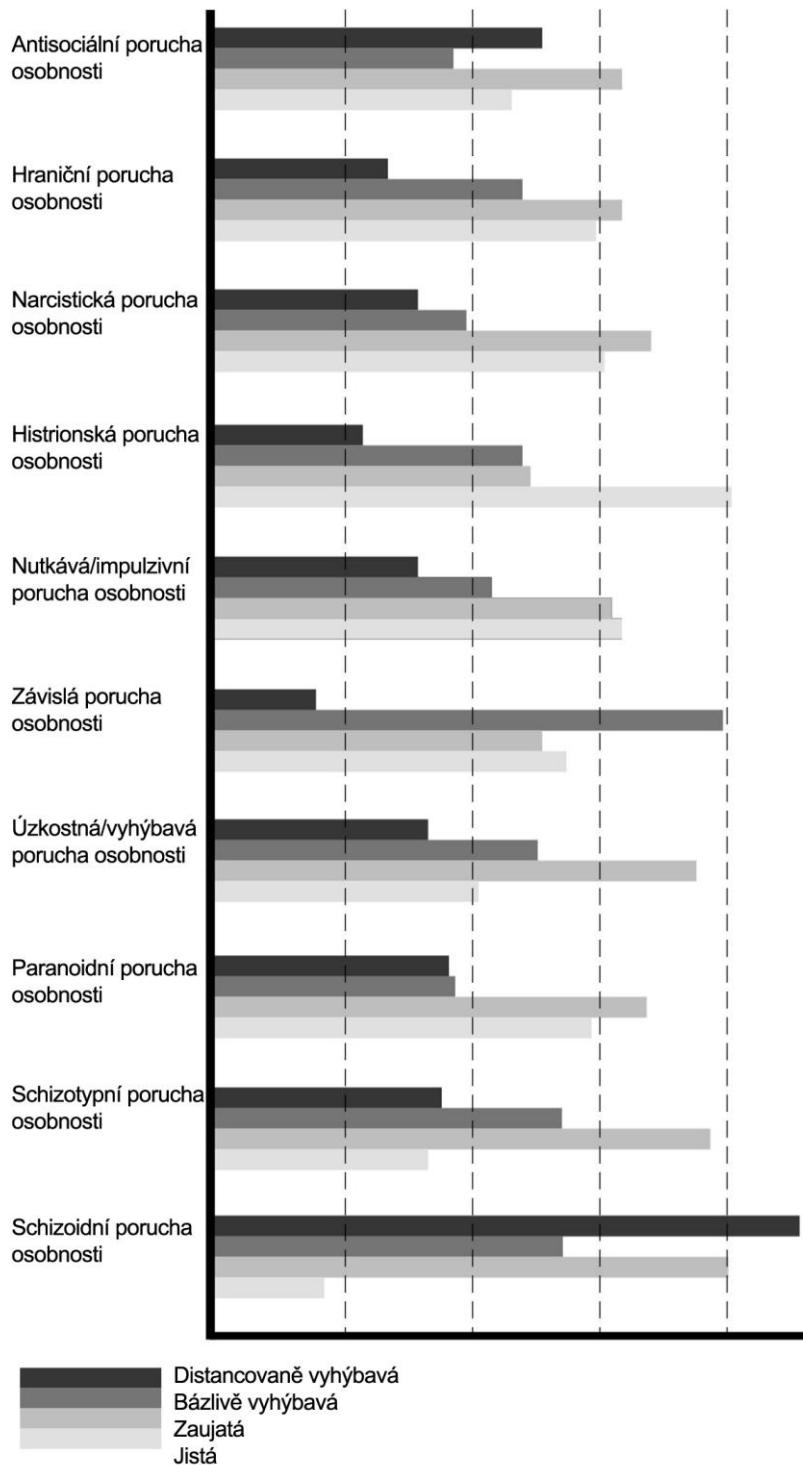
Za předpokladu, že jak styly vazby, tak také poruchy osobnosti jsou komplexní multidimenzionální konstrukty, souhlasíme s Bartholomew et al. (2001), že se nepřijímá jednoduchá souvislost mezi určitými formami nejistých vazeb a poruchami osobnosti.

Studie od Brennana, Clarka & Shavera (1998), v nichž zkoumali 1 407 studentů, se zabývala souvislostmi mezi typem vazby a poruchami osobnosti. V této studii byli jistě vázaní studenti skupinou, která měla jednoznačně nejmenší výskyt poruch osobnosti, ovšem 60,6 % probandů s jistou vazbou mluvilo překvapivě o symptomech, které ukazují na poruchu osobnosti. Mezi nejistě vázanými zkoumanými účastníky bylo procentní zastoupení podle očekávání ještě vyšší, 79,5 %. U studentů s distancovaně vyhýbavou vazbou 90,5 % a studentů se zaujatým typem vazby 92 %, všichni měli přinejmenším jednu poruchu osobnosti. Replikační studie potvrdila toto zjištění. Jistá vazba ukazuje nepatrný výskyt poruch osobnosti, bázlivě vyhýbavý typ vazby vyšší výskyt.

Obrázek č. 3 ukazuje výsledky o procentuálním podílu různých vztahových strategií u těchto jednotlivých poruch osobnosti. Jen u histrionské poruchy osobnosti bylo jistě vázaných osob více než s jiným typem vazby. U histrionské poruchy osobnosti ovšem byla zjištěna také souvislost se zaujatým typem vazby, což ukazuje na to, že přes

převažující vztahovou jistotu těchto vazeb u poruch osobnosti také hraje roli zapletený typ vazby.

Obr. č. 3. Klasifikace vazby a poruch osobnosti dle DSM IV (Brennan, Clark & Shaver, 1998)



Ve studii se 149 psychiatrickými pacienty se smíšenou diagnózou se ukázala pro rozsah histrionské patologie relativně slabší negativní korelace se škálou pro vztahovou jistotu vazby. V této studii vyšla najevo souvislost mezi histrionskou poruchou osobnosti a zaujatým typem vazby (Meyer et al., 2001).

Osoby s impulzivní poruchou osobnosti mají sklon popisovat se jako spolehlivé, kompetentní a spravedlivé, stejně jako rozumné, zralé a svědomité. Mnoho výzkumníků se ovšem domnívá, že základem těchto pozitivních fasád jsou pocity nejistoty a nepřátelství před sebou samým a před jinými. Míra, v jaké jsou překryty negativní reprezentace skrze povrchní, pozitivní názory, nebyla dosud dostatečně empiricky zkoumána (Lyddon & Sherry, 2001).

Dospělí s bázlivě vyhýbavou vazbou si nejsou jistí svou vlastní hodnotou, a pociťují proto intenzivní strach z možného odmítnutí. Myslí si, že druzí lidé jsou málo starostliví, spíše nespolehliví. Z tohoto důvodu dávají ve vztazích přednost odstupu před intimní blízkostí (Bartholomew et al., 2001).

Vzorec bázlivě vyhýbavé vazby lze občas pozorovat i u hraniční poruchy osobnosti – když snaha o distanci je silnější než přání blízkosti, ovšem mnohem přesněji odpovídá definici vyhýbavé poruchy osobnosti, pro niž je charakteristické přání po blízkém vztahu a zároveň i přesvědčení o vlastní nedostatečnosti a pocit, že je ostatní nemají rádi a že je odmítají (Million a Davis, 1996). Podle Bartholomew et al. (2001) jedinci s bázlivě vyhýbavou vazbou sledují strategii vyhýbat se obecně blízkým vztahům, aby se tak vypořádali se svým strachem z odmítnutí – a přesně toto by mohlo být charakteristickým znakem pro vyhýbavou poruchu osobnosti (Meyer & Pilkonis, 2005).

Nejistá vztahová vazba a obzvláště nezpracované traumatické zkušenosti přispívají ke vzniku a udržování psychických poruch. To bylo potvrzeno u hraničních pacientů, u osob s posttraumatickou stresovou poruchou po sexuálním zneužití a u těžkých suicidiálních symptomatik (Lamott & Pfäfflin, 2008). Vedle příznaků nezpracovaných traumat je empiricky doloženo, že u pacientů s hraniční poruchou najdeme častěji zaujatý typ vazby (Fonagy & Tallandini, 1993). V klinické kontrolní skupině u 36 netrestaných pachatelů hraničních pacientů se našlo větší procentuální zastoupení nejisté vztahové vazby, přičemž u 34 nejisté vázaných osob jich 32 vykazovalo nezpracovanou traumazitaci.

Ve výzkumném souboru 85 psychiatrických pacientů našel Fonagy et al. (1996) 90 % podíl nejistě vázaných osob, mezi nimi mnoho hraničních pacientů se zkušenostmi se zneužíváním. Symptomy hraniční poruchy osobnosti vidí výzkumná skupina kolem Fonagyho jako následek nedostatečné schopnosti mentalizace. Antisociální porucha osobnosti je spojována podobně s vazebným statusem nezpracovaná traumatizace. Ze sedmi adolescentních probandů s poruchou chování klasifikoval ve výzkumu šest jako nejistě distancovaných. Výsledky jsou podobné jako ve studii o vazbách u drogově závislých (Rosenstein & Horowitz, 1996).

Werner (2007 in Brisch 2011b) zdůrazňuje, že zkušenost jisté vztahové vazby je podstatný faktor, který může v pozdějším životě chránit před rozvojem psychopatologie, dokonce i kdyby v průběhu života došlo k traumatickým zkušenostem.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Pobytová léčba patologického hráčství je specifická již z charakteru klientely. Komplikací je např. nedostatečná motivace, nejasný či chybějící náhled anebo psychiatrická komorbidita s jinými diagnózami, zejména pak s poruchami osobnosti. Cílem studie je poukázat na závažnost patologického hráčství, které nabývá na významu nejen v oblasti adiktologie a psychologie, ale souvisí i s jinými společenskými oblastmi, jako je zdravotnictví, sociální oblast, komunální politika. Zaměřujeme se zejména na psychologický aspekt samotných hráčů, tj. popis struktury osobnosti léčených patologických hráčů na základě koncepce interakcí systémů osobnosti J. Kuhla a též z pohledu modelu osobnosti podle C. R. Cloningera. Další výzkumné otázky se zaměřují na to, jak se osobnost hráčů liší od normální populace, jaké nejčastější osobnostní profily či poruchy jsou u hráčů zastoupeny a jaké podskupiny klientů lze případně identifikovat. Neopomíjíme ani konsekvence hráčských kariér, jejich dopadů a jiných sociálních, rodinných, finančních a psychiatrických souvislostí.

Realizovaný explorační výzkum má několik výzkumných cílů. Jednotlivé cíle zkoumáme pomocí různých výzkumných diagnostických nástrojů a analytických metod, které blíže popisujeme v kapitole výzkumné metody.

5.1 Cíle výzkumu

- 1. Popsat cílovou skupinu hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované hazardní činnosti, charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s jinými návykovými látkami.**

Výzkumná otázka č. 1. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografických údajů?

Výzkumná otázka č. 2. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska preferované hazardní činnosti?

Výzkumná otázka č. 3. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska zaměstnání klientů?

Výzkumná otázka č. 4. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska zdravotních komplikací?

Výzkumná otázka č. 5. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska charakteristik rodinného prostředí?

Výzkumná otázka č. 6. Jaký je profil hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska užívání jiných návykových látek?

- 2. Popsat jednotlivé fáze hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných s diagnózou F 63.0 za účelem pobytové léčby patologického hráčství, tj. uvést časový kontext jednotlivých kariér a zmapovat, jakou roli při rozvoji problémového hraní hraje věk a jak se projevuje dynamika rozvoje patologického hráčství od první zkušenosti až do nástupu do léčby. V souvislosti s těmito fázemi popsat sociálně a klinicky významné okolnosti a dopady jednotlivých kariér, které se v jednotlivých fázích rozvoje problémového či patologického hraní projevují.**

Výzkumná otázka č. 7 zní: Jaké jsou průběhy a fáze hráčských kariér, jak souvisí s věkem hráčů a délkou kariéry?

Výzkumná otázka č. 8. Jak dlouho trvají jednotlivé fáze kariér a jak souvisí s věkem hráčů u prvoléčených a u opakovaně léčených?

Výzkumná otázka č. 9. Jaké jsou impulzy ke hře a jaká herní místa hráči preferují?

Výzkumná otázka č. 10. Jaké návykové látky hráči při hře užívají?

Výzkumná otázka č. 11. Jaké finanční prostředky hráči ke hře používají a jaké jsou dopady hráčských kariér z hlediska financí, vztahů a dalších klinicky a sociálně významných okolností?

- 3. Popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře PSSI a případně identifikovat subtypy hráčů.**

Výzkumná otázka č. 12. Jak se liší hodnota průměru výběrového souboru hráčů v PSSI od normové hodnoty?

Níže uvádíme souhrnnou hypotézu pro tento výzkumný cíl v dotazníku PSSI. Na základě teoretické rešerše očekáváme, že výzkumný soubor patologických hráčů bude skórovat výše oproti normě populace. Vzhledem k přehlednosti textu zde všechny hypotézy nevypisujeme.

Hypotézy:

H_{1 - 14}: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále XX z dotazníku PSSI oproti normě populace.

Za XX můžeme dosadit všechny škály z dotazníku PSSI.

Výzkumná otázka č. 13. Jaké jsou osobnostní profily, popř. subtypy hráčů dle inventáře PSSI?

4. Popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře TCI-r a případně identifikovat subtypy hráčů dle Cloningerovy teorie.

Výzkumná otázka č. 14. Jak se liší hodnota průměru našeho výběrového souboru v TCI-r od normové hodnoty?

Na základě teoretické rešerše TCI-r očekáváme níže předpokládané hypotézy. Ostatní hypotézy zde explicitně nevypisujeme již kvůli přehlednosti textu, ale bereme je v potaz a pracujeme s nimi. Číslování hypotéz je dle pořadí škál v dotazníku TCI-r, proto jsou některá pořadová čísla hypotéz vynechána.

Hypotézy:

H₁₅: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále vyhledávání nového (NS) z dotazníku TCI-R oproti normě.

H₁₉: Patologičtí hráči mají nižší skór na škále sebeřízení (SD) z dotazníku TCI-R oproti normě.

H₂₀: Patologičtí hráči mají nižší skór na škále kooperativnost (CO) z dotazníku TCI-R oproti normě.

Výzkumná otázka č. 15. Jaké jsou osobnostní profily, popř. subtypy hráčů dle TCI-R?

5. Popsat vztahovou vazbu u výběrového souboru dle dotazníku ECR a jeho škál.

Hypotézy:

H₂₂: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále avoidance v dotazníku ECR oproti kontrolní skupině.

H₂₃: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále anxiety v dotazníku ECR oproti kontrolní skupině.

6. Analyzovat základní možné vztahy sledovanými proměnnými, tj. mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů.

Hypotézy zde nevypisujeme, ale pracujeme s výzkumnými otázkami, které mají explorační charakter. V rámci nich testujeme hypotézy o souvislosti dílčích škál osobnostních dotazníků s HS dotazníku SOGS a ECR.

Výzkumná otázka č. 16. Souvisí výsledky osobnostních dotazníků PPSI a TCI-R s výsledky dotazníku na patologické hráčství SOGS?

Výzkumná otázka č. 17. Souvisí výsledky dotazníku vztahové vazby ECR s výsledky dotazníku na patologické hráčství SOGS?

Výzkumná otázka č. 18. Souvisí výsledky osobnostních dotazníků PSSSI a TCI-R s výsledky dotazníku vztahové vazby ECR?

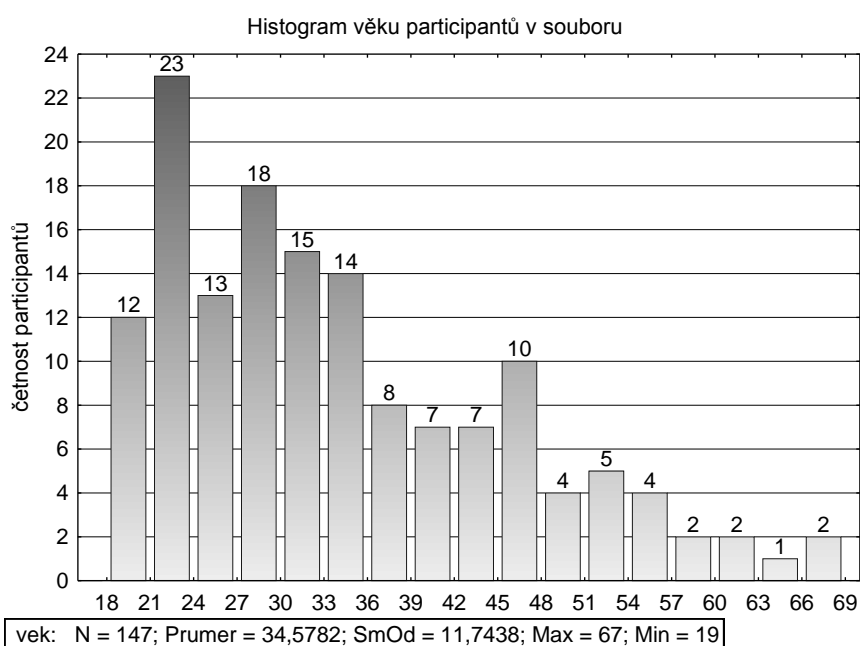
6. Výběrový soubor

Výběrový soubor tvoří respondenti psychiatrických nemocnic, které mají specializovaný program pro léčbu patologického hráčství. Jedná se o klienty, kteří byli hospitalizováni kvůli patologickému hráčství. Celkový soubor čítá 147 klientů. Níže uvádíme jednotlivé zastoupení dle zařízení. Psychiatrická nemocnice Bohnice 32 respondentů. Psychiatrická nemocnice Kroměříž 55 respondentů a Psychiatrická nemocnice Opava 60 respondentů. Soubor tvoří jenom muži, a to z několika důvodů, které dále v textu nastiňujeme. Vzhledem k velikosti základního souboru, čítajícího celkem 470 patologických hráčů za rok 2012 (data za rok 2013 nejsou k dispozici) pobytově léčených v České republice, se jedná o dobré nasycení výběrového souboru. Minimální počet potřebných respondentů vzhledem ke smíšenému designu studie byl 100. Počet jsme záměrně navýšili kvůli statistickým analýzám a vyšší validitě výsledků.

Níže stručně výběrový soubor charakterizujeme dle věku a zastoupení krajů. Podrobně popisujeme výzkumný soubor v rámci prvního cíle.

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

Graf. č. 1. Histogram věku participantů v souboru



Největší procentuální zastoupení mají klienti z Moravskoslezského a Zlínského kraje, viz tabulka č. 5. Nejmenší zastoupení má kraj Plzeňský. Psychiatrické léčebny, se kterými jsme spolupracovali, byly léčebny v Kroměříži, Opavě (Morava) a v Bohnicích (Čechy). Může se zdát, že je větší zastoupení klientů z Moravy, protože sběr probíhal ve dvou léčebnách na Moravě, avšak klienti byli schopni absolvovat i léčbu na druhém konci republiky. (Např. klient 2043 ze Středočeského kraje uvedl: „Vím, že je to pro mě a moji ženu daleko, ale dostal jsem doporučení, že v Opavě je léčba gamblersví nejlepší, proto jsem ochoten tu dálku překousnout. Věřím, že mi to tu pomůže můj problém zvládnout.“) Klienti hodně dbali na doporučení, zkušenosti od praktického lékaře, psychiatrů, psychologů či svých známých. Jsou ochotni překonat vzdálenost, aby právě tuto doporučenou léčbu absolvovali. Klienti tedy migrují napříč republikou. Klienti z Pardubického kraje jsou ochotni a schopni absolvovat léčbu v PL Opava nebo Bohnice, přičemž by to měli do jiných léčeben blíž.

Tabulka č. 5. Rozložení patologických hráčů dle trvalého bydliště

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

7. Design výzkumu

Jednalo se o srovnávací studii klinické populace patologických hráčů, která měla rozsáhlou baterii výzkumných metod. Tato studie je svým zaměřením v České republice ojedinělá. Tento explorativní retrospektivní výzkum se skládá ze šesti substudií dle výzkumných cílů. První dvě substudie mají kvalitativně deskriptivní charakter. Ostatní čtyři substudie mají kvantitativní charakter léčených patologických hráčů v kontextu poruch osobnosti a vztahové vazby. Design výzkumu je tzv. smíšený (Tashakkori & Teddlie, 1998).

Tento design byl záměrně zvolen vzhledem k charakteru studie, zejména z hlediska získání dostatečného množství dat, proto jsme zvolili smíšený design. Dále jsme z hlediska charakteru klinické populace léčených hráčů zařadili níže zmíněné výzkumné metody, abychom naplnili výzkumné cíle.

7.1. Metody získávání dat

První metodou zařazenou do baterie byl dotazník **South Oaks Gambling Screen (SOGS)** (Lesieur & Blume, 1987). Dotazník odpovídá kritériím DSM V a je používán většinou zahraničních výzkumných studií jako kritérium určující zkoumanou diagnózu. Jeho administrace není náročná a trvá pouze cca 10 minut. V České republice navíc pro diagnózu F63.0 v MKN 10 není standardizován žádný dotazníkový nástroj. Diagnóza F63.0 se dle sdělení pracovníků v PN uděluje na základě rozhovoru s pacientem a rozboru negativních dopadů jeho hraní. Tato metoda sloužila k potvrzení diagnózy a k výzkumným cílům 1 a 2.

Druhou metodou byla do baterie zařazena v klinické praxi běžně využívaná metoda **PSSI - Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti** (Kuhl & Kazén, 2002). Tento sebeposuzovací inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti kvantifikuje relativní vyhraněnost osobnostních stylů, chápaných jako nepatologické varianty poruch osobnosti, jak jsou popsány v psychiatrických diagnostických manuálech (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10). Dotazník obsahuje 140 položek, které se vztahují k 14 škálám. Respondent odpovídá na likertově škále 0–3. Administrace trvá 20 minut. Tato metoda byla využita pro výzkumný cíl č. 3. V následující tabulce č. 6 uvádíme seznam individuálních stylů PSSI.

Tab. č. 6. Seznam individuálních stylů, odpovídající jednostrannosti a poruchy osobnosti v dotazníku PSSI (Kuhl & Kazén, 2002).

STYL	JEDNOSTRANNOST	PORUCHA	ZKRATKA	DLE DSM
nedůvěřivý	svéhlavý	paranoidní	PN	excentrické
rezervovaný	chladný	schizoidní	SZ	
intuitivní	mýtický	schizotypní	ST	
impulzivní	vrtkavý	borderline	BL	dramatizující
příjemný	předvádějící se	histrionský	HI	
ctízádnostivý	sebestředný	narcistický	NR	
sebekritický	pochybovačný	sebenejistý	SN	úzkostné
loajální	příchylný	závislý	ZS	
pečlivý	přesný/perfekcionistický	nutkavý	NT	
kritický	umíněný/zatrpklý	negativistický	NG	pesimistické, depresivní
klidný	utlumený	depresivní	DP	
ochotný	obětavý	obětující se	OB	
optimistický	příkrášlující	rapsodický	RP	nedefinované
sebejistý	bezohledný	disociální	DS	nedefinované

Temperamentové a charakterové rysy hráčů byly sledovány pomocí **TCI-r (revidovaná verze Temperament and Character Inventory)** (Preiss & Klose, 2001). Autorem dotazníku a psychobiologické teorii osobnosti je C. R. Cloninger. Inventář obsahuje 240 položek, z čehož 5 položek je validizačních. Jednotlivé dimenze dotazníku jsou v tab. č. 7. Doba administrace je 45 minut. Jedná se o inventář, s jehož pomocí lze identifikovat i případné poruchy osobnosti. Tato metoda byla použita k výzkumnému cíli č. 4.

Tab. č. 7. Přehled škál a fazet dotazníku TCI-R (Cloninger, 1999; Preiss, nedat.)

Značení	Název dimenze/fazety v českém jazyce	Název dimenze/fazety v anglickém jazyce
Temperament		
NS	Vyhledávání nového	Novelty Seeking
NS1	Vzrušení z průzkumu - Stoická strnulost	Exploratory Excitability - Stoic Rigidity
NS2	Impulzivita - Reflexe	Impulsiveness - Reflection
NS3	Výstřednost - Odstup	Extravagance - Reserve
NS4	Neukázněnost - Usměrnění	Disorderliness - Regimentation
HA	Vyhýbání se poškození	Harm Avoidance
HA1	Obavy z nadcházejícího a pesimismus - Nepotlačovaný optimismus	Anticipatory Worry and Pessimism - Uninhibited Optimism
HA3	Nesmělost vůči cizím lidem	Shyness with Strangers
HA4	Únava a slabost - Životní energie	Fatigability - Vigour
RD	Závislost na odměně	Reward Dependency
RD1	Sentimentalita - Citový chlad	Sentimentality - Tough Mindedness
RD2	Otevřenost vůči vřelé komunikaci - Stranění se	Openness to warm communication - Aloofness
RD3	Náklonnost - Netečnost	Attachment - Detachment
RD4	Závislost - Nezávislost	Dependence - Independence
PS	Perzistence	Persistence
PS1	Snaživost	Eagerness of effort in response to signals of anticipated reward - Laziness
PS2	Pracovitost	Work Hardened in response to intermittent punishment - Spoiled by consistent reward and non-punishment.

PS3	Ambicióznost - Podceňování se	Ambitious overachieving in response to intermittent frustrative non-reward - Underachieving
PS4	Perfekcionismus - Pragmatičnost	Perfectionistic perseveration in response to intermittent reward - Pragmatic quitting when not constantly rewarded
Charakter		
SD	Sebeřízení	Self-Directedness
SD1	Zodpovědnost - Obviňování	Responsibility - Blaming
SD2	Cílevědomost - Bezcílnost	Purposefulness - Lack of Global Direction
SD3	Vynalézavost - Nečinnost	Resourcefulness- Inertia
SD4	Sebeakceptace - Sebeodmítavost	Self-Acceptance - Self Striving
SD5	Sebedisciplína - Špatné návyky	Congruent Second Nature - Bad Habits
C	Kooperativnost	Cooperativeness
C1	Akceptace společnosti - Netolerance	Social Acceptance - Social Intolerance
C2	Empatie - Sociopatie	Empathy - Social Disinterest
C3	Ochota pomoci - Neochota	Helpfulness - Unhelpfulness
C4	Soucit - Pomstychtivost	Compassion - Revengefulness
C5	Úmysly čistého srdce - Sobecké prospěchářství	Integrated Conscience - Self-Serving Advantage
ST	Sebepřesažení	Self-Transcendence
ST1	Tvořivé sebepotlačení - Zaměření na sebe	Creative Self-Forgetfulness - Self-Consciousness
ST2	Transpersonální identifikace - Vlastní identifikace	Transpersonal Identification
ST3	Spiritualita - Racionalita	Spiritual Acceptance - Rational Materialism

Vztahová vazba v interpersonálních vztazích byla zjišťována dotazníkem **ECR (Experiences in Close Relationships)** (Brennan, Clark & Shaver, 1998, Lečbych & Pospíšilíková, 2012). ECR obsahuje dvě sedmibodové stupnice Likertovy škály (od 1 –

rozhodně nesouhlasím, po 7 – rozhodně souhlasím), má 36 tvrzení. Metoda obsahuje dvě subškály, a sice škálu vztahové úzkostnosti a škálu vztahové vyhýbavosti, obě vykazují vysokou vnitřní konzistenci a reliabilitu. Český překlad a tvorbu norem zajistil tým Lečbých & Pospíšilíková (2012). Celková doba administrace je 15 minut. Tato výzkumná metoda byla využita ke zjištění výzkumného cíle č. 5.

Klíčová kvalitativní data byla získávána pomocí metody **polostrukurovaného interview** (Kvale, 1996). Vytvořili jsme okruhy otázek, na které jsme se ptali. Pořadí otázek jsme nezaměňovali. Měli jsme definované tzv. jádro interview, tj. minimum otázek, které tazatel musí probrat (Miovský, 2006). Hendl (2008) polostrukurované interview pojmenovává jako rozhovor pomocí návodu. Výhody tohoto typu jsou struktura, která ulehčuje srovnávání, udržení cíle rozhovoru, výzkumníkovi dovoluje uplatnit vlastní perspektivy a efektivně využít čas k interview.

Interview se zaměřovalo zejména na údaje z anamnézy rodinné, osobní, sociální (např. věk, nejvyšší dokončené vzdělání, forma bydlení, s kým bydlí, práce, jak dlouho hraje, co hraje, dluhy, pokusy o léčbu, duální diagnóza, dluhy, vztah, počet dětí, užívání jiných návykových látek včetně alkoholu a cigaret apod.). Realizace trvala cca 30 minut. Rozhovory nebyly nahrávány, data byla doslovně zaznamenávána písemnou formou se souhlasem respondenta. Každému respondentovi byly položeny všechny otázky. Otázky jsme kladli srozumitelně, aby jim bez problémů porozuměli. Při jakémkoliv nedorozumění či nepochopení některého pojmu jsme byli ihned nápomocni s vysvětlením.

Interview bylo metodou pro výzkumný cíl č. 1 a 2. Seznam otázek je k nahlédnutí v příloze č. 6

7.2. Průběh získávání dat

Výběr spolupracujících institucí proběhl metodou záměrného účelového výběru institucí, ve kterých se realizuje specifický program pro léčbu patologického hráčství a které mají v tomto ohledu dlouhodobou zkušenost (v řádu několika desítek let). Specifický program léčeb popisujeme níže. Z těchto kritérií vyplynuly k datu 1. 7. 2012 tři psychiatrické nemocnice (Bohnice, Kroměříž, Opava). Tyto pracoviště jsme dále neznáměhodňovali. Bereme v potaz, že i v jiných pobytových zařízeních (psychiatrických nemocnicích) probíhá léčba patologického hráčství, ale neprobíhá v nich specifický

program pro hráče. Využili jsme 100 % zastoupení vybraných pracovišť. Všechna se zapojením do výzkumu souhlasila. Při oslovování participantů jsme se dále řídili principem totálního výběru všech klientů, kteří tam v daných obdobích byli. Museli splňovat následující předem stanovená kritéria. Vzhledem k velmi nízkému zastoupení žen v léčbě jsme vybírali pouze muže. Muselo se jednat o klienty v první fázi pobytové léčby a hlavním či primárním důvodem jejich hospitalizace bylo patologické hráčství. Oslovování probíhalo skupinově. Po oslovení a souhlasu se zapojením proběhlo sepsání informovaného souhlasu. Pracovali jsme s výše popsanou baterií psychodiagnostických dotazníků a metod, jejíž administrace probíhala na individuální bázi, a to buď za přímé účasti výzkumníka (např. interview), nebo v klientově soukromí po podrobném individuálním vysvětlení a zadání metody. Na vyplnění celé baterie měli respondenti týden. Výzkumník absolvoval další týden návštěvu do daného léčebného zařízení. Po vyplnění došlo ke kontrole vyplnění všech položek baterie a následnému rozhovoru. Kvalitativní rozhovor jsme uskutečnili se 139 klienty. Osm klientů se rozhovoru neúčastnilo, a to z důvodu přerušení léčby nebo z důvodu nepřítomnosti v danou dobu na oddělení (přítomnost na policii nebo u soudu).

Po interview byl každý klient odměněn ve formě malého občerstvení. Tento postup (zadání metod a týden na vypracování) se osvědčil zejména k zachování jak chodu programu v jednotlivých léčbách, tak časové náročnosti vyplňování metod. Sběr dat probíhal jeden rok (od 1. 9. 2012 do 31. 8. 2013).

7.3. Charakteristika specializovaných léčeb pro patologické hráče

Níže charakterizujeme program léčeb v jednotlivých psychiatrických nemocnicích, se kterými jsme spolupracovali. V České republice neexistuje jednotný program pro léčbu patologického hráčství. Toto tvrzení vychází z internetové rešerše a z výpovědí odborníků, kteří se léčbě patologického hráčství věnují. Každá léčebna má svůj program, který realizuje. Výčet programů je značně rozmanitý, můžeme v nich však nalézt určité podobnosti.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Prokeš (2014) uvádí, že léčba má svá specifika. Součástí léčby je zejména studium textů z brožury Prim. Dr. Nešpora (Jak překonat problém s hazardní hrou). Dále písemné zpracování 11 elaborátů (jejich zpracování je rozloženo rovnoměrně na celou délku léčby na pav. 35). Poslední důležitou součástí je účast na otevřených G skupinách na pav. 31.

Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Hrůzová (2014) uvedla, že individuálně každého nového pacienta informuje, že vzhledem k dostupnosti dat díky internetu ví, že ani u nás ani v ostatních evropských zemích není stanovený jednotný program pro hráče, byť u alkoholiků a toxikomanů je to v podstatě jednotné. Podmínkou léčby v Kroměříži jsou 2 podmínky – první: nesmí se napít alkoholu, nesmí brát drogy. Druhou podmínkou je, že personál bude mít přehled o penězích pacienta (byť by mohli namítat, že jsou dospělí, svéprávní a do jejich peněz nikomu nic není). Standardně probíhá program, komunita, pracovní terapie, hráčské skupiny, po obědě autogenní trénink, nácviky, psaní deníků. Nácviky obsahují: je dána herna, čas, podmínka, zda jde pacient sám či s někým, zda jde bez peněz či s penězi. Poprvé chodí ve dvojici bez peněz, poté sám bez peněz. Dále ve dvojici s nácvikovými penězi, pak sám s penězi. Číslo nácvikové bankovky si píšeme. Nácviky jsou 3x v týdnu 15.30–17.30 hod. Pokud jde pacient sám s penězi, doba trvání je 2–3 týdny. Poslední týden je "vyhýbačka", chodí se po městě s penězi, už si je mohou utratit, protože je nepotřebují na nácvik. Stále ale peníze pacienti vracejí a personál chce vidět účtenku či zboží. Podstatné je aktivně se vyhnout prostorám s automaty. Hledat ve městě nějaké zajímavosti. Domů jsou propuštěni s naléhavým doporučením nevstoupit tam, kde jsou automaty. Ty dveře jsou pro ně prostě zakázané.

Psychiatrická nemocnice Opava

Program v Opavě probíhá následovně. Hráči mají samostatnou skupinu a témata na skupině jsou přímo věnovaná hráčské problematice. Většinou s tématem na skupinu přicházejí pacienti. Větší pozornost než na jiných odděleních se věnuje financím, pacienti se učí získat náhled na své hospodaření s financemi. Je na to přímo vyčleněný čas 1x týdně, který se nazývá finanční skupina. Pacienti si vedou finanční deníky, aby se naučili plánovat, neutrácet a aby měli přehled, za co finance vynakládají. Expozice v herně také

probíhá, ale 2x za léčbu. Nejde ani o systematickou desenzibilizaci, ale spíše o sebezpozorování s následnou analýzou ve skupině. Dále probíhají besedy s abstinujícími hráči apod. (Trubka, 2014).

7.4. Etika

Celý výzkum měl anonymní charakter, respondenti výzkumu byli evidováni pod číselným anonymním kódem. Kód se skládal z prvních dvou čísel kódu daného zařízení, další dvě čísla byla sestavena dle pořadí účasti ve výzkumu. Respondenti byli obeznámeni se svými právy a pravidly studie. Samozřejmě mohli od výzkumu kdykoliv odstoupit. To se stalo pouze ve dvou případech, kdy jeden respondent při oslovení zapojit se do výzkumu ihned odmítl. V druhém případě respondent odmítl vyplnit dotazníky, ale s interview souhlasil. Velkou zásluhu na ochotě respondentů se do studie zapojit měli psychologové a lékaři z léčebných zařízení, se kterými jsme spolupracovali. Jejich přístup k nám jako k výzkumníkům pomohl motivovat klienty ke spolupráci a tímto jim děkujeme. Zavázali jsme se k dodržování práv respondentů a k tomu, že nikdo nezneužije získaná data. Respondent i výzkumník realizující sběr dat podepsali informovaný souhlas ve dvou vyhotoveních a každá strana si jeden souhlas nechala. Informovaný souhlas je k nahlédnutí v příloze č. 5.

8. Analýza a interpretace dat

8.1. Metody analýzy dat

Data z rozhovoru jsme zpracovali způsobem ruční analýzy, tj. pomocí tužky a papíru, zvýrazňováním textu a čárkovací metodou (Hendl, 2008). Vzhledem k množství dat se tento způsob jevil jako dostatečný a účinný. Nakonec byly výsledky tohoto rozboru přepsány také do tabulkového procesoru MS Excel, kde s nimi bylo dále pracováno pro potřeby třídění a kde byly propojovány s daty ze SOGS. Aplikovali jsme kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Využili jsme tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to deskriptivní přístup, který představuje popis získaných dat. Dále metodu prostého výčtu, jejímž prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, např. frekvenci či intenzitu výskytu daného jevu či poměr výskytu tohoto jevu k jinému jevu. Jednoduchý nástroj deskripce jsme obohatili o metodu vytváření trsů, která slouží ke srovnávání a agregaci (seskupování) dat do skupin (trsů) dle vzájemných podobností. Vznikají tak prostřednictvím kategorizace obecnější jednotky. Metoda kontrastů a srovnávání je velmi vhodnou technikou pro odlišení identifikovaných kategorií, přestože mohou mít tyto kategorie mnoho společného (Miovský, 2006).

Data z dotazníků byla pomocí skeneru přetransformována do počítače, kde byla následně čištěna a kontrolována, zda byly všechny položky vyplněny. Byla vytvořena kompletní datová matice. Poté byly výsledky zpracovány pomocí statistických metod v programu Statistica. Jednalo se v první fázi o deskriptivní statistiky popisující rozložení výsledků jednotlivých proměnných, tj. sledování četností, měr centrální tendence a variability atp. Byla vytvořena řada grafických znázornění. V další fázi se vzhledem ke stanoveným cílům jednalo o infereční statistiky, pomocí kterých se testovaly stanovené hypotézy a sledovaly rozdíly výběrového souboru hráčů od normy a také možné vztahy mezi sledovanými proměnnými. Konkrétně šlo o jednovýběrové a dvouvýběrové t-testy a Paersonovy korelační koeficienty. V neposlední řadě jsme využili i metody a postupy explorační statistiky, konkrétně se jednalo o shlukovou analýzu.

8.2. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 1.

První výzkumný cíl definujeme následovně: Popsat cílovou skupinu hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované hazardní činnosti, charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s jinými návykovými látkami.

Zpracování a interpretace výzkumného cíle stěžejně vychází z publikovaného článku (Maierová, Charvát & Miovský, 2014a).²

V tabulce č. 8. uvádíme přehled nejvyššího dokončeného vzdělání výzkumného souboru, kde 44,6 % participantů má dokončenou střední školu s maturitou, 13 % přerušilo střední školu nebo střední odborné učiliště nejčastěji z těchto důvodů: špatná rodinná situace, náročná střední škola, daný obor klienta nebavil, vztah s přítelkyní (např. Klient 2002: „...bylo mi 18 a byl jsem ve třetíku, jenže doma byla strašně špatná rodinná situace, hádali jsme se s bratrem a tátou. Našel jsem si starší holku a ona mi nabídla, že u ní můžu bydlet, tak jsem si našel práci a odešel ze školy...“). Šest klientů, tj. 4,3 % přerušilo studium vysoké školy kvůli finančním důvodům nebo kvůli náročnému studijnímu oboru, který byl nad rámec jejich schopností (např. Klient 1055: „...studoval jsem vejšku, která mě fakt bavila, ale s tím, jak mi rostly dluhy, tak jsem se prostě nedokázal soustředit, když přišlo zkouškové a já neměl už žádný peníze na splátky, tak jsem to vzdal a našel si práci, abych to mohl splácet...“).

² Publikujeme zde výsledky z článku. Role autorů: Autoři Eva Maierová, Miroslav Charvát a Michal Miovský navrhli studii a navrhli design studie. Autorka Eva Maierová sbírala data. Eva Maierová a Miroslav Charvát provedli analýzy a podíleli se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu, navrhli počáteční podobu rukopisu. Autor Michal Miovský dohlížel na analýzy a podílel se na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Tab. č. 8. Nejvyšší dokončené vzdělání

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

Typy hazardních her

Nejvíce klientů (konkrétně 138 osob) hrálo na herních automatech, nejvíce na video-loterijních terminálech (VLT). Nejčastěji navštěvovali pravidelně herny. S hrou v kasinu má zkušenost 86 klientů. Ve velké míře se objevují i sázky na sportovní výsledky, nejčastěji fotbal, hokej, tenis, basketbal apod. V našem souboru bylo 8 sázkařů, kteří nikdy nehráli na automatu. Často se sázkařství objevovalo dohromady s hraním automatů, které však vždycky dominovalo a způsobovalo nejvíce problémů. Za upozornění také stojí hra na burze cenných papírů, kdy 12 klientů má s tímto druhem hazardu zkušenost a zmiňuje pákový efekt, díky kterému se klienti dostali do velkých finančních problémů. Co je velmi zajímavé, že sázení na čísla nebo loterii respondenti **nepovažovali za zdroj problémů**, do tohoto sázení investovali menší částky než do jiných forem hazardu, jako je např. herní automat nebo sázení na sport. Zkušenost se sázením do loterie nebo na čísla má 104 klientů, viz tab. č. 9.

Tabulka č. 9. Rozdělení her, které hráči aktivně provozovali za svoji hráčskou kariéru dle dotazníku SOGS (součty řádků N = 147)

	1x týdně a více		méně než 1x týdně		nikdy	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
Hraní na výherních automatech, pokerových automatech a jiných přístrojích na hazardní hru	109	74,1 %	29	19,7 %	8	5,40 %
Sázky na sportovní výsledky	44	29,9 %	55	37,4 %	47	32,00 %
Hra v kasinu (legální i nelegální)	36	24,5 %	50	34,0 %	60	40,80 %
Hraní karet pro peníze	25	17,0 %	59	40,1 %	62	42,20 %
Loterie nebo sázení na čísla	20	13,6 %	84	57,1 %	42	28,60 %
Bowling, kulečnick, střelba, šipky, golf nebo další hry vyžadující dovednosti (hraní o peníze)	16	10,9 %	49	33,3 %	81	55,10 %
Hraní na burze cenných papírů nebo na trhu s komoditami	5	3,4 %	7	4,8 %	134	91,20 %
Hra s kostkami o peníze (skořápky apod.)	3	2,0 %	39	26,5 %	104	70,70 %
Sázení na koně, psí dostihy nebo jiná zvířata	2	1,4 %	18	12,2 %	126	85,70 %
Bingo pro peníze	2	1,4 %	15	10,2 %	129	87,80 %

Zaměstnání klientů

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

Shledáváme zde několik kategorií zaměstnání, které mohou přinášet zvýšené riziko pro vznik a udržení patologického hráčství. Celkem 70 participantů uvedlo, že nebylo nikdy nezaměstnáno, 69 participantů uvedlo, že byli někdy bez zaměstnání. I přes ztrátu povolání klienti pokračovali v hraní a dokázali si peníze vydělat načerno. Zároveň omezení finančních prostředků působilo jako spouštěč pro další hraní.

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

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

Zdravotní komplikace

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

Při dotazování na jiné zdravotní komplikace 71 klientů **neuvedlo žádné zdravotní obtíže**, na **komplikace pohybového aparátu** si stěžovalo 28 participantů, **cévní onemocnění a komplikace s oběhovou soustavou** uvedlo 17 participantů. Čtyři participanté uvedli zdravotní komplikace **v důsledku životního stylu a užívání návykových látek**, čtyři uvedli diabetes. Ostatní participanté uvedli **běžné civilizační**

nemoci a komplikace, jako je obezita, křečové žíly, ledviny apod. Je nutné zmínit, že ke zhoršenému zdravotnímu stavu často přispíval i stres, kterým participanti procházeli během své hráčské kariéry.

Rodinná anamnéza

Klientů jsme se ptali na rodinné prostředí, ve kterém vyrůstali, a zdali měli jejich rodiče zkušenost s hraním, přičemž **44 klientů nevedlo žádnou rodinnou zátěž z hlediska užívání návykových látek, hraní nebo jiného psychiatrického problému**, 20 klientů uvedlo, že **jejich otec měl problémy s hraním**, 3 klienti, že **jejich matka hrála**, a pouze 1 klient uvedl, že **hráli oba rodiče**. Dále 36 klientů uvedlo, že jejich **otec měl problémy s alkoholem**, 14 klientů uvedlo, že jejich **matka měla problémy s alkoholem**, 5 klientů uvedlo, že jejich otčím byl závislý, ba alkoholik a u jednoho klienta otčím hrál. Závislost na alkoholu dědečka uvedlo 14 klientů. Psychické problémy, jako je např. deprese, schizofrenie, úzkosti, sebevraždy, v rodině uvedlo 11 klientů. (Např. klient 1022 popisuje: „...celé moje dětství, co si pamatuju, táta pil a bil mě, nikdy se nikde neléčil, nedalo se předvídat, jakou bude mít náladu, jak se bude ke mně chovat.“)

Své dětství popisuje 57 klientů **jako pěkné, bezproblémové**, kdy se jim rodiče dostatečně věnovali. Vzpomínají na své dětství rádi jako na období, kdy neměli pocit, že se něco špatného děje (klient 1023: „...dětství bylo moc pěkné, vzpomínám na něho strašně rád. Měl jsem spoustu koníčků, máma s tátou se nám dostatečně věnovali. Měl jsem blíž k mamce, hodně jsem jí věřil a svěřoval se jí...“) 31 klientů uvádí, že se jejich rodiče rozvedli (klient 2004 uvedl: „Měl jsem smutné dětství. Máma mě nechtěla, byl jsem nechtěné dítě a ona mi to pořád dávala najevo, že mě nechtěli. Když mi bylo sedm, tak se rodiče rozvedli, táta o mě nejevil skoro vůbec zájem. Vychovávala mě máma, ale bylo to hrozné. Na tohle nevzpomínám rád.“). Svě dětství popisuje 22 klientů tak, že byla **jejich rodina nefunkční**, necítili se v ní dobře, ale museli v ní vyrůstat. (Např. klient 2023 k tomu říká: „...vyrůstal jsem s matkou. Pocházím ze třech dětí, já jsem prostřední. Máma chodila hodně do práce, aby nás všechny uživila. Nevychovávala nás, nekomunikovala s námi. Zajímala se o to, ať jsme finančně a materiálně zajištěni. Ale citově do nás neinvestovala. Se sourozenci se nebavíme, máme formální vztahy. Napíšeme si sms na narozeniny, ale jinak o sebe nemáme zájem. Nepomáháme si. Nevím ani, kde bydlí.“). **Hádky spojené s fyzickým násilím** během dětství popisuje 23 klientů (klient 1021 popisuje: „...tělesné tresty, mlácení bylo od táty na denním pořádku, několikrát u nás byla

police, OSPOD to řešil několikrát, potom mě týrali psychicky. K tomu se přidal i můj bratr. Pětkrát jsem byl hospitalizovaný na ARU z toho, jak mě zbili. Pokusil jsem se pak i o sebevraždu.“) Na své dětství vzpomíná 15 klientů jako na hodně **direktivní, kdy rodiče byli velmi přísní** (klient 2015 uvedl: „... děti rodiče nezajímaly, jen výsledky ve škole, nikdy jsme nejezdili na žádný výlet, přednost měly výkony ve škole. Nezažili jsme nikdy žádnou citovou vřelost nebo náklonnost, bylo to od nich velmi citově chladné...“).

Osm klientů popisuje své dětství jako velmi materiálně zajištěné a že byli velmi rozmazlováni. (Např. klient 3012 popsal: „...byl jsem rozmazlený dítě, měl jsem všechno, na co jsem si kdy vzpomněl, táta se ve mně vzhlížel, tak do mě hodně finančně, materiálně a i citově investovali. Já jsem to s nimi velmi dobře uměl...“). Co se týče smrti rodičů v průběhu dětství, smrt otce popisuje 8 klientů a jeden klient smrt matky. To je velmi zasáhlo (např. Klient 2009: „...měl jsem bezproblémové dětství, rodiče si hodně rozuměli. Měli nás rádi, ale v 15 mi umřel táta, náhle. Všechno se přetočilo, dělal jsem si, co jsem chtěl. On dostal infarkt, nečekaně umřel. Dávám si to za vinu, protože jsem si představil tu noc, než se to stalo, jaké by to bylo, kdyby umřel. Mám pocit, že jsem to přivolal. Od té doby to jde se mnou z kopce...“). Prarodiče vychovávali 5 klientů, protože je jejich vlastní rodiče odmítli a dávali jim najevo, že jsou nechtěné děti, a nestarali se o ně. (Klient 2027 si vzpomíná: „...starala se o nás babička s dědou. Jsme tři sourozenci. Já jsem se mámě narodil v jejích 16 letech, neuměla se o nás postarat, ani o jednoho, tak nás jen vychovávala babička a ji jsme občas vídali, neměla o nás nijak velký zájem...“).

Zkušenost s jinými návykovými látkami

Klientů jsme se doptávali na jejich zkušenosti s jinými návykovými látkami, než je hraní. Výsledky z rozhovoru prezentujeme v následující tabulce č. 10.

Tabulka č. 10. Užívání návykových látek u souboru hazardních hráčů (N=139)

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

Zajímavé je srovnání prevalence užívání návykových látek u sledovaného souboru hráčů a obecné populace. Výzkumný soubor vykazuje výrazně vyšší četnosti v celoživotní prevalenci ve srovnání s obecnou populací, a to až o desítky procent. Více se daty zabýváme v následné diskuzi. Pro srovnání našich dat s užíváním návykových látek v obecné populaci uvádíme tabulku č. 11. V diskuzi se zabýváme interpretacemi a úvahami o zjištěných datech.

Tabulka č. 11. Užívání sledovaných drog muži ve věku 15–64 let v obecné populaci ČR
Zdroj: (Mravčík et al., 2012)

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

8.3. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 2.

Druhý výzkumný cíl zní: Popsat jednotlivé fáze hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných s diagnózou F 63.0 za účelem pobytové léčby patologického hráčství, tj. uvést časový kontext jednotlivých kariér a zmapovat, jakou roli při rozvoji problémového hraní hraje věk a jak se projevuje dynamika rozvoje patologického hráčství

od první zkušenosti až do nástupu do léčby. V souvislosti s těmito fázemi popsat sociálně a klinicky významné okolnosti a dopady jednotlivých kariér, které se v jednotlivých fázích rozvoje problémového či patologického hraní projevují.

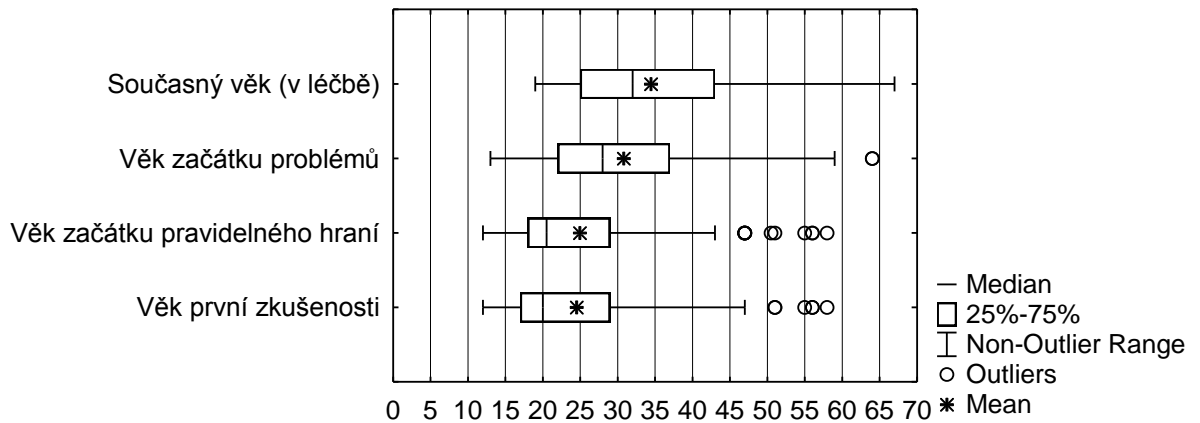
Zpracování a interpretace výzkumného cíle stěžejně vychází z článku v recenzním řízení (Maierová, Charvát & Miovský, 2014b).³

Hráčské kariéry z hlediska věku a délky hraní

V první řadě představíme časový rámec a věkový aspekt hráčských kariér. Účastníci byli dotazováni na čtyři hlavní časové údaje související s jejich hráčskou zkušeností. Přesné časové ukotvení těchto údajů bylo rekonstruováno v průběhu polostrukturovaného rozhovoru. Šlo o následující údaje a hodnoty: věk první zkušenosti s hraním (M=24,53; SEM=0,91; SD=10,76; Me=20; Min=12; Max=58), věk začátku pravidelného hraní (M=24,94; SEM=0,90; SD=10,59; Me=20,5; Min=12; Max=58), věk začátku vážných problémů plynoucích z hraní (M=30,81; SEM=0,94; SD=11,05; Me=28; Min=13; Max=64) a věk nástupu do současné léčby (M=34,43; SEM=0,97; SD=11,46; Me=32; Min=19; Max=67). Z těchto údajů (viz obrázek č. 4) mimo jiné plyne, že ačkoliv k začátku hraní dochází nejčastěji ve věku kolem dvaceti let, může být první zkušenost situována prakticky do jakéhokoliv věku, výjimečně i kolem pětapadesáti let. Dále se ukazuje, že mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní prakticky neexistuje žádná mezifáze. Zhruba po šesti až osmi letech dochází dle výpovědí účastníků k pocíťování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální, jak ukážou další grafické analýzy. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se účastníci rozhodli k léčbě.

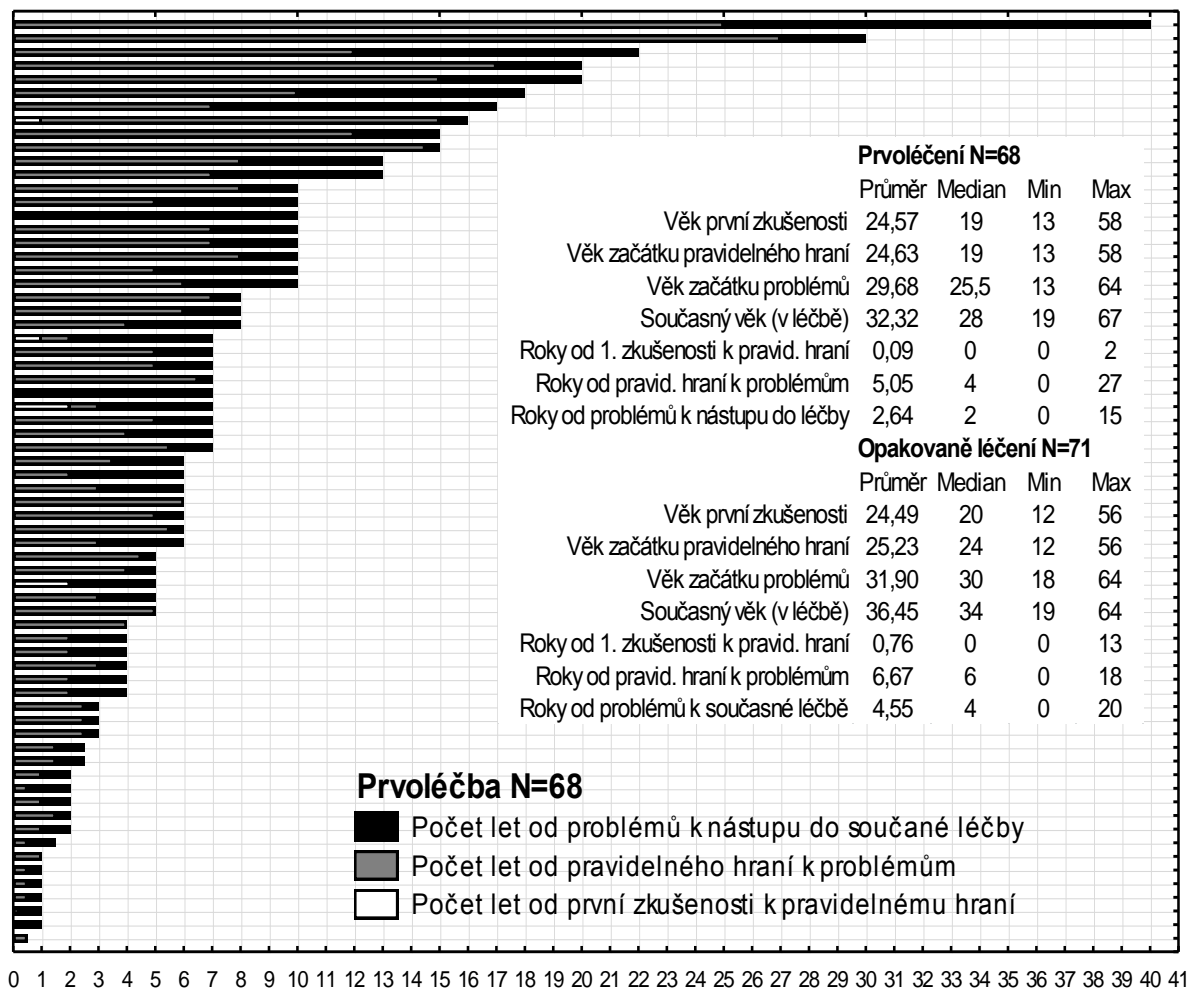
³ Publikujeme zde výsledky z článku. Role autorů: Autoři Eva Maierová, Miroslav Charvát a Michal Miovský navrhli studii a navrhli design studie. Autorka Eva Maierová sbírala data. Eva Maierová a Miroslav Charvát provedli analýzy a podíleli se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu, navrhli počáteční podobu rukopisu. Autor Michal Miovský dohlížel na analýzy a podílel se na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Obr. č. 4 Krabicové grafy znázorňující střední hodnoty a rozložení věku u klíčových momentů rozvoje hráčské kariéry (N=139)

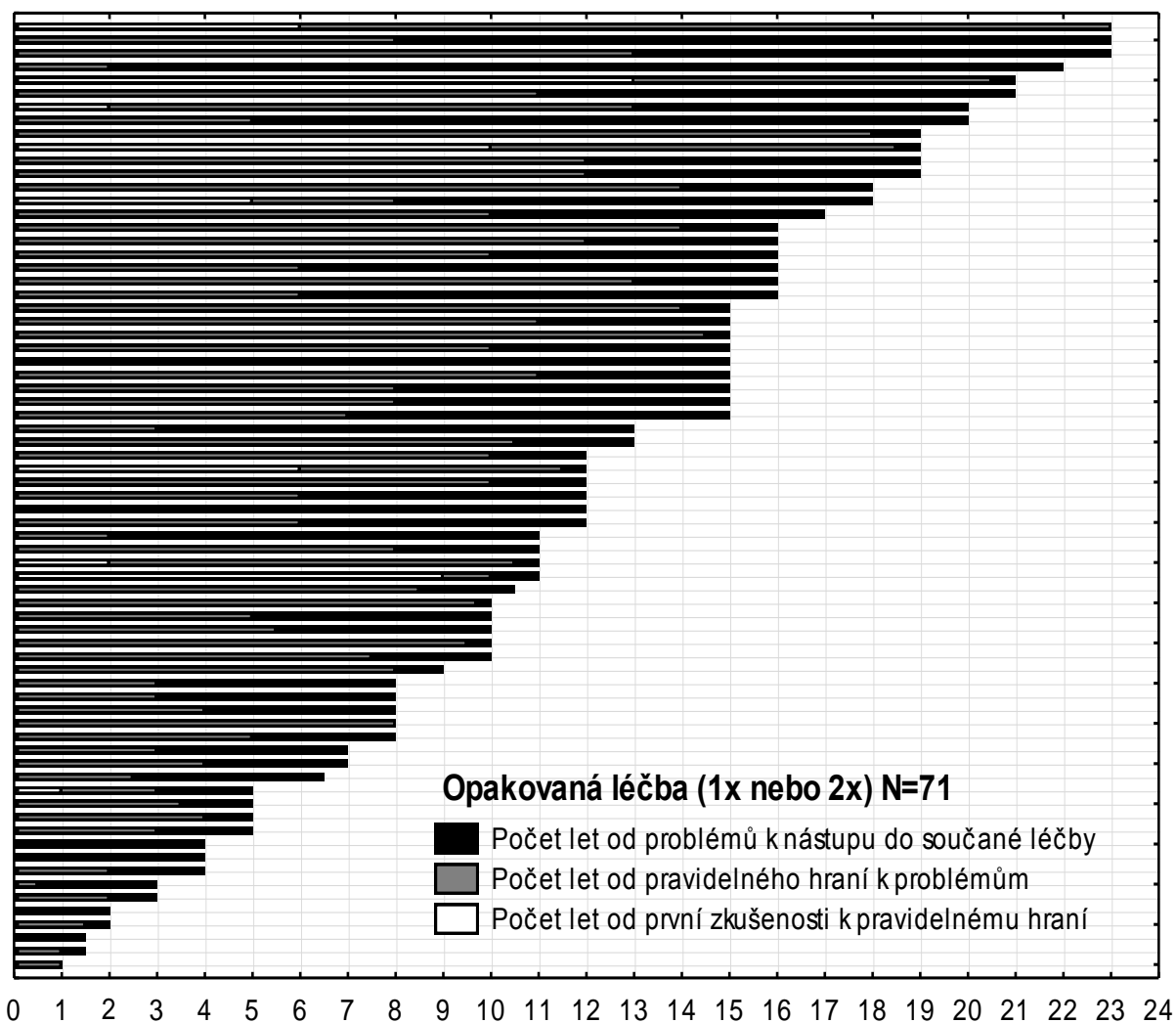


Pro lepší názornost prezentujeme schematický průběh jednotlivých fází u všech účastníků od první zkušenosti po léčbu bez ohledu na věk, tedy jen s ohledem na délku intervalů v letech. Protože je důležité odlišit ty, co se léčí poprvé, od těch, kteří již v minulosti jednu nebo dvě léčby absolvovali, rozdělili jsme tato schémata do dvou podsouborů: Prvoléčba (N=68) a Opakovaná léčba (N=71). Z obrázků č. 5 a č. 6 je patrné, že pouze u čtyř prvoléčených byla přítomna pauza mezi první zkušeností a pravidelným hraním. Taktéž v druhém extrému pouze dva účastníci pociťovali vážné problémy hned od začátku hraní. Fáze pravidelného hraní bez pociťovaných problémů jsou o trochu delší než fáze s pociťovanými problémy. U pacientů v opakované léčbě je situace trochu „pestřejší“, nicméně i zde je perioda bez pravidelného hraní spíše výjimečná. Na druhou stranu nejsou v tomto podsouboru výjimkou zhruba desetileté fáze pravidelného hraní bez uvědomovaných vážných problémů a logicky i následující fáze problémového hraní jsou již delší, než je tomu u prvoléčených. Obrázek č. 5 obsahuje i tabulku se středními, maximálními a minimálními hodnotami. I z této analýzy je patrné, že zde existuje poměrně velká variabilita od extrémně krátké půlroční kariéry až po kariéru dlouhou čtyřicet let.

Obr. č. 5 Grafické znázornění jednotlivých fází hraní od bodu „nula“, tj. první zkušenosti, až po nástup do léčby (konec sloupečku) u skupiny prvoléčených, včetně tabulky s klíčovými časovými parametry obou skupin.



Obr. č. 6 Grafické znázornění jednotlivých fází hraní od bodu „nula“, tj. první zkušenosti, až po nástup do léčby (konec sloupečku) u skupiny opakovaně léčených



Dále se budeme věnovat rozličným aspektům spojeným nejprve s fází pravidelného hraní přes počínající problémy až po výčet závažných dopadů a souvislostí ve fázi, kdy propadají zoufalství, tedy těsně před nástupem léčby.

Impulzy ke hře a preference herních míst

Účastníci uvedli několik impulzů ke hře, často jich působí více současně. Jako impulz ke hře uvedlo čtyřicet pět účastníků touhu po penězích (získat zpět prohrané peníze, vidina rychlého zbohatnutí atp.). Jeden z pacientů k tomu uvádí: „*Vyhrát a zaplatit půjčky. Půjčky jsem měl už předtím, ale v době hraní jich mám více, bydlím na azylovém domě a chci mít lepší život.*“ (59 let, délka hraní 1 rok, první léčba). Třicet šest účastníků uvedlo, že impulzem byl volný čas, že hra fungovala jako forma trávení času, zabíjení nudy,

krácení chvil čekáním na dopravní prostředek atp.). „*Pro mě je to relax, trávení volného času, když jsem měl volný čas, tak mě hned jako první napadlo jít si zahrát a zabavit se.*“ (Účastník, 50 let, délka hraní 3,5 roku, první léčba). Pro třicet dva účastníků byla hra prostředkem pro únik od problémů a stresových situací. „*Byl to pro mě únik od problémů, když jsem byl ve stresu, někdo mě něčím zatěžoval a chtěl se mnou řešit problémy, problémy nejen z hraní, ale i pracovní. Sbalil jsem se a šel jsem hrát.*“ (Účastník 50 let, délka hraní 8 let, první léčba). „*Když jsem v pohodě, tak se nic neděje, ale když jsem ve stresu z větších věcí, jsem roztřesený a hledám únik, a k tomu ještě můj problém s alkoholem.*“ (Účastník 33 let, délka hraní 15 let, třetí léčba). Dvacet jedna účastníků uvedlo, že je hra baví, že je pro ně zdrojem vzrušení. „*Šel jsem na pivo a potom jsem šel hrát, baví mě na tom to vzrušení, to napětí, ten adrenalin, jestli to vyjde nebo ne.*“ (Účastník 21 let, délka hraní 5 let, druhá léčba). Třináct účastníků uvedlo jako impulz ke hře alkohol, dvanáct účastníků užívání nelegálních návykových látek, přičemž počet účastníků, kteří při hře užívali alkohol nebo užívali návykové látky, je vyšší (viz obrázek 5). Účastníci však jako spouštěč užívání nevnímali. „*Impulzem bylo užití pervitinu, sekl jsem se pak na hře a bavilo mě to. Navíc v herně, kam jsem chodil, se s drogami obchodovalo.*“ (Účastník 24 let, délka hraní 7 let, první léčba).

Dále jsme se pacientů dotazovali i na to, zda hrají v místě bydliště, ve městě či na vesnici, kde žijí. Devadesát devět účastníků hraje v místě, kde žijí. Třicet osm účastníků za hrou dokonce dojíždělo, a to zejména z důvodu toho, že u nich ve vesnici automaty nebyly, a hráči přesto vynaložili energii a za hrou dojížděli. Dalším z důvodů byl pocit větší anonymity, aby je tam nikdo neznal. Účastník výzkumu uvedl: „*Dojížděl jsem, jak se dalo, jezdil jsem 6k m bud' na kole, stopem, vlakem. U nás ve vesnici automaty nebyly.*“ (Účastník 60 let, délka hraní 13 let, druhá léčba).

Účastníků jsme se dále dotazovali na preferenci jedné herny nebo více míst, či zda jejich výběr místa byl nezávislý na předchozí zkušenosti. Sedmdesát účastníků uvedlo, že využívali více herních míst (3 až 4 herní místa). „*Měl jsem oblíbené asi dvě herny, bylo to jednak anonymním prostředím, jednak tím, že si tam šlo půjčit peníze, a taky díky tomu, že jsem tam několikrát vyhrál.*“ (Účastník 37 let, délka hraní 19 let, druhá léčba). Pouze jedno herní místo preferovalo padesát pět účastníků. „*Žil jsem v Praze, preferoval jsem jedno kasino, dokonalé prostředí, líbilo se mi tam. Jak se starali, obsluha a prostředí byly příjemné.*“ (Účastník 36 let, délka hraní 15 let, první léčba). Čtrnáct účastníků uvedlo, že

jim to bylo jedno, že hráli, kde se to zrovna dalo. Hráči tedy často využívají možnost hrát kdekoliv, kde to jde, a využít každou příležitost, což navazuje na četnost herních míst v ČR a velkou dostupnost hazardu v mnoha lokalitách. „*Jezdil jsem po montážích, takže jsem hrál zrovna, kde jsem byl. Neměl jsem žádnou oblíbenou.*“ (Účastník 63 let, délka hraní 40 let, první léčba). Účastníci uvedli, že si herní místo vybírají dle těchto kritérií: (seřazeno dle preference) příjemné prostředí a atmosféra, příjemná a již známá obsluha, anonymita od jiných hráčů a vzdálenost od místa bydliště, bonusy zdarma ve formě občerstvení, odvozu zdarma, blízkost herny po cestě domů nebo do práce, umístění herny a otevírací doba nonstop. Pokud se dané místo osvědčí, následně ho pak opakovaně navštěvují.

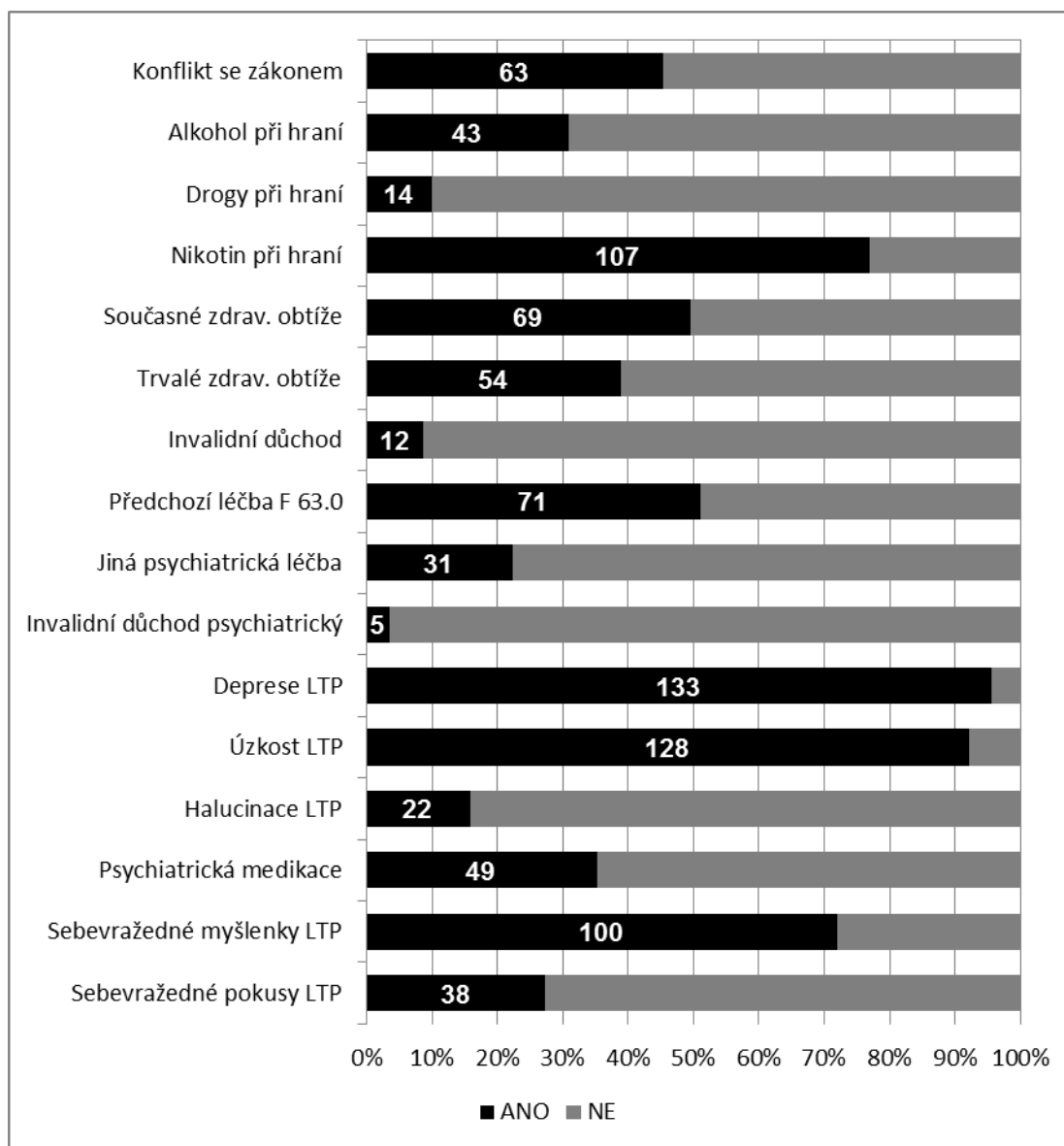
Jednou z otázek SOGS je: *Jestliže hrajete, jak často se vracíte opět hrát hned druhý den, abyste získal ztracené peníze zpět, poté, co jste prohrál větší sumu peněz?* Jedenáct účastníků uvedlo, že nikdy. Třicet devět účastníků uvedlo jen někdy (ale méně než v polovině případů, kdy prohrají). Padesát sedm účastníků uvedlo většinou a třicet devět účastníků, že pokaždé když prohrají.

Zde si můžeme všimnout, do jak nebezpečného bludného kruhu se hráči mnohdy dostávají. Prohra je stimulem k opětovné návštěvě stejného zařízení a celková výše proher se velmi rychle zvyšuje. V klinické praxi se často setkáváme s tím, že hráč investuje částku do hry, která během hry roste, hráč je však polapen do procesu hry a se zvedajícím se vzrušením částku nevybere. Čeká, že částka bude stále růst a že on vybere až horentní sumu. To se však nestane a hráč odchází bez finančních prostředků z herny. Hráči se za to poté stydí, hru tají a doprovázejí je pocity úzkosti a smutku. Často se tedy uchylují k fabulaci. Při otázce, zda někdy tvrdili, že vyhráli více peněz, než kolik to ve skutečnosti bylo, a v reálu je vlastně prohráli a nechtěli se k tomu přiznat, odpovědělo **nikdy** 54 účastníků, **ano, méně než v polovině případů**, kdy jsem prohrál 70 účastníků, **a ano, většinou** 22 účastníků. Zde pro potvrzení můžeme vidět, jak často se hráči uchylují k fabulaci. Pokud hraní jejich okolí zjistí, volí i cestu popření reality, že vyhrávají, i když je skutečnost zcela jiná.

Užívání návykových látek během hazardní hry

Na obrázku č. 7 mimo jiné uvádíme četnosti účastníků, které ve spojitosti s hrou užívali ještě návykové látky. Naprostá většina při hře užívala tabákové výrobky. Účastníci uváděli, že se jejich konzumace cigaret až 2x zvýšila: „...kouřil jsem v herně až 2x tolik cigaret. Třeba i 2 krabičky, byl jsem hodně ve stresu a to mi pomáhalo.“ (35 let, délka hraní 15 let, druhá léčba). Min. škodlivé užívání alkoholu bylo zaznamenáno u čtyřiceti sedmi účastníků. Účastníci většinou užívali alkohol ještě před samotnou hrou. Při hře se často jednalo o nižší dávky. Alkohol měl u nich spíše funkci spouštěče pro hraní. „...chodil jsem s kamarádkou na pivo a byly tam automaty, takže většinou jsem šel na pivo, dal jsem si 3–4 piva a pak jsem šel hrát. Pak jsem už tolik nepil, jak jsem hrál.“ (Účastník 30 let, délka hraní 15 let, třetí léčba). Užívání jiných návykových látek při hře, nejčastěji metamfetamin (pervitin), konopné drogy, bylo u menší části účastníků. Užívání návykové látky předcházelo hře, užití hru ovlivňovalo dle výpovědi účastníků ve zkreslení vnímání času u hry, špatného úsudku. Např. účastník uvedl: „... k mému hraní to patřilo, nejdřív jsem si dal pervitin nebo si zahulil a pak šel hrát, více mě to pak bavilo.“ (Účastník 29 let, délka hraní 5 let, první léčba).

Obr. č. 7. Četnosti participantů, kteří v rozhovoru uvedli nějaké komplikace, okolnosti či důsledky spojené s hraním (N=139); LTP = Life Time Prevalence, tj. celoživotní prevalence



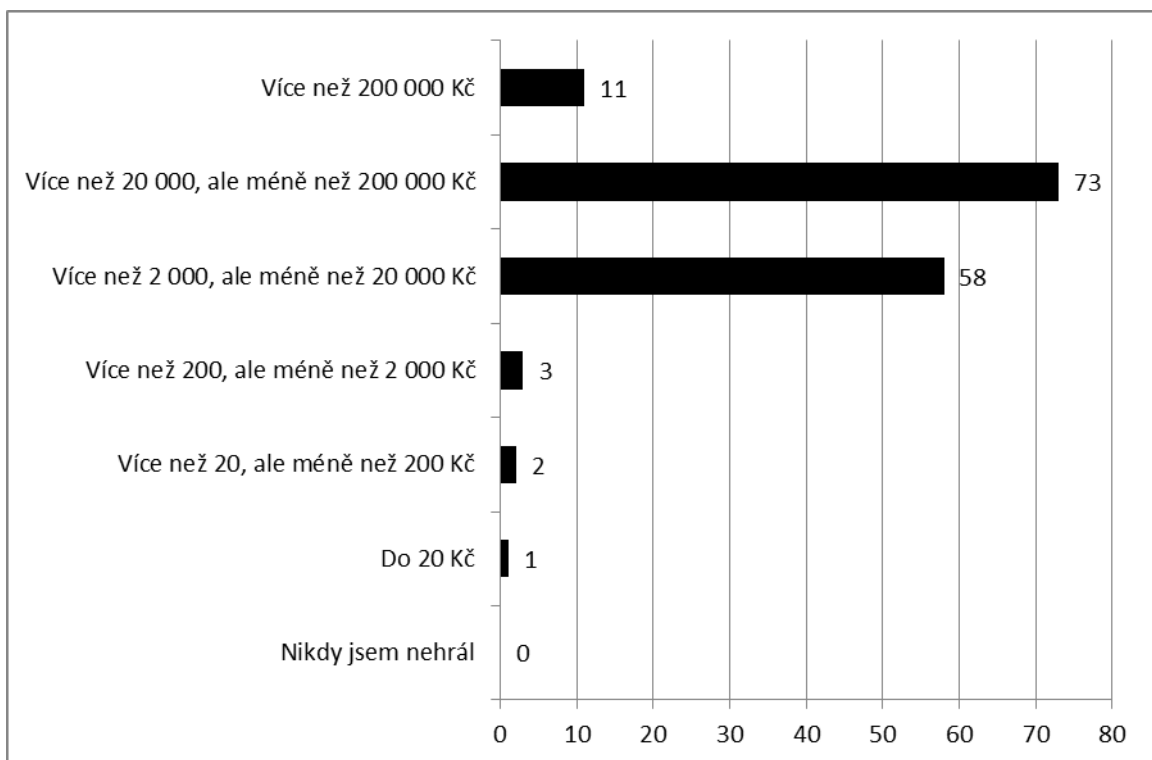
Finanční problémy spojené s hraním

V grafu na obrázku č. 8 uvádíme počty účastníků, kteří hráli za nejvyšší uvedenou částku během jednoho dne. Drtivá většina účastníků uvedla částku vyšší než 20 000 Kč. Upozorňujeme zde na dvě důležité věci. Jedna z nich je převažující naprostá nezdrženlivost v kontrolování výše sumy vsazené do hry, kdy pacient uvádí např. „... měl jsem u sebe 30 000 Kč. Začal jsem hrát s pěti tisíci, ale postupem času, kdy jsem ten den hrál, jsem utratil naprosto vše, sahal jsem stále do peněženky, dokud jsem věděl, že tam

něco mám.“ (Pacient 22 let, 5 let hraní, první léčba). Druhá věc, na kterou upozorňujeme, je, že herní automaty již nemají strop ve výši sázky, kterou lze maximálně vložit. Tudíž hráč není v tomto ohledu ničím limitován. Tento herní mechanismus nekontroluje ani maximální výši prohraných peněz. Hráč tedy hraje do té fáze, dokud u sebe má peníze. Právě kombinace těchto dvou faktorů může velmi snadno vést k obrovským prohrám.

Hráči tedy často mluví o fantazii a dostávají se do myšlenkové smyčky, že když do hry investovali tolik peněz, musí se jim to přece někdy vrátit. Jedná se o základní kognitivní omyl. Stále více tedy vkládají energii, finance na úkor zjevných výsledků ze hry. Hra končí po úplném finančním vyčerpání. Tehdy účastníci často hledají ještě další finanční zdroje pro pokračování ve hře.

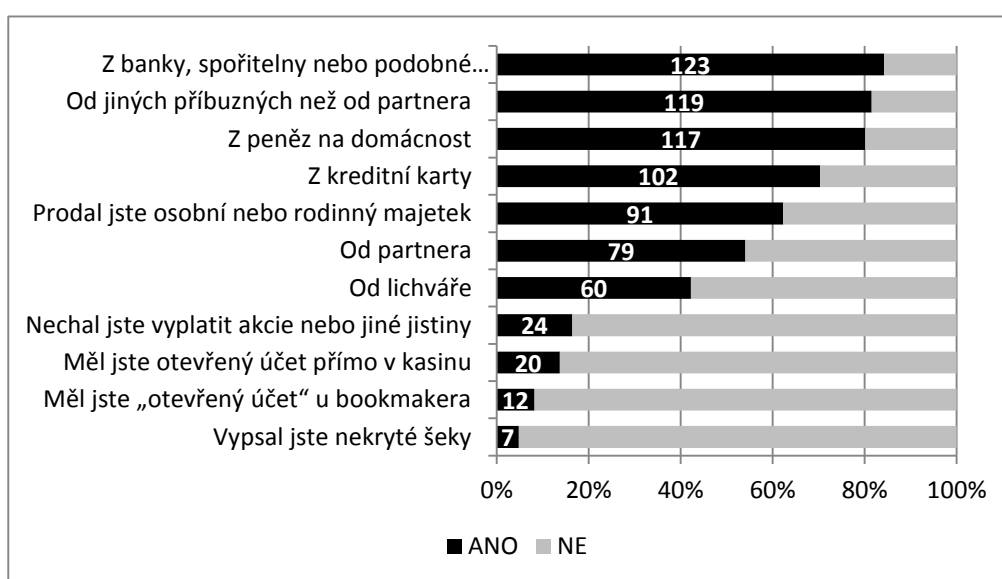
Obr. č. 8. Největší obnos peněz vložený do hry během jednoho dne (z dotazníku SOGS); četnosti participantů v jednotlivých intervalech (N=147)



V grafu na obrázku č. 9 uvádíme zdroje financí k zaplacení herních dluhů. Účastníci během své kariéry využívali více prostředků, aby své hraní tajili a získali finance. Většina účastníků jako první použila na své dluhy své našetřené peníze. Jako další zdroje použili půjčené peníze od institucí (banka, spořitelna) a od příbuzných. Dle tabulky

i rozhovoru je zřetelné, že účastníci využívají z počátku anonymnější zdroje financí, aby své hraní tajili. Mají velké dluhy, často tlak věřitelů a příbuzných byl pro ně zdrojem velké frustrace a pocitů viny. Účastník uvedl: „...*dlužím 500 000 Kč, neměl jsem ani na jídlo, doma mi odstříhli elektřinu, žil jsem jen z důchodu, který jsem vydržel mít u sebe jeden, maximálně dva dny, než jsem všechno prohrál. Pak mě živili příbuzní, kterým ale došla trpělivost. Z počátku jsem hrál za svoje našetřené peníze, pak jsem už nic neměl, tak jsem využíval další možnosti.*“ (Pacient 60 let, délka hraní 13 let, nyní druhá léčba).

Obr. č. 9. Využívané finanční zdroje ke hře a k placení herních dluhů (z dotazníku SOGS); absolutní četnosti (N=147)



Průměrná dlužná částka účastníků ve studii je 780 000 Kč. Nejvyšší dlužná částka je 20 milionů korun a nejnižší částka je 725 Kč. Pouhých čtrnáct účastníků neviduje v současné situaci žádný dluh. Je to díky tomu, že za ně dluhy zaplatila rodina nebo jiní příbuzní. Účastník (19 let, délka hraní 2 roky, první léčba): „...*rodina všechno zaplatila, jak to zjistila. Měl jsem asi 200 tisíc dluh po kamarádech a v nebankovních společnostech. Ted' nedlužím nic...*“ (Účastník 24 let, délka hraní 8 let, první léčba): „...*dlužím doma rodičům 80 tisíc, to jsem jim postupně ukradl, a bance asi 20 tisíc, po léčbě bych to chtěl začít splácet.*“ Tento trend potvrzuje i praxe, kde se u klientů setkáváme s tím, že rodina bývá často velmi nápomocná při splácení dluhů, což se ale může v léčbě a v procesu uzdravy projevit jako kontraproduktivní a rizikové pro udržení abstinence.

Dále jsme se pacientů dotazovali, jaká byla jejich nejvyšší vyhraná částka za jednu hru. Tato výhra byla pro ně často motorem hrát dál. Opět se jedná o kognitivní omyl, že když jednou vyhráli, musí vyhrát znovu, a tím snížit propad mezi prohrami. Nejvyšší průměrná vyhraná částka během jedné hry je 277 707 Kč. Nejvyšší částka je 5 milionů korun a nejnižší vyhraná částka je 15 000 Kč. Účastník (41 let, délka hraní 22 let, první léčba) uvedl: „...začal jsem hrát videoloterijní terminály, pak jsem hrál i na burze, nejvyšší vyhraná částka byla ze 100 000 Kč půl milionu. To byl pro mě zlom, kdy jsem pak hrál ještě víc, protože jsem si myslel, že to takhle půjde dál a vydělám si na dluhy. Opak byl pravdou.“

Jedna z otázek byla i na vyčíslení celkových finančních nákladů, které během své hráčské kariéry pacienti do hry investovali. Průměrná celková prohraná částka během hráčské kariéry je 3 159 816,90 Kč. Nejvyšší investovaná částka je 60 milionů a nejnižší celková částka je 150 000 Kč. Účastník (39 let, délka hraní 9 let, nyní 3. léčba): „...všechno, co jsem mohl, jsem prohrál, dohromady je to přes 3 miliony, utratil jsem všechny naspořené peníze, rozpůjčoval si od rodiny, manželky, která se se mnou rozvedla, prohrál jsem i dům. Jediný, co mi zbylo, jsou dluhy.“

Negativní důsledky hraní a další klinické souvislosti

V následujících větách dle dotazníku SOGS (N=147) uvádíme důsledky z hraní, kde dokládáme naprosté pohlcení hrou na úkor pracovních, volnočasových a rodinných aktivit. objevují se pocity viny ze hry a problémy v mezilidských vztazích. *Cítil jste vinu ve spojení s hraním nebo kvůli tomu, co se během hraní stalo (ano 143 účastníků). Hrál jste více, než jste původně zamýšlel (ano 142 účastníků). Kritizovali někdy jiní lidé vaše hraní (ano 138 účastníků). Cítil jste někdy, že byste měl skončit s hraním, ale nešlo vám to (ano 138 účastníků). Hádky s osobou, se kterou žijete, kvůli nakládání s penězi (ano 132 účastníků). Půjčil jste si někdy peníze na hru a nevrátil je (ano 119 účastníků). Byly hádky ohledně peněz zaměřeny na vaše hraní (ano 119 účastníků). Schovával jste někdy lístky, vyhrané peníze nebo jiné náznaky hraní před lidmi, kteří jsou pro vás důležití (ano 109 účastníků). Omezoval jste kvůli hraní svůj čas na práci nebo na studium (ano 90 účastníků).*

Jak je patrné z grafu na obrázku č. 5, suicidiální myšlenky mělo 100 účastníků (71,9 %), třicet devět účastníků v souboru je neguje. Jednorázový suicidiální pokus (dále též TS) uvedlo třicet pět účastníků (25,1 %), opakovaný TS mělo sedm účastníků (5 %). Jako nejčastější způsoby zvolili spolykání léků, podřezání žil, strangulaci, skok pod vlak nebo auto, užití jedu, vypití sava, vhození elektriky do vody, udušení plynem nebo igelitem. Jedná se o vysokou hodnotu, kdy velká část souboru má suicidiální myšlenky nebo již jeden TS za sebou, a je zřetelné, že tomuto problému je v klinické praxi nutné věnovat náležitou pozornost. Nejčastějším důvodem jsou silné pocity viny, uvědomění si negativních dopadů z hraní. Velmi často hráči popisují bezvýchodnost, zoufalost situace, kterou řeší dvěma způsoby. Buď otočí agresí, která je sycena silnými pocity viny, proti sobě (a spáchá TS), nebo směřují agresí ven a jednájí protizákonně (přepadení, loupeže, zpronevěry). Účastník (21 let, délka hraní 3 roky, první léčba): „...*byl jsem úplně na dně a tohle mi přišlo jako jediný možný řešení jak z toho ven, šel jsem na koleje a čekal na vlak, chtěl jsem, ať mě přejede. Paní z nádraží zavolala policii a ta mě zachránila, od té doby jsem tady.*“ Účastník (45 let, délka hraní 15 let, druhá léčba): „...*tak dlouho jsem to tajil, všem jsem lhal, zničil rodiny, zadlužil se, zničil sebe, chtěl jsem to skončit. Pokoušel jsem se udusit igelitem, ale to nešlo, tak jsem zkusil provaz a poslal sms na rozloučenou, jenže provaz pode mnou praskl, pak následovala hospitalizace.*“

O depresivních stavech referovalo 132 účastníků (94,9 %), pocity úzkosti 128 účastníků (92,1 %). Jedná se o velmi nepříjemné negativní prožitky bezvýchodnosti situace, pocity beznaděje, které jsou spojené s důsledkem z hraní. Celkem 50 účastníků (35,9 %) bylo v souvislosti se svým psychickým stavem zamedikováno.

V souvislosti s hráčskou kariérou se dopustilo trestného činu 62 účastníků (44,6 %). Jednalo se o krádeže, finanční zpronevěry, finanční podvody apod. Krádeže financí či nedovolené půjčení peněz doma od svých blízkých, partnerů uvedlo 120 účastníků (86,3 %). Upozornujeme na to, že tento fakt nevnímali jako něco nezákonného. V rámci inquire tento fakt však potvrdili.

Předchozí léčbu v souvislosti s hraním uvedlo 55 účastníků (39,5 %), více než dva pokusy předchozích léčeb uvedlo 17 účastníků (12,2 %). Více než polovina souboru již jednu léčbu z patologického hráčství absolvovala, a je tak zřetelná tendence k recidivě, charakteristická obecně pro celou oblast těžších forem závislostí.

Pro jiné psychické komorbidní obtíže se někdy v minulosti léčilo 32 účastníků (23 %). Jednalo se např. o léčbu schizofrenie, závislosti na alkoholu, deprese, úzkosti apod. Účastníci popisují velké problémy ve vztahové oblasti. V současné době má přítelkyni padesát čtyři účastníků (38,8 %) a devět účastníků je ženatých (6,5 %). Šedesát účastníků (43,1 %) je v tuto chvíli bez partnerky a dvacet devět účastníků (20,8 %) z celkového souboru je rozvedených. Na rozchodu a rozvodech s partnerkami má největší podíl patologické hráčství a problémy spojené s ním. Rodinní příslušníci účastníkům často nevěří, důvěru nyní budují od začátku. Na obnovení vztahů mají často možnost pracovat v rámci rodinné terapie. Je zajímavé, že odbornou pomoc, jako je psychiatr, lékař, psycholog, využilo pouhých čtyřicet pět (32,4 %) příbuzných ještě před nástupem hráče do léčby. Osoby blízké od devadesáti čtyř (67,6 %) účastníků žádnou pomoc nevyhledali.

Jako poslední impulz k nástupu do léčebny uvedlo sedmdesát pět účastníků psychické problémy spojené s hraním, jako jsou pocity viny, studu, úzkosti, pocit, že se ocitli na svém psychickém dně (Účastník 43 let, délka hraní 15 let, první léčba: „...zpronevěřil jsem peníze, úplně jsem se toho lekl, že jsem to udělal, měl jsem strašně deprese a byl na dně.“). U padesáti šesti účastníků byl vnímán jako impulz k léčbě v nátlaku rodiny, která na ně tlačila, aby nastoupili do léčebny (Účastník 30 let, délka hraní 13 let, třetí léčba: „...po pěti letech jsme se rozešli s přítelkyní, už to nevydržela, totální životní debakl, prohrál jsem úplně všechno, co jsem měl, a uvědomil jsem si, že takhle dál nemůžu, proto jsem tady.“). U třinácti účastníků vyvrcholil nástup do léčebny realizací TS, který se jim nezdařil (Účastník 31 let, délka hraní 13 let, třetí léčba: „...byl jsem naprosto v koncích, pokusil jsem se o sebevraždu, nevěděl jsem kam dál.“). U třech účastníků to bylo v důsledku nátlaku zaměstnavatele (Účastník 45 let, délka hraní 4 roky, první léčba: „...dostal jsem ultimátum v práci a ta práce už kvůli dluhům je pro mě strašně důležitá, takže jsem si to začal vyřizovat.“).

Výše zmíněné údaje dokreslují, v jak kritickém stavu se hráči do léčby dostávají. Ekonomické, psychické, rodinné a sociální důsledky dokreslují debakl, do kterého se hráči kvůli hře dostali.

8.4. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 3.

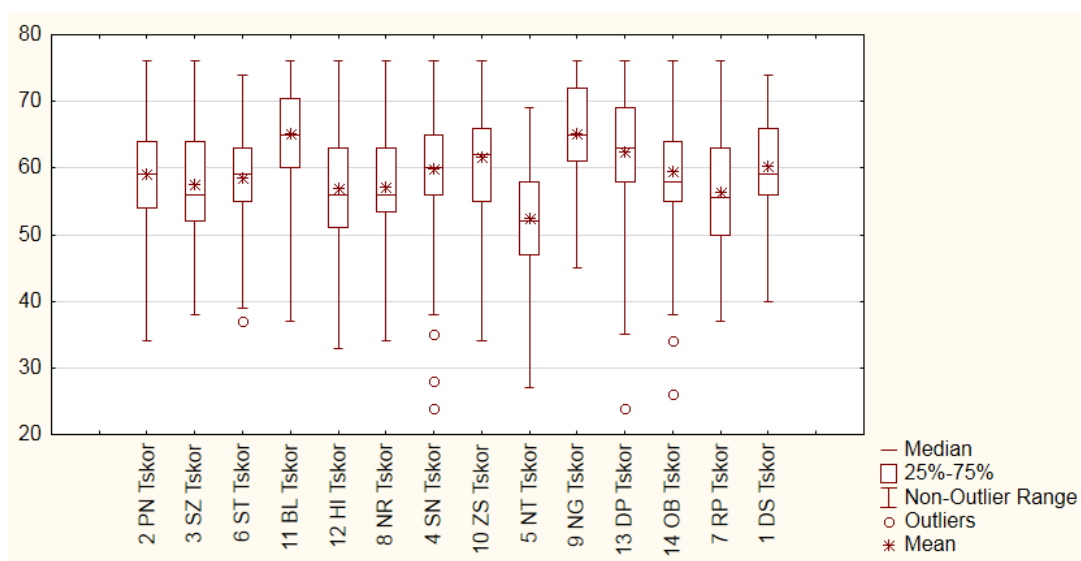
Třetí výzkumný cíl zní: Popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře PSSI a případně identifikovat subtypy hráčů.

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

Srovnání výsledků výzkumného souboru s normou

Pokud bychom zobrazili výsledky metody PSSI pro celý výběrový soubor, průměrné výsledky za jednotlivé škály ve srovnání se střední hodnotou normového souboru by vypadaly následovně, viz graf č. 2.

Graf č. 2. Výsledky dotazníku PSSI pro celý výzkumný soubor (144 respondentů)



V grafu č. 2. uvádíme hodnoty průměru výzkumného souboru v T-skórech. Hodnota 50 je norma pro zdravou populaci. Na první pohled je čitelné, že celý soubor průměrně skóroval nad normou běžné populace. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP). A jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Z krabicových grafů lze však také vyčíst, že někteří participanti se vymykali průměru souboru, což naznačují hodnoty outliers. V jednotlivých grafech nalezneme 50 % výběrového souboru v rámci krabičky vymezené dolním (25 %) a horním (75 %) kvantilem. Mimo krabičku nalezneme 25 % hodnot vyznačených anténami směrem dolů pod normu a 25 % směrem nahoru. Ojedinelé nízké hodnoty respondentů jsou např. ve škále nutkavý (NT).

Vzhledem ke zjištěným výsledkům, kdy celý soubor skóroval v průměrných hodnotách jednotlivých škálach PSSI výše oproti normě, rozhodli jsme se otestovat hypotézy, zda jde o statisticky významné rozdíly.

Pro přehlednost jsme se rozhodli nevypisovat zde všechny testované hypotézy. Celkově by se jednalo o 14 hypotéz dle škál dotazníků PSSI (H_1 - H_{14}). Dle teoretického základu lze očekávat zvýšené skóry na škále borderline, sebenejistý, závislý, depresivní a disociální.

Modelová statistická alternativní jednosměrná hypotéza, do které si postupně můžeme dosadit všechny škály dotazníku PSSI, zní:

H_1 : Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále paranoidní (PN) oproti normě populace.

Pro vlastní testování tohoto souboru hypotéz jsme použili jednovýběrové t-testy. Můžeme konstatovat, že všechny aplikované t-testy prokázaly statistickou významnost. Hypotézy H_1 - H_{14} přijímáme. Výsledky uvádíme v tabulce č. 12.

Vzorec pro použitý jednovýběrový t-test:

$$T = \frac{\bar{X} - \mu_0}{S/\sqrt{N}}$$

Tab. č. 12. Výsledky testování hypotéz, zda se liší výběrový soubor od normy ve všech škálách PSSI a zda jsou výsledky klinicky významné.

Škály T-skór	M	SD	N	SEM	CI -95%	CI +95 %	M normy	t	s.v.	p	Cohe- novo d
PN	59,08	7,47	144	0,62	57,9	60,3	50	14,60	143	0,000	1,22
SZ	57,44	8,15	144	0,68	56,1	58,8	50	10,95	143	0,000	0,91
ST	58,60	7,24	144	0,60	57,4	59,8	50	14,25	143	0,000	1,19
BL	65,13	7,47	144	0,62	63,9	66,4	50	24,32	143	0,000	2,03
HI	56,86	9,33	144	0,78	55,3	58,4	50	8,82	143	0,000	0,74
NR	57,09	9,14	144	0,76	55,6	58,6	50	9,31	143	0,000	0,78
SN	59,82	8,99	144	0,75	58,3	61,3	50	13,11	143	0,000	1,09
ZS	61,61	8,71	144	0,73	60,2	63,0	50	15,99	143	0,000	1,33
NT	52,37	7,34	144	0,61	51,2	53,6	50	3,87	143	0,000	0,32
NG	65,21	7,05	144	0,59	64,0	66,4	50	25,90	143	0,000	2,16
DP	62,48	8,87	144	0,74	61,0	63,9	50	16,88	143	0,000	1,41
OB	59,43	8,73	144	0,73	58,0	60,9	50	12,96	143	0,000	1,08
RP	56,42	7,99	144	0,67	55,1	57,7	50	9,65	143	0,000	0,80
DS	60,36	7,26	144	0,60	59,2	61,6	50	17,13	143	0,000	1,43

Legenda: M=průměr, SD=směrodatná odchylka, N=velikost souboru, SEM=střední chyba průměru, CI=interval spolehlivosti, M normy=průměr normy populace, s.v.=stupně volnosti, p=hladina významnosti, Cohenovo d=velikost účinku

Vzhledem k tomu, že všechny výsledky jsou statisticky významné, zajímalo nás, zdali jsou také klinicky významné. Proto jsme pro jednotlivé výsledky vypočítali i velikost účinku sledovaných rozdílů (tzv. effect size) pomocí Cohenova „d“ podle následujícího vzorečku (Soukup, 2013).

$$d = (x_1 - x_2) / \sqrt{s^2}$$

Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova d a její slovní označení dle Soukupa (2013).

Interval	/	slovní označení
< (0,2–0,5)		small
< (0,5–0,8)		medium
0,8 a vyšší		large

Ve škále nutkavosti (NT) můžeme konstatovat, že se jedná o malou klinickou významnost. Ve škále histrionský (HI), narcistický (NR) a rapsodický (RP) se jedná o střední klinickou významnost. V ostatních škálách paranoidní (PN), schizoidní (SZ), schizotypní (ST), borderline (BL), sebenejistý (SN), závislý (ZS), negativistický (NG), depresivní (DP), obětující se (OB), disociální (DS) se jedná o velkou klinickou významnost, která je dána velikostí rozdílu téměř jedné směrodatné odchylky nebo více.

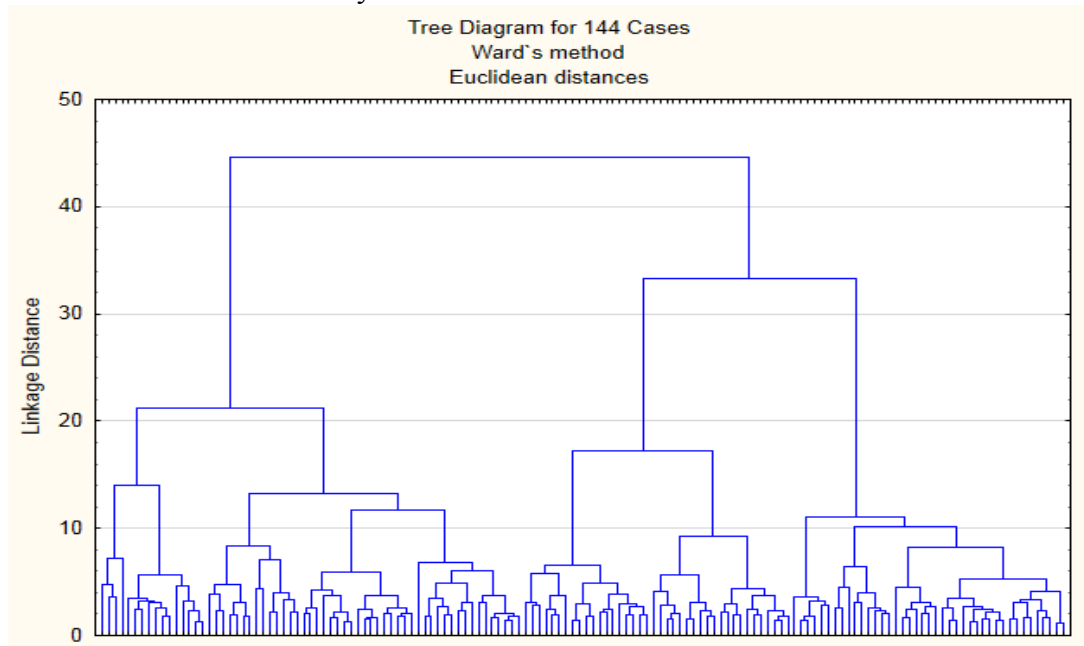
Ovšem průměrné výsledky vypočítané pro celý soubor ve srovnání s normou mohou být zavádějící. Vzhledem k rozložení dat patrného z krabicových grafů je jasné, že ne všichni participanti by se svým výsledkem k této průměrné hodnotě celého souboru přibližovali. Z průměrných hodnot nejsou zřetelné rozdíly mezi jednotlivými hráči či skupinami podobných hráčů a nelze z takového modelu jejich profily jednoznačně identifikovat.

Subtypy hráčů dle profilů v PSSI

Pro nalezení jednotlivých subtypů hráčů a pro detailnější analýzu jejich osobnostních profilů jsme se rozhodli použít shlukovou analýzu (cluster analyses). Je to vícerozměrná statistická metoda, která se používá ke klasifikaci participantů do skupin (shluků) tak, aby si lidé náležící do stejné skupiny byli podobnější než lidé z jiných skupin. Pro tyto skupiny se pak vypočítají samostatné parametry daných škál (např. průměry a SD). Výsledek tak lépe vyjadřuje reálnou situaci, i když se stále jedná o jakési modelové participanty, tj. ani výsledky jednotlivých shluků nemusí odrážet všechny možné originální varianty profilů, které by se analyzovaly při individuální diagnostice osobnosti. Konkrétně jsme postupovali takto. V programu Statistica v. 12 jsme nejprve aplikovali hierarchické shlukování (Joining tree clustering) všech sledovaných klientů pomocí Wardovy metody a euklidovských vzdáleností.

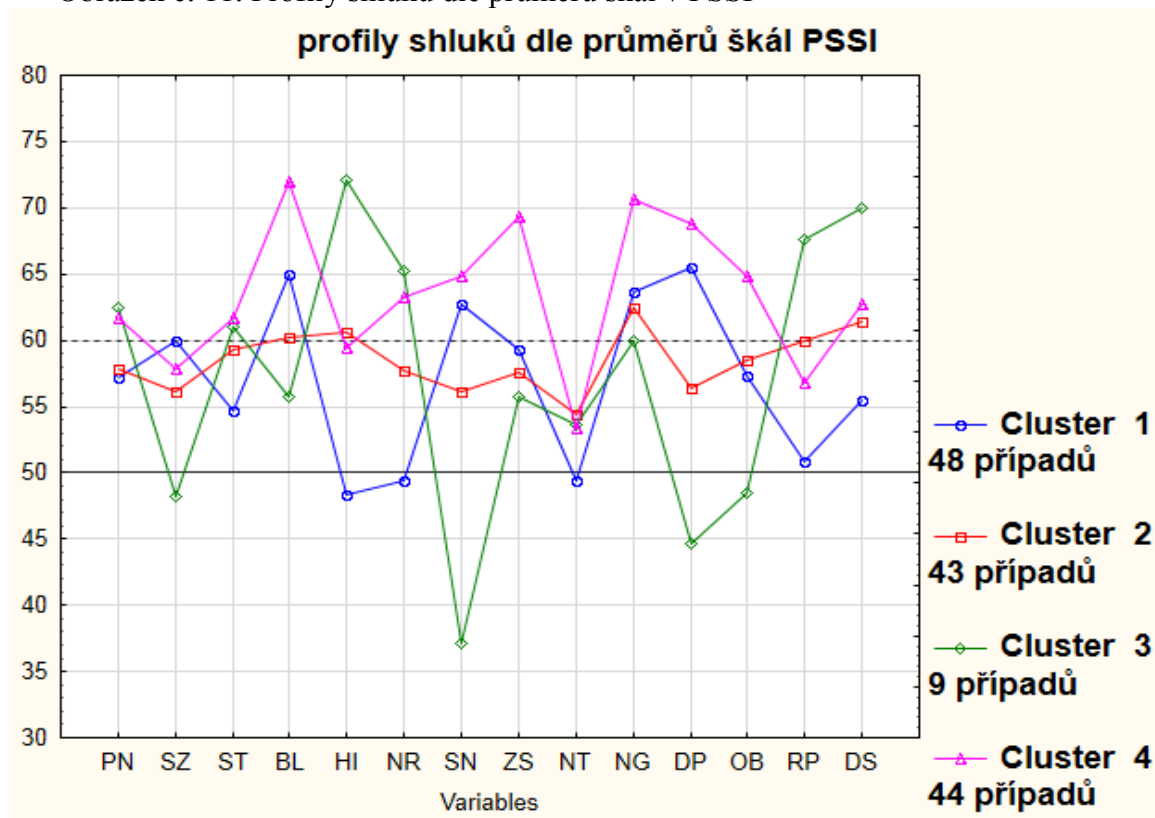
Z obrázku č. 10 je zřejmé, že se soubor rozpadá do menších skupin, které sdružují podobné osobnostní styly. Pro další krok shlukování pomocí metody K-průměrů jsme si vybrali právě čtyři clustery. Pokud bychom zvolili tři nebo dva clustery, je to pro interpretaci výsledků příliš zjednodušující a zkreslující model. Vyšší počet clusterů je zase hůře interpretovatelný, jelikož se soubor může rozpadat do mnoha menších skupin, které se liší pouze v detailech či v intenzitě jednotlivých škál.

Obrázek č. 10. Cluster analýza PSSI



V následujícím obrázku č. 11. uvádíme profily shluků zkonstruovaných na základě průměrů škál PSSI u těchto jednotlivých shluků a také absolutní počty participantů v jednotlivých shlucích. V následujícím textu tyto čtyři profily podrobněji charakterizujeme. Dále jsou v grafu pro lepší diagnostickou orientaci znázorněny referenční linie identifikující průměr normy (T-skór 50) a hranici jedné směrodatné odchylky nad normou (T-skór 60). Škály dotazníku PSSI jsou seřazeny dle novější elektronické vyhodnocovací šablony dotazníku (Hogrefe Testcentrum, 2014), která škály prezentuje v pořadí více odpovídajícím diagnostickým kategoriím dle DSM-IV.

Obrázek č. 11. Profily shluků dle průměru škál v PSSI



První skupinu s osobnostním profilem tvoří 48 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (modrý profil).

Tento osobnostní profil má zvýšenou škálu stylu borderline (BL), sebenejistoty (SN), negativismu (NG), depresivity (DP). Tyto osobnostní styly jsou v profilu výrazné a jsou na hranici s poruchami. Zároveň se vyznačuje těmito styly, které jsou v normě s populací. Jedná se o styly příjemný, ctižádnostivý, pečlivý, optimistický.

Tito lidé jsou velmi emotivní, spontánně se nadchnou pro kladné vjemy a velmi impulzivně odmítají osoby nebo věci, které vnímají negativně. Nejsou ulpívající. Výrazná je instabilita vlastní identity, nálad, výrazné jsou neshody v mezilidských vztazích. Zároveň jsou citliví na kritiku, ve společnosti jsou zdrženliví. Mají obavy z negativního hodnocení, proto mohou být spíše plaší, rozpačití. Projevuje se pasivita i v situacích, v nichž se obvykle očekává aktivita. Typický je pasivní odpor vůči požadavkům a výkonům v pracovní nebo sociální oblasti. Je to např. otálení, zapomínání, oddalování. Typické je často negativní vnímání dobře míněných rad. Jsou často skleslí, prožívají spíše negativní

pocity než pozitivní. Jejich základní prožívání je pasivního charakteru. Jsou sebekritičtí, prožívají často pocity viny.

Druhou skupinu s osobnostním profilem tvoří 43 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (červený profil)

Tato skupina je charakteristická zvýšenými skóry v průměru o jednu směrodatnou odchylku ve škálách schizoidní (ST), borderline (B), histrionský (HI), negativistický (NG), rapsodický (RP), disociální (DS).

Z hlediska našeho zkoumaného souboru, se však jedná o skupinu hráčů s nejmenší výraznou psychopatií.

Tito jedinci mohou být v sociálních situacích krajně úzkostliví. Hlavním rysem je senzitivita vůči jednání, k nimž nelze dospět logickým myšlením ani na základě intuice. Jsou více emocionální a věří neobvyklým jevům, jako je telepatie apod., působí často hodně excentricky. Jsou velmi emotivní, spontánně se nadchnou pro kladné vjemy a velmi impulzivně odmítají osoby nebo věci, které vnímají negativně. Nejsou ulpívající. Výrazná je instabilita vlastní identity, nálad, výrazné jsou neshody v mezilidských vztazích. Emotivita je orientovaná společensky, kde je intenzivní touha být středem pozornosti. Vyžadují stálé uznání a chválu. Necítí se dobře, pokud nemají dostatečnou pozornost, chovají se přehnaně atraktivně, vyjadřují se vágně. Projevuje se pasivita i v situacích, v nichž se obvykle očekává aktivita. Typický je pasivní odpor vůči požadavkům a výkonům v pracovní nebo sociální oblasti. Je to např. otálení, zapomínání, oddalování. Mají často kladný životní postoj. Číší z nich entuziasmus. Nevnímají negativní stránky svého prožívání nebo prožívání druhých. Nejsou schopni se zabývat zdroji konfliktů a problémů. Často se chovají tak, že zraní svým chováním okolí. Jedná se o bezohledné, nezodpovědné chování. Nemají pocity viny. Často se nedovedou přizpůsobit normě společnosti. Jsou sebejistí až bezohlední v prosazování vlastních cílů.

Třetí skupinu s osobnostním profilem tvoří 9 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (zelený profil)

Tento profil se vyznačuje vysokými skóry, kdy se jedná pravděpodobně o poruchu na škále histrionský (HI), narcistický (NR), rapsodický (RP) a disociální (DS). Dále velmi nízkými skóry na škále sebenejistý (SN), depresivní (DP), obětující se (OB).

Tento profil je charakteristický tím, že jedinci se chovají impulzivně, mají velkou touhu být středem pozornosti. Vyžadují stále uznání a chválu. Necítí se dobře, pokud nemají pozornost. Mohou být výkonově orientovaní, dominuje zvláštnost vystupování ve společnosti. Často prožívají pocity velkoleposti, nemají dostatek empatie a jsou zvýšeně citliví pro vnímání jinými lidmi. Nemají schopnost vnímat něco negativního ve vlastním nebo jiném prožívání druhých lidí. Bezohledně prosazují své cíle na úkor druhých lidí. Jsou bezohlední, nezodpovědní, nedovedou se přizpůsobit společnosti a normám. Nejsou rozpačití v sociálních situacích, mají pocit vlastní grandiozity a velkoleposti

Čtvrtou skupinu s osobnostním profilem tvoří 44 respondentů z celkového souboru 144 respondentů (růžový profil)

Tento profil se vyznačuje vysokými skóry, kdy se jedná pravděpodobně o poruchu na škále hraniční (BL), závislý (ZS), negativistický (NG), depresivní (DP) a obětující se (OB).

Tento profil je charakteristický impulzivitou a impulzivním jednáním, nejsou ulpívající, výrazná je instabilita sebeobrazu, nálad. Tito lidé mají obavu, že budou opuštěni, mají silný pocit vlastní důležitosti. Zveličují své schopnosti, sní o uznání od druhých lidí, ve své fantazii se zabývají vlastními úspěchy. Vyznačují se pasivním odporem vůči výkonovým požadavkům. Často věci odkládají nebo zapomínají, mají pocit, že jim bylo nespravedlivě ublíženo, svou situaci za každou cenu vnímají negativně. Mají pocity méněcennosti, nedostatečnosti, mají pesimistickou základní orientaci, jsou sebekritičtí.

8.5. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 4

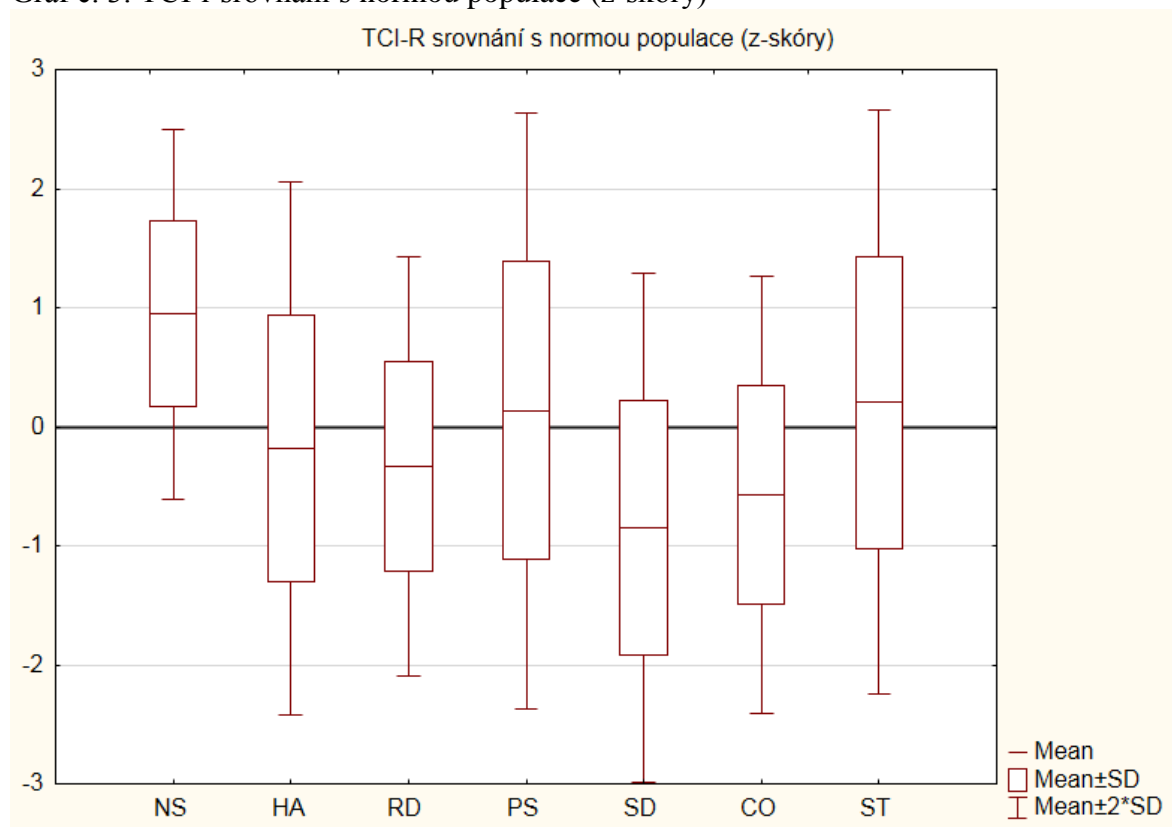
Výzkumný cíl č. 4. je: Popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře TCI-r a případně identifikovat subtypy hráčů dle Cloningerovy teorie. K naplnění cíle jsme využili dotazník TCI-R. Dotazník validně vyplnilo celkem 128 respondentů. Tři participanti nevyplnili dotazník a šestnáct participantů mělo 1 až 4 nevyhovující odpovědi na validizačních škálách, a tudíž jsme dle instrukcí v manuálu jejich výsledky považovali za nevalidní a byly z analýzy vyloučeny.

I u tohoto dotazníku jsme se setkali s tím, že u některých participantů v některých položkách chyběly odpovědi. Vzhledem k tomu, že šlo pouze o 18 hodnot, rozhodli jsme se data dopočítat. Little's MCAR test ukázal, že data chybí dle náhodného vzorce, a můžeme je tedy dopočítat pomocí expectation–maximization (EM) algoritmu.

Srovnání výsledků výzkumného souboru s normou

V grafu č. 3. předkládáme výsledky v TCI-r pro celý soubor, tj. průměrné výsledky za jednotlivé škály ve srovnání s normou. První čtyři škály jsou škály pro temperament, další tři škály jsou škály pro charakter. Jako normový soubor (200 participantů) jsme použili data z výzkumné studie od Preisse a kolektivu, předem jsme to také osobně konzultovali s hlavním autorem článku (Preiss et al., 2007).

Graf č. 3. TCI-r srovnání s normou populace (z-skóry)



V grafu č. 3. uvádíme hodnoty průměru výzkumného souboru v z-skórech. Hodnota 0 je norma pro zdravou populaci. Na první pohled je čitelné, že celý soubor průměrně skóroval

skoro o jednu celou směrodatnou odchylku nad normu ve škále vyhledávání nového (NS). Naopak oproti normě průměrně skóroval níže ve škálách závislost na odměně (RD), sebeřízení (SD), spolupráce (CO). Ve škálách vyhýbání se poškození (HA), perzistence (PS) a sebezpřesahu (ST) se od normy neliší.

V rámci výsledků TCI-r jsme se na základě předchozích výzkumů a teoretické rešerše dopředu rozhodli otestovat následující tři hypotézy:

Hypotézy:

H₁₅: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále vyhledávání nového (NS) z dotazníku TCI-r oproti normě.

H₁₉: Patologičtí hráči mají nižší skór na škále sebeřízení (SD) z dotazníku TCI-r oproti normě.

H₂₀: Patologičtí hráči mají nižší skór na škále kooperativnost (CO) z dotazníku TCI-r oproti normě.

Pro ověření hypotéz jsme použili jednovýběrové t-testy. Pro úplnost jsme však jednovýběrovému t-testu oproti normové hodnotě podrobili všechny škály dotazníku TCI-R škály. Můžeme konstatovat, že čtyři t-testy prokázaly statistickou významnost rozdílu oproti normě na jednoprocenní hladině významnosti. Z toho tři v odhadovaném směru, čímž přijímáme naše alternativní hypotézy H_{15, 19, 20}. Výsledky uvádíme v tabulce č. 13. Navíc oproti očekávání se ukázal rozdíl oproti normě i na škále závislosti na odměně (RD), kde patologičtí hráči vykazují nižší závislost na odměně.

Tab. č. 13. Výsledky testování hypotéz, zda se liší soubor od normy v TCI-r a zda jsou výsledky klinicky významné

Škála z-skór	M	SD	N	SEM	CI -95%	CI +95%	M normy	t	s.v.	p	Cohenovo d
NS	0,95	0,78	128	0,07	0,8	1,08	0	13,796	127	0,000**	1,22
HA	-0,18	1,12	128	0,10	-0,4	0,01	0	-1,834	127	0,069	-0,16
RD	-0,33	0,88	128	0,08	-0,5	-0,18	0	-4,253	127	0,000**	-0,38
PS	0,14	1,25	128	0,11	-0,1	0,36	0	1,231	127	0,221	0,11
SD	-0,85	1,07	128	0,09	-1,0	-0,66	0	-8,942	127	0,000**	-0,79
CO	-0,58	0,92	128	0,08	-0,7	-0,41	0	-7,084	127	0,000**	-0,63
ST	0,21	1,23	128	0,11	-0,0	0,42	0	1,920	127	0,057	0,17

Legenda: M=průměr, SD=směrodatná odchylka, N=velikost souboru, SEM=střední chyba průměru, CI=interval spolehlivosti, M normy=průměr normy populace, s.v.=stupně volnosti, p=hladina významnosti, Cohenovo d=velikost účinku

Vzhledem k tomu, že výsledky jsou statisticky významné, zajímalo nás, zdali jsou i klinicky významné. Proto jsme pro jednotlivé výsledky vypočítali i velikost účinku pomocí Cohenova d (Soukup, 2013).

Ve škále vyhledávání nového můžeme konstatovat, že se jedná o velkou klinickou významnost. Ve škále závislost na odměně (RD) se jedná o malou klinickou významnost. Ve škálách sebeřízení (SD) a kooperativnost (CO) se jedná o střední klinické významnosti.

Na základě výše popsaných výsledků z TCI-r jsme sestavili tabulku č. 14, ve které prezentujeme soubor z hlediska rozložení zdravých pacientů, tendencí k poruchám osobnosti a poruchy osobnosti. Vycházíme z potvrzených teoretických předpokladů, že nízké hodnoty SD a CO predikují poruchy osobnosti (Preiss & Klose, 2001). V našem výběrovém souboru nacházíme 42 respondentů (32, 8 %), kteří mají tendenci k poruchám osobnosti, a 16 respondentů (12, 5 %), kteří mají poruchu osobnosti. Jedná se tedy o vysokou prevalenci ve výběrovém souboru, což odpovídá teoretickým předpokladům a klinickým zkušenostem z praxe.

Tab. č. 14 Přehled výběrového souboru z hlediska poruch osobnosti (N=128)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
zdraví	70	54,7 %
tendence	42	32,8 %
porucha	16	12,5 %

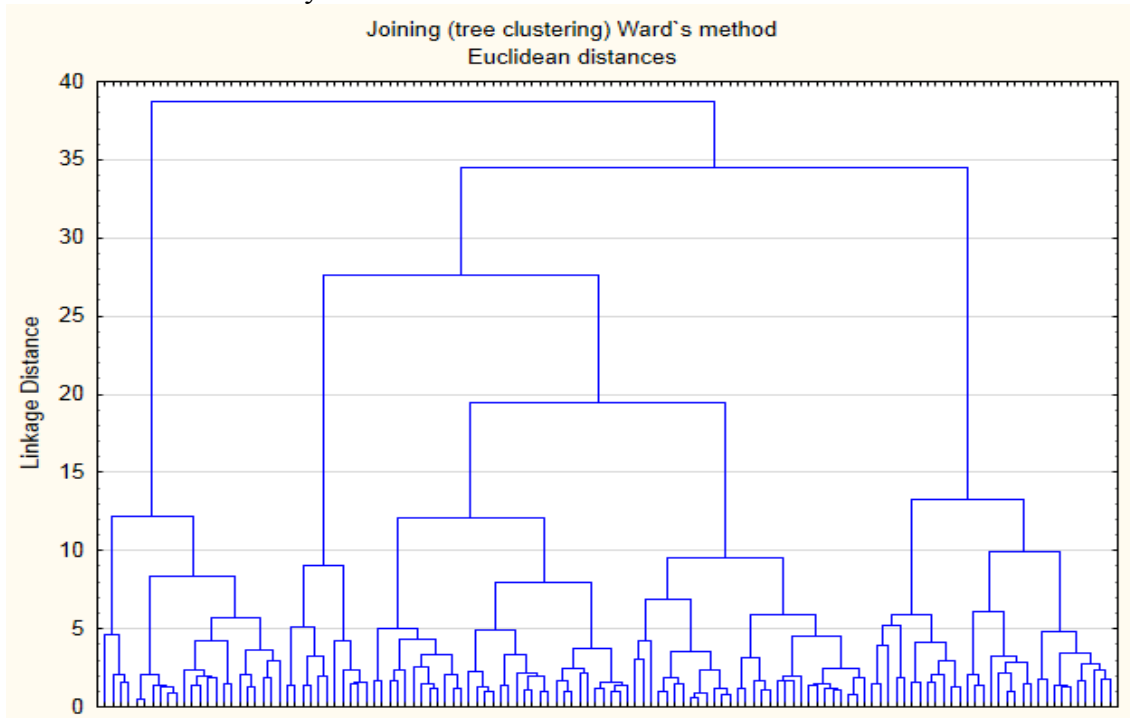
Ovšem průměrné výsledky pro celý soubor ve srovnání s normou mohou být zavádějící, když (pokud) nejsou zřetelné rozdíly mezi jednotlivými skupinami hráčů, a nelze tak skupiny z takového modelu identifikovat.

Subtypy hráčů dle profilů v TCI-r

Pro nalezení jednotlivých subtypů hráčů a pro detailnější analýzu jejich osobnostních profilů jsme se rozhodli použít shlukovou analýzu (cluster analyses). Je to vícerozměrná statistická metoda, která se používá ke klasifikaci participantů do skupin (shluků) tak, aby si lidé náležící do stejné skupiny byli podobnější než lidé z jiných skupin. Pro tyto skupiny pak vypočítáme samostatné parametry daných škál (např. průměry a SD). Výsledek tak lépe vyjadřuje reálnou situaci, i když se stále jedná o jakési modelové participanty, tj. ani výsledky jednotlivých shluků nemusí odrážet všechny možné originální varianty profilů, které by se analyzovaly při individuální diagnostice osobnosti. Konkrétně jsme postupovali takto. V programu Statistica v. 12 jsme nejprve aplikovali hierarchické shlukování (Joining tree clustering) všech sledovaných klientů pomocí Wardovy metody a euklidovských vzdáleností.

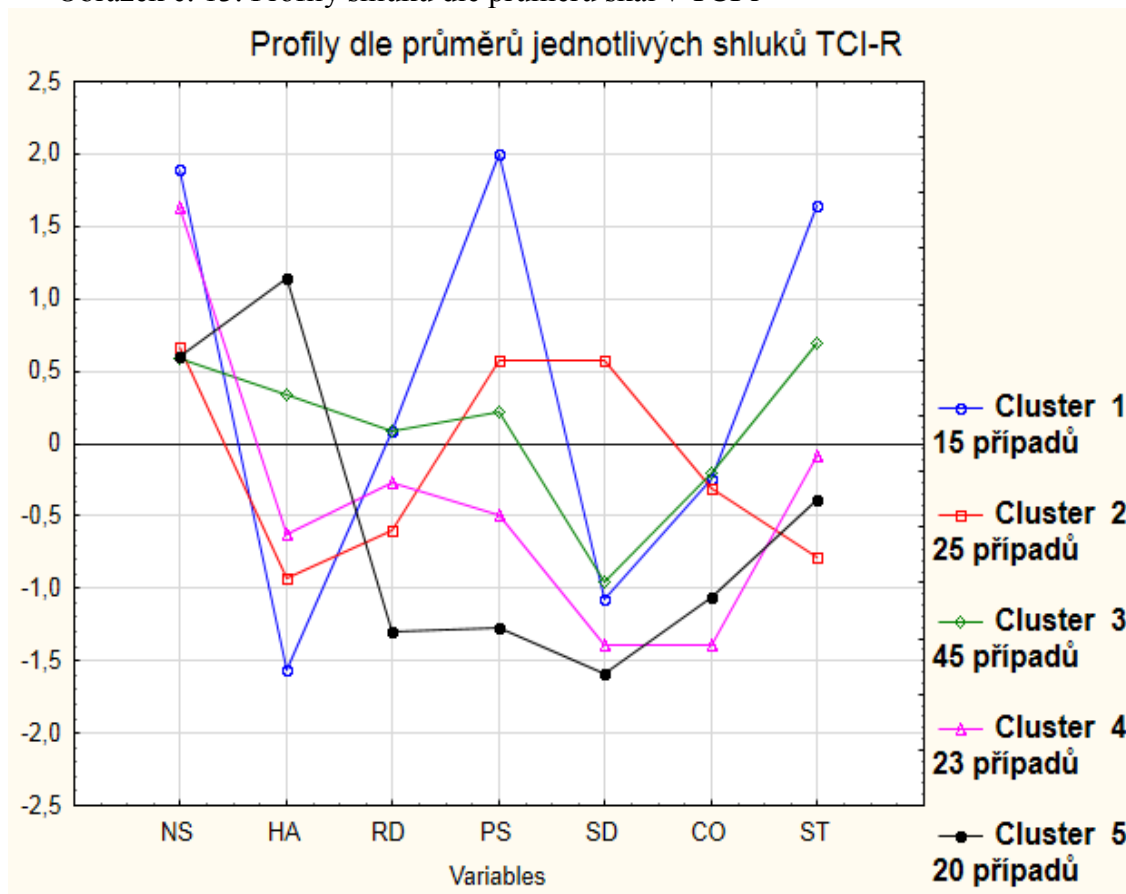
Z obrázku č. 12 je zřejmé, že se soubor rozpadá do menších skupin, které sdružují podobné osobnostní styly. Pro další krok shlukování pomocí metody K-průměrů jsme si vybrali právě pět clusterů). Pokud bychom zvolili méně než pět clusterů, je to pro interpretaci výsledků příliš zjednodušující a zkreslující model. Vyšší počet clusterů je zase hůře interpretovatelný, jelikož se soubor může rozpadat do mnoha menších skupin, které se liší pouze v detailech či v intenzitě jednotlivých škál.

Obr. č. 12. Cluster analýza TCI-r



V následujícím obrázku č. 13. uvádíme profily shluků zkonstruovaných na základě průměrů škál TCI-r u těchto jednotlivých shluků a také absolutní počty participantů v jednotlivých shlucích. V následujícím textu těchto 5 profilů podrobněji charakterizujeme. Dále jsou v grafu pro lepší diagnostickou orientaci znázorněny referenční linie identifikující průměr normy (z-skór 0) Škály dotazníku TCI-r jsou seřazeny dle manuálu. První čtyři škály jsou temperamentové, další tři škály jsou charakterové.

Obrázek č. 13. Profily shluků dle průměru škál v TCI-r



První skupinu tvoří 15 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (modrý profil)

Tento profil můžeme charakterizovat následovně.

Z hlediska temperamentu a dle výše hodnot, které uvádíme v Tab. č. 3, můžeme usuzovat na **histrionský temperament**. Charakteristické jsou vysoké hodnoty vyhledávání nového (NS), vyšší hodnoty oproti normě v závislosti na odměně (RD) a vysoká perzistence (P) a nízké hodnoty vyhýbání se poškození (HA).

Jedinci s tímto temperamentovým profilem jsou charakterističtí tím, že jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Výhodou pro ně je, že se s nadšením zapojují do věcí, kterou jsou pro ně nové a neznámé, to je vede k objevování nových potenciálních odměn. Nevýhodou těchto osob je, že kdykoliv jsou jejich tužby frustrovány, snadno ztrácejí o tyto věci zájem, což vede k proměnlivosti cílů,

nestálosti a nevypočitatelnosti v mezilidských vztazích. Mohou být také bezstarostní, uvolnění, odvážní. Klidní i v situacích, které ostatní považují za znepokojující. Jsou to jedinci smělí, sebevědomí ve většině sociálních situacích, kteří snadno vycházejí s lidmi ve svém okolí. Obvykle také oplývají životní energií a dynamičností. Mají sklon být srdeční, citliví, milující, něžní, závislí, oddaní a sociabilní. Rádi komunikují a vyhledávají kontakt s jinými lidmi. Většinou když někam jdou, snadno si najdou někoho, koho si oblíbí. Jejich výhodou je, že dokážou snadno číst v sociálních situacích, což jim umožňuje navazovat vřelé vztahy a porozumět druhým lidem. Nevýhodou může být, že jsou snadno ovlivnitelní, to může vést ke ztrátě objektivity. Jsou také snaživí, pracovití, vytrvalí, odolní vůči frustraci a únavě. Pokud očekávají odměnu, je pro ně typické své úsilí ještě zvýšit. Jsou ochotni se dobrovolně přihlásit o nedodělanou práci a horlivě se vrhají do svých pracovních či studijních povinností. Překonávat únavu či frustraci pojmají jako svou osobní výzvu.

Z hlediska charakteru a dle výše hodnot, které uvádíme v Tab. č. 4, můžeme usuzovat na **schizotypální charakter**. Charakteristické jsou nízké hodnoty sebeřízení (SD), kooperativnost (CO) a vysoké hodnoty v sebepřesahu (ST).

Obecně tendují k nezralosti, nelogičnosti a podezřívavosti. Jsou sugestibilní s živou představivostí a nekonvenčním chováním.

Mohou být nezralí, slabí, prchliví, obviňující, destruktivní, nezodpovědní, neefektivní a málo interaktivní, pokud se neřídí pokyny nějaké vyzrálé osobnosti. Zdá se, jako by jim chyběl nějaký vnitřní organizační prvek, který by jim umožnil nastavit a sledovat smysluplné cíle. Místo toho zažívají mnoho vedlejších, krátkodobých, vzájemně se vylučujících impulzů, které se nikdy nevyvinou v dlouhotrvající osobní cíle či hodnoty. Působí často jako do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepříteliš nápomocní. Mají sklony se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Preferují samotu před sociální interakcí s vrstevníky. Pokud se mezi vůdci najde jedinec s nízkým skóre v dimenzi spolupráce, ale vysokým v sebeřízení, bude pravděpodobně popisován jako tyran pro nedostatek empatie, soucitu či morálních zásad. Mohou být také trpěliví, skromní, kreativní, nesobečtí a spirituálně založení. Těmto jedincům bývá velmi často diagnostikovaná porucha osobnosti.

Druhou skupinu tvoří 25 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (červený profil)

Z hlediska temperamentu lze usuzovat na **antisociální temperament** dle vysoké hodnoty ve vyhledávání nového (NS), nízkých hodnot vyhýbání se poškození (HA), závislosti na odměně (RD).

Skupinu s tímto temperamentovým profilem lze charakterizovat následovně. Jedinci jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Výhodou pro ně je, že se s nadšením zapojují do věcí, kterou jsou pro ně nové a neznámé, to je vede k objevování nových potenciálních odměn. Nevýhodou těchto osob je, že, kdykoliv jsou jejich tužby frustrovány, snadno ztrácejí o tyto věci zájem, což vede k proměnlivosti cílů, nestálosti a nevypočitatelnosti v mezilidských vztazích. Jsou bezstarostní, uvolnění, odvážní, klidní i v situacích, které ostatní považují za znepokojující. Jsou to jedinci smělí. Obvykle také oplývají životní energií a dynamičností. Výhodou pro jedince s nízkým skórem je, že jestliže čelí nebezpečí a nejistotě, zvládají tyto situace optimisticky a energicky s malým nebo žádným distresem. Naopak podceňování nebezpečí může vést k nerefektovanému optimismu. Zároveň jsou praktičtí, tvrdohlaví, chladní a sociálně necitliví. Vyhovuje jim, když jsou sami, a zřídka kdy spontánně navazují rozhovory. Obvykle mají problémy najít něco společného s jinými lidmi. Jsou také snaživí, pracovití, vytrvalí, odolní vůči frustraci a únavě. Pokud očekávají odměnu, je pro ně typické své úsilí ještě zvýšit. Jsou ochotni se dobrovolně přihlásit o nedodělanou práci a horlivě se vrhají do svých pracovních či studijních povinností. Umí překonávat únavu či frustraci, pojmají je jako svou osobní výzvu.

Z hlediska charakteru uvažujeme o **autokratickém charakteru**, pro který jsou charakteristické vysoké hodnoty v sebeřízení (SD) a nízké v kooperativnosti (CO) a sebepřesahu (ST). Tito lidé se vyznačují logičností, sobeckostí, agresí a často své okolí dokážou tyranizovat. Často mezi ně patří osoby typu „A“ s častým nabuzením sympatiku, se sklonem k srdečním poruchám. Mohou mít omezený repertoár projevů emocí (hostilita), zřídka kdy se radují.

Jejich charakteristickými rysy jsou vysoká efektivita a adaptace chování dle potřeb a cílů, které si vytyčí. Pokud jsou nuceni řídit se příkazy, mohou se jevit jako rebelující a

vytvářející potíže. Často se jeví jako do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepřiliš nápomocní. Mají skony se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Preferují samotu před sociální interakcí s vrstevníky. Pokud se mezi vůdci najde jedinec s nízkým skóre v dimenzi spolupráce, ale vysokým v sebeřízení, bude pravděpodobně popisován jako tyran pro nedostatek empatie, soucitu či morálních zásad. Jsou netrpěliví, sebevědomí, pyšní, s nedostatkem pokory.

Třetí skupinu tvoří 45 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (zelený profil)

Z hlediska temperamentu lze usuzovat na **pasivně-agresivní temperament**, který je charakteristický vysokými hodnotami ve škále vyhledávání nového (NS), vyhýbání se poškození (HA), závislost na odměně (RD).

Tento temperamentový profil je charakteristický tím, že jedinci jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Rychle mění své cíle, pokud je činnost přestane bavit, nevydrží u ní. Jsou také obezřetní, bázlíví, opatrní, mají sklon být napjatí, ostýchaví, nejistí, prožívat negativní emoce, negativismus či pesimismus i v situacích, které ostatní osoby neznepokojují. Tito jedinci mají tendenci chovat se nesměle a staženě ve většině sociálních situací. Snadněji se cítí být unavení a bez energie. Následkem toho jsou více citliví na kritiku či potrestání, a potřebují tak více ujištění a podpory. Jejich výhodou je lepší schopnost předvídat nebezpečí, být na něj lépe připraveni. Nevýhodou je pak pesimismus a nesmělost, který je vede k neopodstatněným obavám, i když nebezpečí nehrozí, ale je neustále očekáváno. Mohu býti i srdeční, citliví, něžní, závislí, oddaní a sociabilní. Rádi komunikují a vyhledávají kontakt s jinými lidmi. Jejich výhodou je, že dokážou snadno číst v sociálních situacích, což jim umožňuje navazovat vřelé vztahy a porozumět druhým lidem. Nevýhodou může být, že jsou snadno ovlivnitelní, což může vést ke ztrátě objektivity. Umí překonávat únavu či frustraci pojmají je jako svou osobní výzvu.

Z hlediska charakteru a dle výše uvedených hodnot můžeme usuzovat na **schizotypální charakter**. Charakteristické jsou nízké hodnoty sebeřízení (SD), kooperativnost (CO) a vysoké hodnoty v sebepřesahu (ST). Tento charakterový typ je

stejný i pro respondenty s modrým profilem. Jedinci v modrém profilu však skórují 1,5 směrodatnou odchylku nad normu. Výrazně výše tedy i od zeleného profilu, který je více než půl směrodatné odchylky nad normou.

Obecně tendují k nezralosti, nelogičnosti a podezřívavosti. Jsou sugestibilní s živou představivostí a nekonvenčním chováním.

Mohou být nezralí, slabí, prchlíví, obviňující, destruktivní, nezodpovědní, neefektivní a málo interaktivní, pokud se neřídí pokyny nějaké vyztřelé osobnosti. Zdá se, jako by jim chyběl nějaký vnitřní organizační prvek, který by jim umožnil nastavit a sledovat smysluplné cíle. Místo toho zažívají mnoho vedlejších, krátkodobých, vzájemně se vylučujících impulsů, které se nikdy nevyvinou v dlouhotrvající osobní cíle či hodnoty. Působí často jako do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepříteliš nápomocní. Mají sklony se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Preferují samotu před sociální interakcí s vrstevníky. Pokud se mezi vůdci najde jedinec s nízkým skóre v dimenzi spolupráce, ale vysokým v sebeřízení, bude pravděpodobně popisován jako tyran pro nedostatek empatie, soucitu či morálních zásad. Mohou být také trpěliví, skromní, kreativní, nesobečtí a spirituálně založení. Těmto jedincům bývá velmi často diagnostikovaná porucha osobnosti.

Čtvrtou skupinu tvoří 23 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (růžový profil)

Tento temperamentový profil je charakteristický vysokou hodnotou ve vyhledávání nového (NS), nízkou hodnotou ve vyhýbání se poškození (HA), nízkou hodnotou v závislosti na odměně (RD). Usuzujeme tedy dle těchto hodnot na **antisociální temperament**. Tento profil je podobný druhému (červenému) profilu, liší se však v tom, že má nízké hodnoty perzistence (PS).

Profil je charakteristický tím, že jedinci jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Jsou bezstarostní, uvolnění, odvážní, klidní i v situacích, které ostatní považují za znepokojující. Jsou to jedinci smělí, sebevědomí ve většině sociálních situacích, kteří snadno vycházejí s lidmi ve svém okolí. Obvykle také oplývají životní energií a dynamičností. Výhodou pro jedince s nízkým

skórem je, že jestliže čelí nebezpečí a nejistotě, zvládají tyto situace optimisticky a energicky s malým nebo žádným distresem. Naopak podceňování nebezpečí může vést k nereflektovanému optimismu. Jsou to lidé praktičtí, tvrdohlaví, chladní a sociálně necitliví. Vyhovuje jim, když jsou sami, a zřídka kdy spontánně navazují rozhovory. Obvykle mají problémy najít něco společného s jinými lidmi. Jsou vnímáni i jako pohodlní, nečinní, nesnaživí, nespolehliví či nestabilní. Jen zřídka jsou ochotni zvýšit své úsilí, a to i pokud očekávají odměnu. Obvykle svou práci začínají pomalu, a to i když je snadná. Málokdy se přihlásí dobrovolně o jakoukoliv práci, pokud nemusejí. Mají tendenci se snadno vzdávat, čelí-li frustraci, kritice či únavě.

Z hlediska charakteru lze usuzovat na **melancholický charakter**, který je charakteristický nízkými hodnotami v sebeřízení (SD), kooperativnosti (CO), sebepřesahu (ST). Pro tento typ je charakteristické sobectví, emoční reaktivnost pohybující se mezi trpělivostí a lakotností. Trpí negativními pocity hanby, nenávisti a utrpení a málokdy cítí pozitivní emoce. Tento typ představuje často charakterový profil u depresivní osobnosti, u jedince trpícího unipolární depresí nebo maniodepresivní afektivní poruchou. Těmto jedincům bývá velmi často diagnostikovaná porucha osobnosti. Jsou nezralí, slabí, prehliví, obviňující, destruktivní, nezodpovědní, neefektivní a málo interaktivní, pokud se neřídí pokyny nějaké vyzrálé osobnosti. Zdá se, jako by jim chyběl nějaký vnitřní organizační prvek, který by jim umožnil nastavit a sledovat smysluplné cíle. Jsou do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepříliš nápomocní. Mají skony se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Mají nedostatek opory a jsou netrpěliví.

Pátou skupinu tvoří 20 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (černý profil)

Pro tento temperamentový typ jsou typické vysoké hodnoty ve vyhledávání nového (NS), vysoké hodnoty vyhýbání se poškození (HA), nízké hodnoty v závislosti na odměně (RD). Dle těchto výsledků lze usuzovat na **explozivní temperament**.

Pro tento typ je charakteristické, že jedinci jsou snadno vzrušiví, snadno znudění, impulzivní, neukáznění, zvědaví, snadno se nadchnou. Výhodou pro ně je, že se s nadšením zapojují do věcí, kterou jsou pro ně nové a neznámé, to je vede k objevování nových

potenciálních odměn. Jsou obezřetní, bázlíví, opatrní, mají sklon být napjatí, ostýchaví, nejistí, prožívají negativní emoce, negativismus či pesimismus i v situacích, které ostatní osoby neznepokojují. Tito jedinci mají tendenci chovat se nesměle a staženě ve většině sociálních situacích. Snadněji se cítí být unavení a bez energie. Následkem toho jsou více citliví na kritiku či potrestání, a potřebují tak více ujištění a podpory. Dále jsou praktičtí, tvrdohlaví, chladní a sociálně necitliví. Vyhovuje jim, když jsou sami, a zřídka kdy spontánně navazují rozhovory. Obvykle mají problémy najít něco společného s jinými lidmi. Jejich výhodou je, že díky své nezávislosti na sentimentálních úvahách si dokážou udržet praktický a objektivní pohled. Nevýhodou je, že tato jejich sociální nepřipoutanost a nedostatek citlivosti pro komunikaci často vedou k interferenci všeobecně prospěšných sociálních vztahů. Jejich necitlivost navíc často ústí do sobeckého pohledu na věc, který neumožňuje připustit a porozumět pocitům a názorům druhých lidí. Jsou pohodlní, nečinní, nesnaživí, nespolehliví či nestabilní. Jen zřídka jsou ochotni zvýšit své úsilí, a to i pokud očekávají odměnu. Obvykle svou práci začínají pomalu, a to i když je snadná. Málokdy se přihlásí dobrovolně o jakoukoliv práci, pokud nemusejí. Mají tendenci se snadno vzdávat, čelí-li frustraci, kritice či únavě.

Z pohledu charakteru lze usuzovat na **melancholický charakter**, který je charakteristický nízkými hodnotami v sebeřízení (SD), kooperativnosti (CO), sebepřesahu (ST). Tento profil je stejný jako předešlý čtvrtý (ružový profil), tento pátý profil má však ještě mnohem nižší hodnoty ve škále SD, což ještě více predikuje poruchy osobnosti v tomto profilu. Pro tento typ je charakteristické sobectví, emoční reaktivnost pohybující se mezi trpělivostí a lakotností. Trpí negativními pocity hanby, nenávisti a utrpení a málokdy cítí pozitivní emoce. Tento typ představuje často charakterový profil u depresivní osobnosti, u jedince trpícího unipolární depresí nebo maniodepresivní afektivní poruchou. Těmto jedincům bývá velmi často diagnostikovaná porucha osobnosti. Jsou nezralí, slabí, prchliví, obviňující, destruktivní, nezodpovědní, neefektivní a málo interaktivní, pokud se neřídí pokyny nějaké vyzrálé osobnosti. Zdá se, jako by jim chyběl nějaký vnitřní organizační prvek, který by jim umožnil nastavit a sledovat smysluplné cíle. Jsou do sebe ponoření, netolerantní, kritičtí, pomstychtiví, oportunističtí a nepřilíš nápomocní. Mají sklon se v první řadě zajímat sami o sebe a neohlížet se na pocity či práva druhých. Mají nedostatek opory a jsou netrpěliví.

8.6. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 5

Výzkumný cíl č. 5 zní: Popsat vztahovou vazbu u výběrového souboru dle dotazníku ECR a jeho škál.

K naplnění cíle jsme využili dotazník ECR. Dotazník vyplnilo celkem 145 respondentů. Dva participanti ho nevyplnili.

U tohoto dotazníku jsme se nesetkali s tím, že by u některých participantů v některých položkách chyběly odpovědi.

Srovnání výsledků výzkumného souboru s kontrolním souborem

Výsledky z dotazníku ECR sledovaného souboru porovnáváme s kontrolním souborem zdravých mužů. Jako kontrolní soubor jsme použili dostupná data z realizovaných výzkumů na Katedře psychologie FF UP. Použili jsme data pouze z mužské populace, jedná se o 108 mužů, celý soubor čítá 430 respondentů. Soubor se skládá z celkem 6 dílčích sběrů (výzkumů). Celkově se ovšem jedná o zdravou populaci, bez klinických specifik. Soubor má nereprezentativní rozložení věku vůči obecné populaci. Průměrný věk je 28,03 let. Soubor je též silně nasycen vysokoškolskou populací. Soubor popisujeme blíže v tab. č. 15. (Charvát, Lečbych & Seitl, 2014).

Tab. č. 15. Popis kontrolního souboru z hlediska věku

N	CI -95,00 %	CI 95,00 %	Median	Modus	Frequency of Mode	Min	Max	Variance	SD	SEM
108	25,76	30,3	23	20	18	19	73	141,41	11,89	1,14

Legenda: N=velikost souboru, CI=interval spolehlivosti, SD=směrodatná odchylka, SEM=střední chyba průměru

V tab. č. 16 předkládáme výsledky v ECR pro celý sledovaný soubor patologických hráčů, tj. průměrné výsledky za obě škály.

Tab. č. 16. Výsledky ECR u sledovaného souboru hráčů

ECR HS	N	M	CI -95,000 %	CI 95,000 %	Minimum	Maximum	SD	SEM
průměr Avoidance	145	3,78	3,65	3,92	1,4	6,28	0,81	0,07
průměr Anxiety	145	4,39	4,25	4,54	1,9	6,50	0,88	0,07

Legenda: N=velikost souboru, M=průměr, CI=interval spolehlivosti, SD=směrodatná odchylka, SEM=střední chyba průměru

Rozhodli jsme se otestovat následující hypotézy, zda v průměrných hodnotách škál ECR existuje rozdíl mezi souborem hráčů a kontrolním souborem.

H₂₂: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále avoidance v dotazníku ECR oproti kontrolní skupině zdravých mužů.

H₂₃: Patologičtí hráči mají vyšší skór na škále anxiety v dotazníku ECR oproti kontrolní skupině zdravých mužů.

Pro vlastní testování tohoto souboru hypotéz jsme použili dvouvýběrové t-testy pro shodné rozptyly. Výsledky v tab. č. 17 totiž ukazují, že rozptyly souborů nejsou signifikantně odlišné.

Tab. č. 17. Testy homogenity rozptylů porovnávaných souborů hráčů a kontrolní skupiny

	Rozptyl zdraví	Rozptyl hráči	SD zdraví	SD hráči	F-ratio Variances	p Variance s	Levene F(1,df)	df Levene	p Levene
průměr Avoidance	0,536	0,652	0,73	0,81	1,22	0,282	0,281	251	0,596
průměr Anxiety	0,799	0,773	0,89	0,88	1,03	0,843	0,062	251	0,804

Tab. č. 18. Výsledky testování hypotéz, zda se liší soubor od kontrolní skupiny a klinická významnost tohoto rozdílu

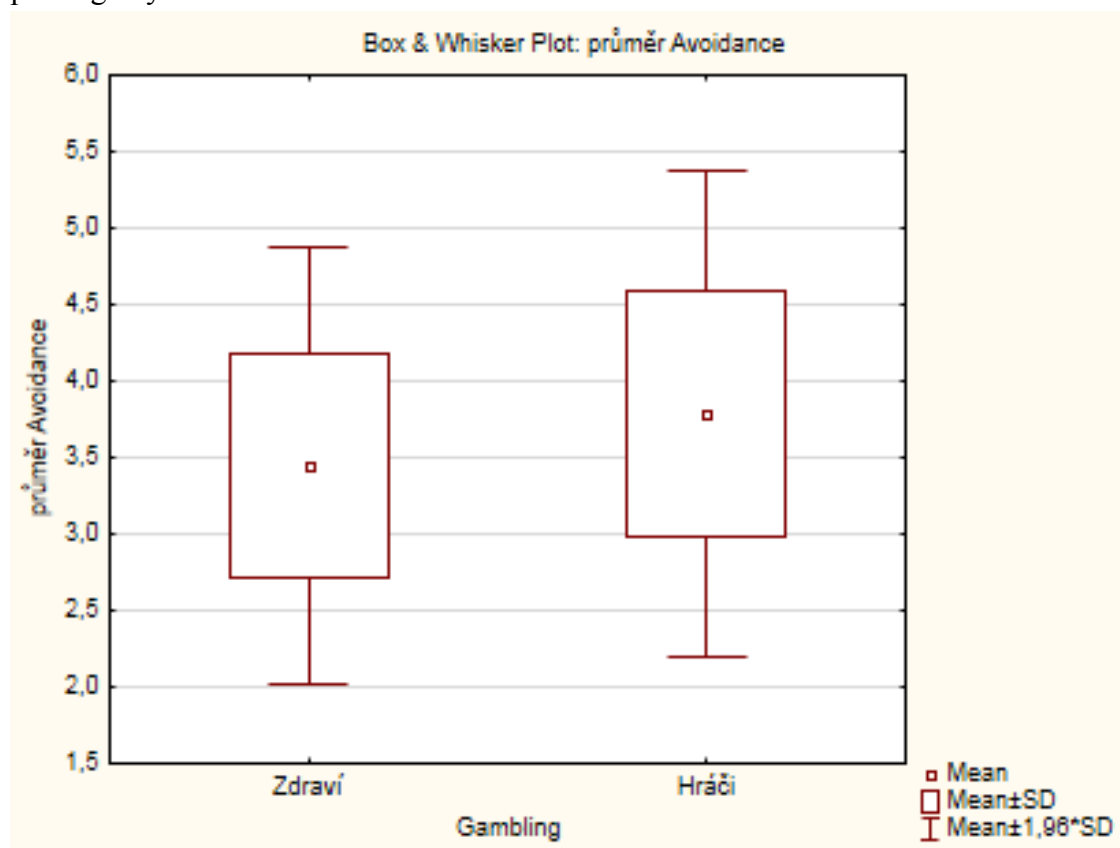
	M zdraví	M hráči	t	s.v.	p	N zdraví	N hráči	SD zdraví	SD hráči	Cohe- novo d
Avoidance	3,44	3,78	-3,443	251	0,001	108	145	0,73	0,81	0,44
Anxiety	3,53	4,39	-7,703	251	0,000	108	145	0,89	0,88	0,97

Můžeme konstatovat, že t-testy prokázaly statistickou významnost rozdílu oproti kontrolní skupině na jednocentní hladině významnosti. Výsledky uvádíme v tabulce č. 18. Hypotézy H₂₂ a H₂₃ přijímáme.

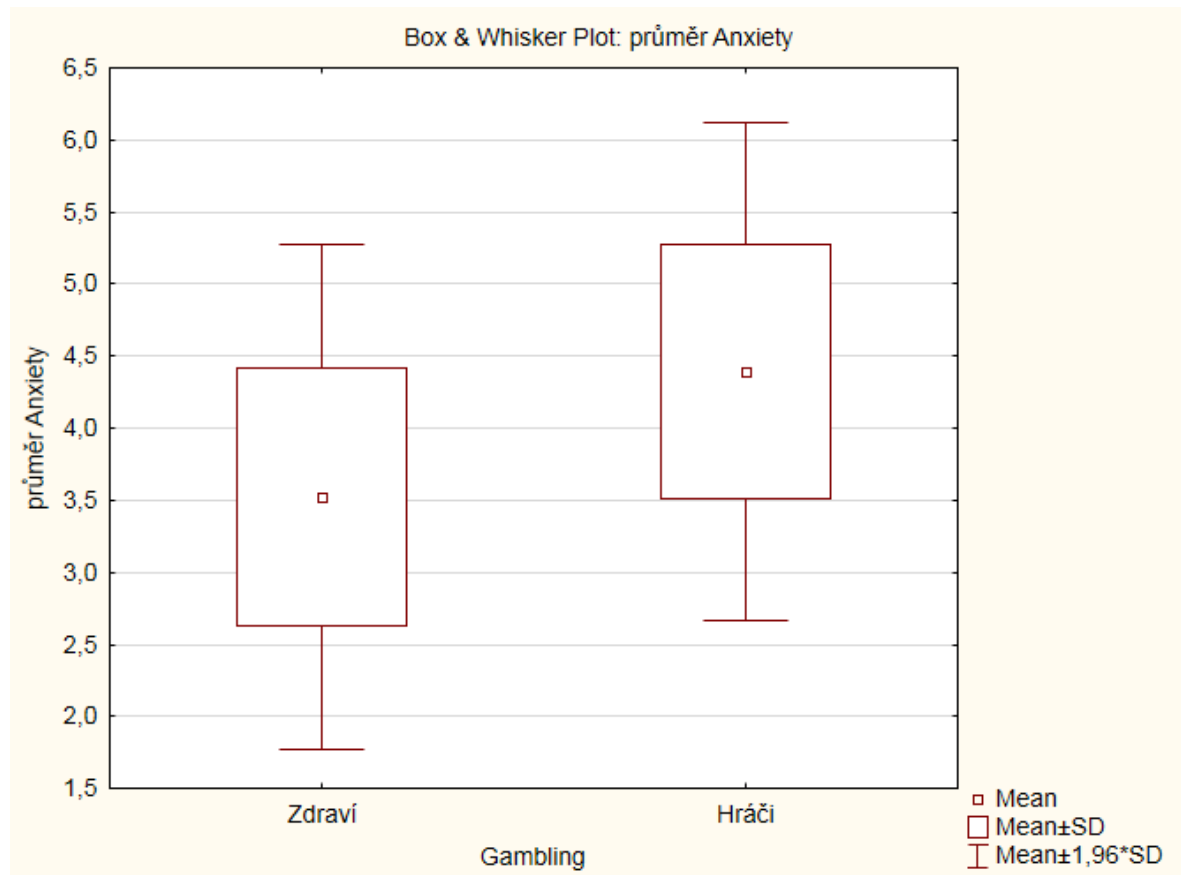
Vzhledem k tomu, že výsledky jsou statisticky významné, zajímalo nás, zdali jsou významné i klinicky. Proto jsme pro jednotlivé výsledky vypočítali i velikost účinku pomocí Cohenova d (Soukup, 2013). Výsledky uvádíme též v tab. č. 18. Ve škále avoidance se jedná o malou klinickou významnost, ve škále anxiety se jedná o velkou klinickou významnost.

V grafech č. 4 a 5 uvádíme grafické znázornění hodnot průměrů kontrolního souboru a výzkumného souboru ve škále avoidance a anxiety v hrubých skórech. Na první pohled je čitelné, že celý soubor skóroval přibližně o půl směrodatné odchylky nad kontrolním souborem ve škále vyhýbání (avoidance) a přibližně o jednu směrodatnou odchylku nad kontrolním souborem ve škále úzkostnost (anxiety).

Graf č. 4. Průměrné hodnoty škály avoidance kontrolního souboru a souboru patologických hráčů



Graf č. 5. Průměrné hodnoty škály anxiety kontrolního souboru a souboru patologických hráčů



Z klinického hlediska lze popsat, že soubor patologických hráčů má průměrné hodnoty na škále anxiety a avoidance vyšší než kontrolní soubor. Vyšší úzkost lze charakterizovat jako strach z odmítnutí, strach ze separace a opuštění. Lze usuzovat, že mají tendenci trápit se tím, jestli je mají druzí doopravdy rádi, a bojí se odmítnutí. Vysoká vyhýbavost je znakem pro vyhýbání se intimním vztahům, mají strach ze závislosti na blízké osobě. Necítí se příliš dobře, pokud se mají spoléhat na druhé nebo se ocitnou závislí na druhých, spíše se uzavírají a emočně se neotevírají. Rané vztahy s rodiči ovlivňují mimo jiné schopnost regulovat vlastní emoce. Pokud je jedinec ponechán se svými prožitky sám, mohou vzniknout deficity v psychické struktuře, které se budou znovu projevovat i v dalších blízkých vztazích, které jedinec naváže.

8.7. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 6

Posledním cílem tohoto výzkumu je: Analyzovat základní možné vztahy mezi sledovanými proměnnými, tj. mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů.

Nejdříve jsme zkusili analyzovat, zda existují nějaké významné vztahy mezi škálami osobnostních dotazníků PSSI a TCI-r s celkovým výsledkem dotazníku SOGS. Pracovali jsme s hrubými skóry škál dotazníků.

Analýza osobnostních škál dotazníku PSSI a dotazníku SOGS

V tabulce č. 19. uvádíme výsledky Pearsonových korelací hrubých skóru dotazníku PSSI a celkového skóru dotazníku SOGS. Celkový počet 144 respondentů odpovídá počtu validně vyplněných dotazníků. Červeně jsme vyznačili v tabulce korelace, které vyšly jako statisticky významné na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Šlo o škály schizotypní, hraniční, narcistický. Můžeme tedy konstatovat, že SOGS slabě koreluje s těmito škálami dotazníku PSSI. Čím vyšší mají jedinci hodnoty na škále schizotypní, hraniční a narcistický, tím vyšších hodnot dosahují v dotazníku SOGS. Korelace jsou však slabé a prezentované škály vysvětlují tedy jenom malou část rozptylu výsledků dotazníku SOGS. Např. u škály schizotypní je to 2,9 %, u škály hraniční 4,5 % a u škály narcistický 5,8 % rozptylu SOGS. Sledované korelace jsou však počítány jen u zkoumaného souboru patologických hráčů a ne z celé populace. Tudíž je zde velmi omezena variabilita výsledků, což může vysledované korelace spíše podhodnocovat.

Tab. č. 19. Výsledky Pearsonových korelací PSSI a SOGS

Škály PSSI (HS)	r (X,Y)	r ²	p	N
Paranoidní	-0,058	0,003	0,486	144
Schizoidní	-0,007	0,000	0,932	144
Schizotypní	0,170	0,029	0,041	144
Hraniční	0,213	0,045	0,011	144
Histrionský	0,163	0,027	0,051	144
Narcistický	0,242	0,058	0,004	144
Sebenejistý	0,051	0,003	0,544	144
Závislý	0,132	0,017	0,114	144
Nutkavý	-0,024	0,001	0,776	144
Negativistický	0,159	0,025	0,057	144
Depresivní	0,020	0,000	0,808	144
Obětující se	0,127	0,016	0,128	144
Rapsodický	-0,044	0,002	0,602	144
Disociální	0,164	0,027	0,050	144

Analýza osobnostních škál dotazníku TCI-r a dotazníku SOGS

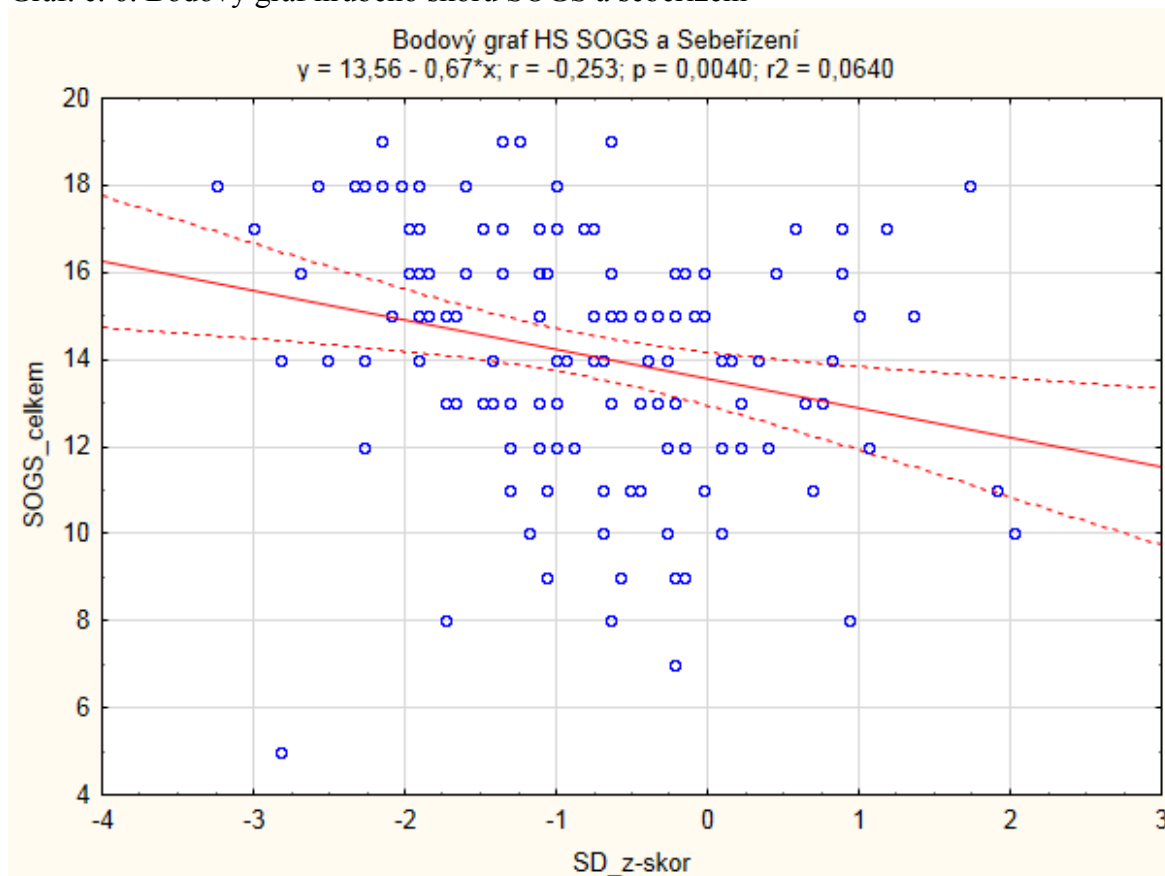
V tabulce č. 20 uvádíme výsledky Pearsonových korelací z hrubých skóre dotazníku TCI-r a celkového skóre dotazníku SOGS. Celkový počet 128 respondentů je dán počtem validně vyplněných dotazníků. Červeně jsme v tabulce vyznačili korelace, které vyšly jako statisticky významné na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Šlo o škály vyhledávání nového, perzistence, sebeřízení, sebetranscendence. Můžeme konstatovat, že SOGS slabě koreluje s těmito škálami dotazníku TCI-r. Sledované škály vysvětlují tedy jenom malou část rozptylu výsledků SOGS. Např. u škály vyhledávání nového je to 12,4 %, u škály perzistence 3,6 % souboru a u škály sebetranscendence jen 3,1 % rozptylu. U škály sebeřízení je záporná korelace, tj. čím nižší má hráč sebeřízení, tím vyšší hodnoty SOGS dosahuje. Tato korelace je opět slabá a vysvětluje jen 6,4 % rozptylu SOGS. Opět zdůrazňujeme, že sledované korelace jsou počítány jen z dat zkoumaného souboru patologických hráčů a ne ze zdravé populace, tudíž je omezena variabilita výsledků.

Tab. č. 20. Výsledky Pearsonových korelací TCI-r a SOGS

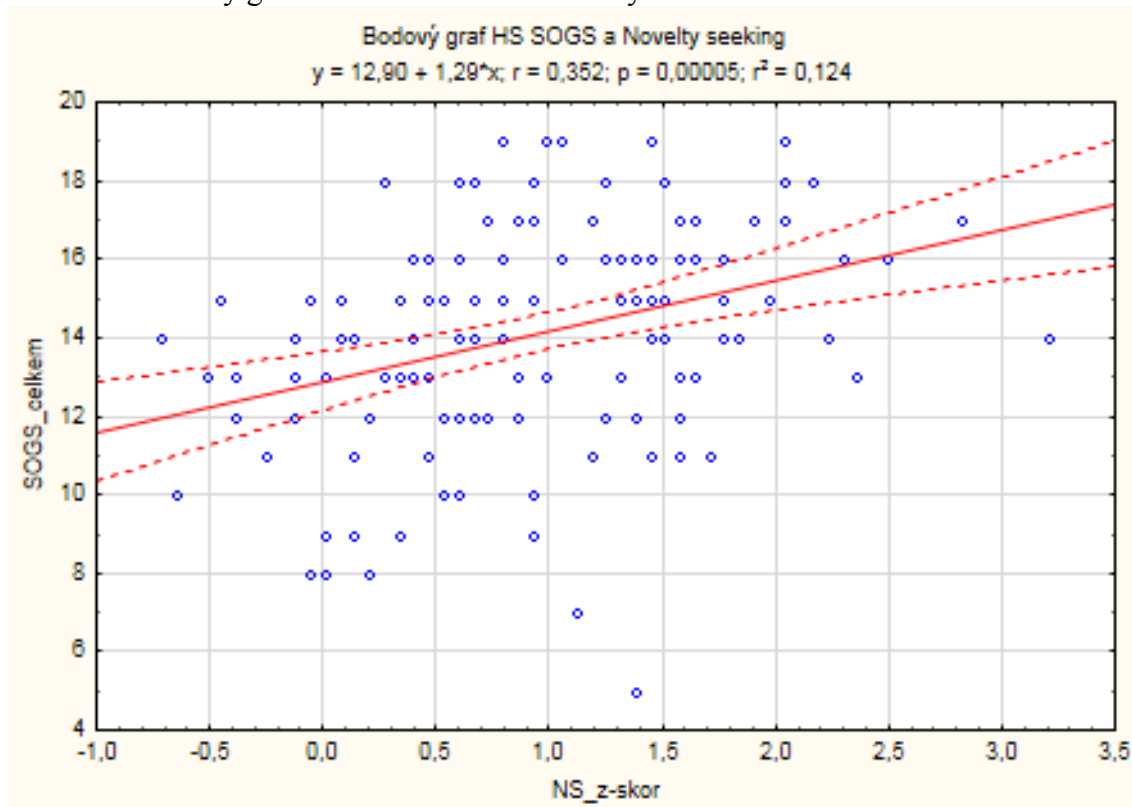
Škály TCI-r	r (X, Y)	r ²	p	N
Vyhledávání nového	0,352	0,124	0,000	128
Vyhýbání se poškození	-0,083	0,007	0,349	128
Závislost na odměně	0,097	0,009	0,274	128
Perzistence	0,191	0,036	0,031	128
Sebeřízení	-0,253	0,064	0,004	128
Kooperace	-0,100	0,010	0,260	128
Sebetranscendence	0,177	0,031	0,046	128

Na základě rešerše literatury, kterou jsme předložili v teoretické části, se ve výzkumech potvrzuje vztah mezi škálami vyhledávání nového, sebeřízení a dotazníkem SOGS. Tento vztah se slabě potvrdil i nám a v tab. č. 18 ho pro ilustraci znázorňujeme ještě pomocí lineární regresní rovnice v grafu č. 6 a č. 7.

Graf. č. 6. Bodový graf hrubého skóru SOGS a sebeřízení



Graf č. 7. Bodový graf hrubého skóru SOGS a vyhledávání nového



Analýza dotazníku ECR a dotazníku SOGS

V tabulce č. 21 uvádíme výsledky Pearsonových korelací z hrubých skóre dotazníku ECR a celkového skóre dotazníku SOGS. Celkový počet 145 respondentů je dle validně vyplněných dotazníků. Červeně jsme vyznačili v tabulce tu korelaci, která překročila pětiprocentní hladinu významnosti, tj. škálu anxiety. Můžeme konstatovat, že SOGS pozitivně koreluje s touto škálou dotazníku ECR. Jedná se ale opět jen o slabou korelaci, která vysvětluje jen 3,5 % rozptylu výsledků. Opět zdůrazňujeme, že sledované korelace jsou však u zkoumaného souboru patologických hráčů a ne ze zdravé populace. Tudíž je omezena variabilita výsledků, což může zkreslovat prezentované vztahy souvislosti mezi vztahovou vazbou měřenou ECR a problémy s hraním měřenými SOGS.

Tab. č. 21. Výsledky Pearsonových korelací ECR a SOGS

Škála ECR	r (X,Y)	r ²	p	N
Avoidance	0,053	0,003	0,523	145
Anxiety	0,188	0,035	0,023	145

Analýza dotazníku PSSI a dotazníku ECR

V tabulce č. 22 uvádíme výsledky Pearsonových korelací z hrubých skóre dotazníku PSSI a hrubých skóre ECR. Červeně jsme vyznačili v tabulce ty korelace, které se ukázaly jako statisticky významné na pětiprocentní hladině významnosti. Slabé, střední, ale i vysoké korelace jsme našli mezi osobnostním dotazníkem PSSI a dotazníkem vztahové vazby ECR. Opět zde ovšem může fungovat omezení variability sledovaného souboru. Dále interpretujeme pouze významné/silné a střední korelace. Jedná se o silné korelace na škále schizoidní se škálou avoidance, škále závislý se škálou anxiety. Střední korelace jsme našli mezi škálami hraniční a anxiety, negativní korelace mezi škálami histrionský a avoidance, pozitivní korelace mezi škálou sebenejistý a oběma škálami ECR, dále mezi škálami depresivní a obětující se a škálou anxiety. V tabulce jsou však zřetelné i slabé korelace. Opět dle hodnoty korelačního koeficientu umocněného na druhou lze interpretovat procentuální část rozptylu, kterou korelace vysvětluje. U nejsilnějšího vztahu mezi schizoidním typem dle PSSI a škálou avoidance z ECR se jedná o 50 % vysvětleného rozptylu.

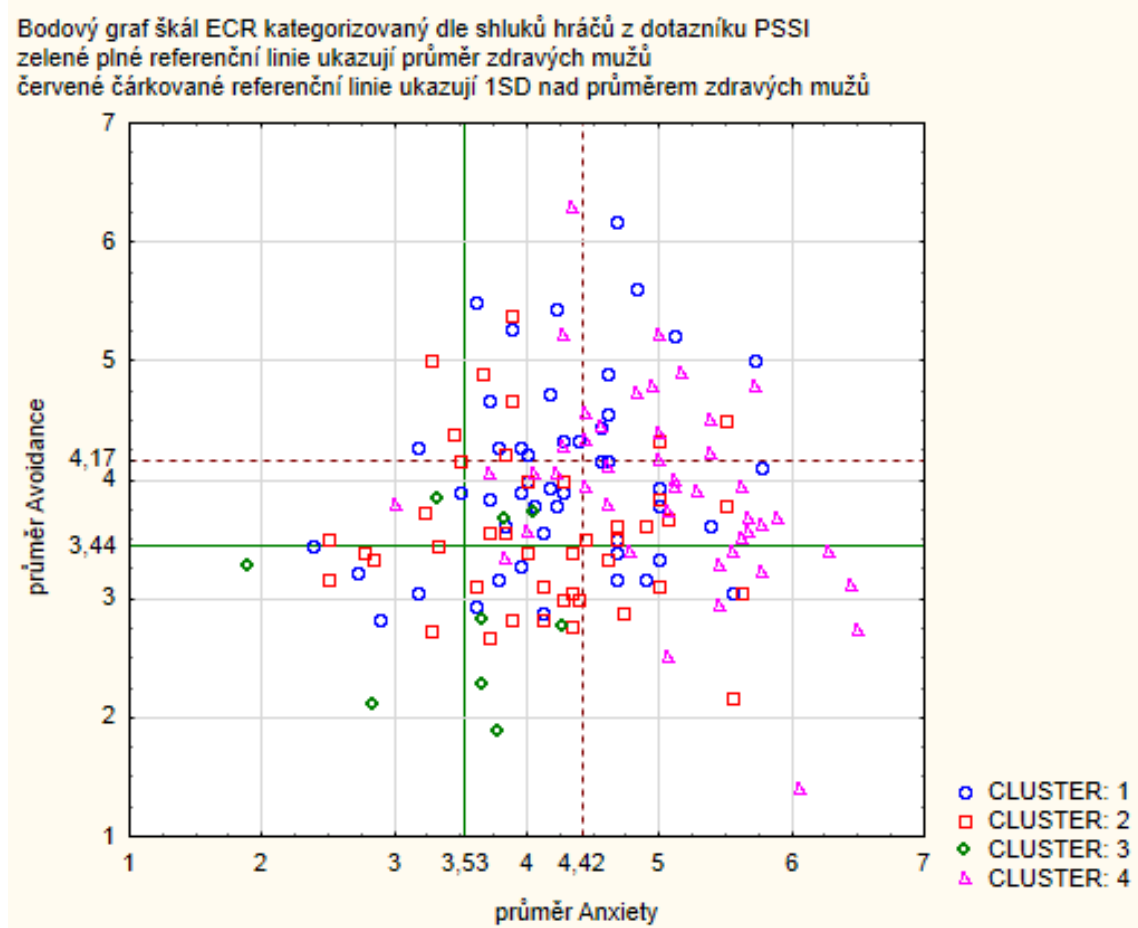
Tab. č. 22. Výsledky Pearsonových korelací PSSI a ECR

Škála PSSI/škála ECR	r (X, Y)	r ²	p	N
Paranoidní a Avoidance	0,007	0,000	0,933	144
Paranoidní a Anxiety	0,105	0,011	0,210	144
Schizoidní a Avoidance	0,703	0,495	0,000	144
Schizoidní a Anxiety	0,093	0,009	0,268	144
Schizotypní a Avoidance	0,014	0,000	0,863	144
Schizotypní a Anxiety	0,191	0,037	0,022	144
Hraniční a Avoidance	0,254	0,064	0,002	144
Hraniční a Anxiety	0,580	0,337	0,000	144
Histrionský a Avoidance	-0,462	0,213	0,000	144
Histrionský a Anxiety	-0,021	0,000	0,800	144
Narcistický a Avoidance	-0,152	0,023	0,068	144
Narcistický a Anxiety	0,201	0,040	0,016	144
Sebenejistý a Avoidance	0,439	0,192	0,000	144
Sebenejistý a Anxiety	0,486	0,236	0,000	144
Závislý a Avoidance	-0,060	0,004	0,472	144
Závislý a Anxiety	0,696	0,484	0,000	144
Nutkavý a Avoidance	-0,063	0,004	0,451	144
Nutkavý a Anxiety	0,028	0,001	0,739	144
Negativistický a Avoidance	0,100	0,010	0,234	144
Negativistický a Anxiety	0,375	0,140	0,000	144
Depresivní a Avoidance	0,341	0,116	0,000	144
Depresivní a Anxiety	0,496	0,246	0,000	144
Obětující se a Avoidance	0,105	0,011	0,212	144
Obětující se a Anxiety	0,510	0,260	0,000	144
Rapsodický a Avoidance	-0,381	0,145	0,000	144
Rapsodický a Anxiety	0,044	0,002	0,601	144
Disociální a Avoidance	-0,176	0,031	0,035	144
Disociální a Anxiety	-0,028	0,001	0,739	144

Výše popsané vztahy souvislosti jsme se pokusili znázornit ještě i jinou formou, a sice na základě čtyř profilů dle PSSI, které popisujeme ve výzkumném cíli č. 3. V jenom bodovém grafu (graf č. 8) jsme se pokusili znázornit výsledky z dotazníku ECR (na ose X výsledky Anxiety a na ose Y výsledky Avoidance) společně s rozdělením hráčů na

jednotlivé shluky dle PSSI. Zelené referenční linie znázorňují průměrné hodnoty ECR zdravých mužů, kteří však v grafu nejsou jinak nijak znázorněni. Červené čárkované referenční linie znázorňují 1 směrodatnou odchylku nad průměrem zdravých mužů. V tomto kontextu se pokusíme popsat vztahovou vazbu výzkumného souboru.

Graf č. 8. Bodový graf škál ECR a PSSI



První skupinu s osobnostním profilem tvoří 48 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (modrý profil). Tento osobnostní profil má zvýšenou škálu stylu borderline (BL), sebenejistoty (SN), negativismu (NG), depresivity (DP). Tyto osobnostní styly jsou v profilu výrazné a jsou na hranici s poruchami. Skupina se vyznačuje těmito styly (příjemný, ctižádnostivý, pečlivý, optimistický), které jsou v normě s populací. Dle červené referenční linie mají jedinci nejvíce jistou vazbu, ale jsou zde i jedinci, kteří se vyznačují větší úzkostností, vyhybavostí nebo mají obě škály úzkostnosti a vyhybavosti zvýšené. Dle

popisu se tedy jedná o vazby distancovaně vyhýbavé, bázlivě vyhýbavé a zaujaté typy vazby. Převážně je tento profil sycený vazbou zaujatou a bázlivě vyhýbavou.

Druhou skupinu s osobnostním profilem tvoří 43 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (červený profil). Tato skupina je charakteristická zvýšenými skóry v průměru o jednu směrodatnou odchylku ve škálách schizoidní (ST), borderline (BL), histrionský (HI), negativistický (NG), rapsodický (RP), disociální (DS). Z hlediska našeho zkoumaného souboru se však jedná o skupinu hráčů s nejmenší výraznou psychopatií. Z hlediska ECR a červené referenční linie můžeme konstatovat, že jsou účastníci více vyhýbaví a méně úzkostní. Dle typologie rozdělené do kvadrantů se jedná o vazbu zaujatou, distancovaně vyhýbavou, ale najdeme v souboru i účastníky s jistou vazbou.

Třetí skupinu s osobnostním profilem tvoří 9 hráčů z celkového souboru 144 respondentů (zelený profil). Tento profil se vyznačuje vysokými skóry, kdy se jedná pravděpodobně o poruchu na škále histrionský (HI), narcistický (NR), rapsodický (RP) a disociální (DS). Dále velmi nízkými skóry na škále sebenejistý (SN), depresivní (DP), obětující se (OB). Z pohledu červené linie se jedná o účastníky s nízkou úzkostností a vyhýbavostí, tj. mají zdravou vazbu. Dle typologie tuto vazbu nazýváme jako jistou vazbu.

Čtvrtou skupinu s osobnostním profilem tvoří 44 respondentů z celkového souboru 144 respondentů (růžový profil). Tento profil se vyznačuje vysokými skóry, kdy se jedná pravděpodobně o poruchu na škále hraniční (BL), závislý (ZS), negativistický (NG), depresivní (DP) a obětující se (OB). Z referenční červené linie lze konstatovat, že tito účastníci mají vysokou škálu vyhýbavosti a ojediněle vysokou úzkostnost. Dle typologie se jedná o vazbu bázlivě vyhýbavou a o zaujatou vazbu.

Analýza dotazníku TCI-r a dotazníku ECR

V tabulce č. 23 uvádíme výsledky Pearsonových korelací z hrubých skóre dotazníku TCI-r a hrubých skóre ECR. Červeně jsme vyznačili v tabulce výsledné korelace statisticky významné na 5% hladině významnosti. Opět se prokázaly korelace mezi dotazníkem TCI-r a dotazníkem vztahové vazby ECR. Dále interpretujeme pouze střední korelace. Prokázala se střední korelace škály vyhýbání se poškození se škálou avoidance. Dále se ukázala střední negativní korelace škály závislost na odměně se škálou avoidance. To znamená čím nižší závislost na odměně, tím vyšší škála avoidance. Dále střední

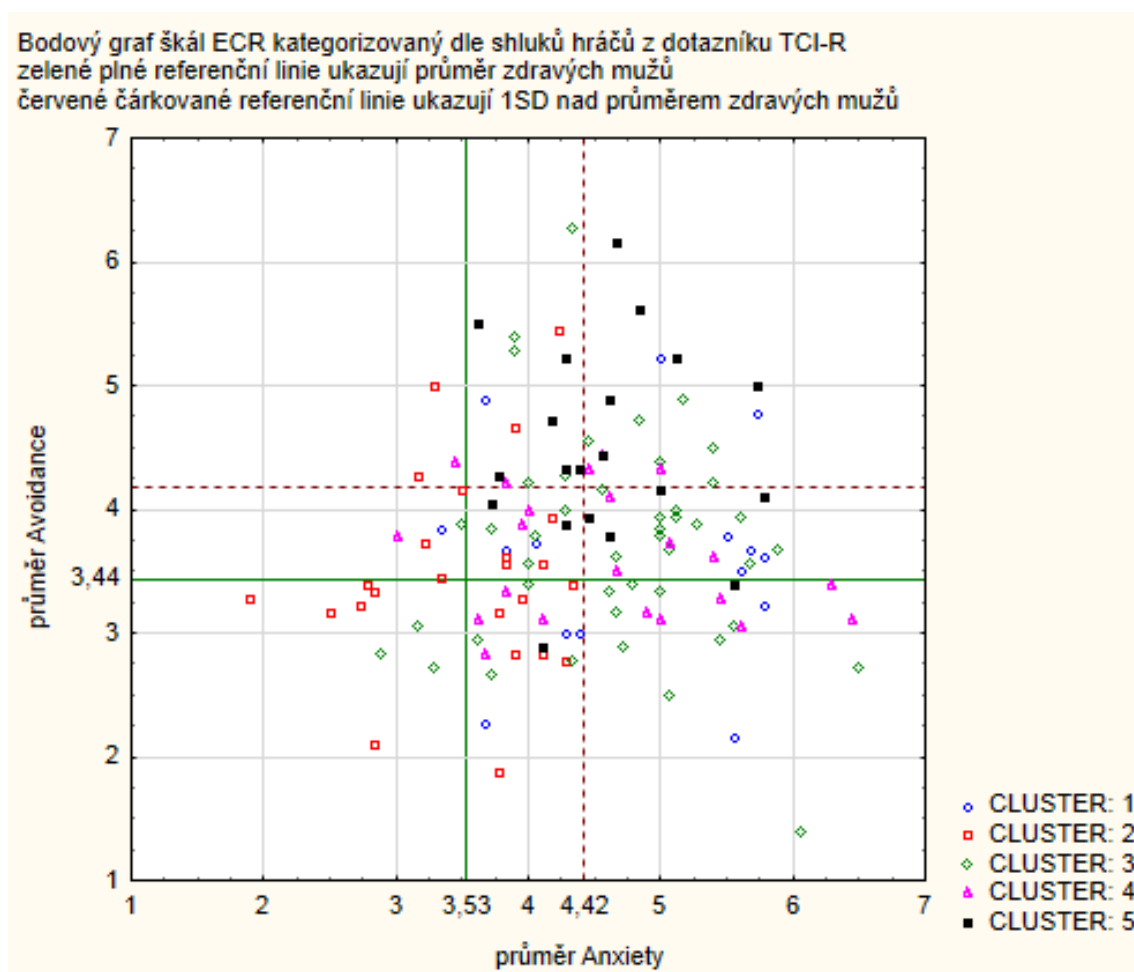
negativní korelace škály sebeřízení se škálou anxiety. Opět čím nižší sebeřízení, tím vyšší hodnota anxiety. V tabulce jsou zřetelné i další korelace, které jsou ale slabé.

Tab. č. 23. Výsledky Pearsonových korelací TCI-r a ECR

Škála TCI-r/škála ECR	r (X, Y)	r ²	p	N
Vyhledávání nového a Avoidance	-0,012	0,000	0,896	127
Vyhledávání nového a Anxiety	0,091	0,008	0,309	127
Vyhýbání se poškození a Avoidance	0,440	0,193	0,000	127
Vyhýbání se poškození a Anxiety	0,338	0,114	0,000	127
Závislost na odměně a Avoidance	-0,567	0,322	0,000	127
Závislost na odměně a Anxiety	0,195	0,038	0,028	127
Perzistence a Avoidance	-0,178	0,032	0,046	127
Perzistence a Anxiety	-0,018	0,000	0,845	127
Sebeřízení a Avoidance	-0,387	0,149	0,000	127
Sebeřízení a Anxiety	-0,570	0,325	0,000	127
Kooperace a Avoidance	-0,147	0,022	0,099	127
Kooperace a Anxiety	-0,098	0,010	0,271	127
Sebetransendence a Avoidance	0,043	0,002	0,633	127
Sebetransendence a Anxiety	0,272	0,074	0,002	127

Na základě pěti profilů dle TCI-r, které popisujeme ve výzkumném cíli č. 4, jsme se opět pokusili znázornit vztahy škál dotazníku ECR a TCI-r ještě i jiným způsobem. V jenom bodovém grafu (graf č. 9) jsme se pokusili znázornit výsledky z dotazníku ECR (na ose X výsledky Anxiety a na ose Y výsledky Avoidance) společně s rozdělením hráčů na jednotlivé shluky dle TCI-r. Zelené referenční linie znázorňují průměrné hodnoty ECR zdravých mužů, kteří však v grafu nejsou jinak nijak znázorněni. Červené čárkované referenční linie znázorňují 1 směrodatnou odchylku nad průměrem zdravých mužů.

Graf č. 9. Bodový graf ECR se shluky TCI-r



První skupinu tvoří 15 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (modrý profil). **Z hlediska temperamentu** jsou charakteristické vysoké hodnoty vyhledávání nového (NS), vyšší hodnoty oproti normě v závislosti na odměně (RD) a vysoká perzistence (P), nízké hodnoty vyhýbání se poškození (HA). **Z hlediska charakteru** jsou nízké hodnoty sebeřízení (SD), kooperativnost (CO) a vysoké hodnoty v sebepřesahu (ST). Dle rozložení v dotazníku ECR a červené referenční linie se jedná převážně o participanty, kteří mají vysokou vyhýbavost, a participanty, kteří mají vysokou úzkostnost, ojedinele kombinaci obou škál. Dle typologie kvadrantů má malá část souboru vysokou úzkostnost, tj. distancovaně vyhýbavou vazbu. Jedinci s kombinací obou škál mají bážlivě vyhýbavou vazbu a jedinci s vysokou vyhýbavostí zaujatý typ vazby. Malá část souboru má nízké skóry v těchto škálách, a tedy jistou vazbu.

Druhou skupinu tvoří 25 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (červený profil). Tento profil má **dle temperamentu** vysoké hodnoty ve vyhledávání nového (NS) a dosahuje nízkých hodnot ve vyhýbání se poškození (HA), závislosti na odměně (RD). **Z hlediska charakteru** má vysoké hodnoty v sebeřízení (SD) a nízké v kooperativnosti (CO) a sebepřesahu (ST). Z hlediska červené referenční linie mají jedinci nízké skóry ve vyhýbavosti a vysoké skóry v úzkostnosti. Dle typologie mají jedinci převážně jistou vazbu a dále najdeme vazbu distancovaně vyhýbavou.

Třetí skupinu tvoří 45 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (zelený profil). **Z hlediska temperamentu** je typický vysokými hodnotami ve škále vyhledávání nového (NS), vyhýbání se poškození (HA), závislost na odměně (RD). Z hlediska charakteru má nízké hodnoty sebeřízení (SD), kooperativnost (CO) a vysoké hodnoty v sebepřesahu (ST). Tento charakterový typ je stejný i pro respondenty s modrým profilem. Jedinci v modrém profilu však skórují 1,5 směrodatné odchylky nad normu. Z pohledu červené referenční linie se jedná o vyšší sklon tohoto souboru k vysoké vyhýbavosti a úzkostnosti nebo kombinaci obou škál. Nejvíce sycen je však kvadrant pro zaujatý typ vazby.

Čtvrtou skupinu tvoří 23 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (růžový profil). Tento temperamentový profil má vysokou hodnotou ve vyhledávání nového (NS), nízkou hodnotou ve vyhýbání se poškození (HA), nízkou hodnotou v závislosti na odměně (RD). Tento profil je podobný druhému (červenému) profilu, liší se však v tom, že má nízké hodnoty perzistence (PS). **Z hlediska charakteru** je charakteristický nízkými hodnotami v sebeřízení (SD), kooperativnosti (CO), sebepřesahu (ST). Z pohledu pro červenou referenční linii má tato skupina vysokou vyhýbavost a nízkou úzkostnost. Převážně se jedná o zaujatý typ vazby a lze identifikovat v tomto souboru i jistý typ vazby u části participantů.

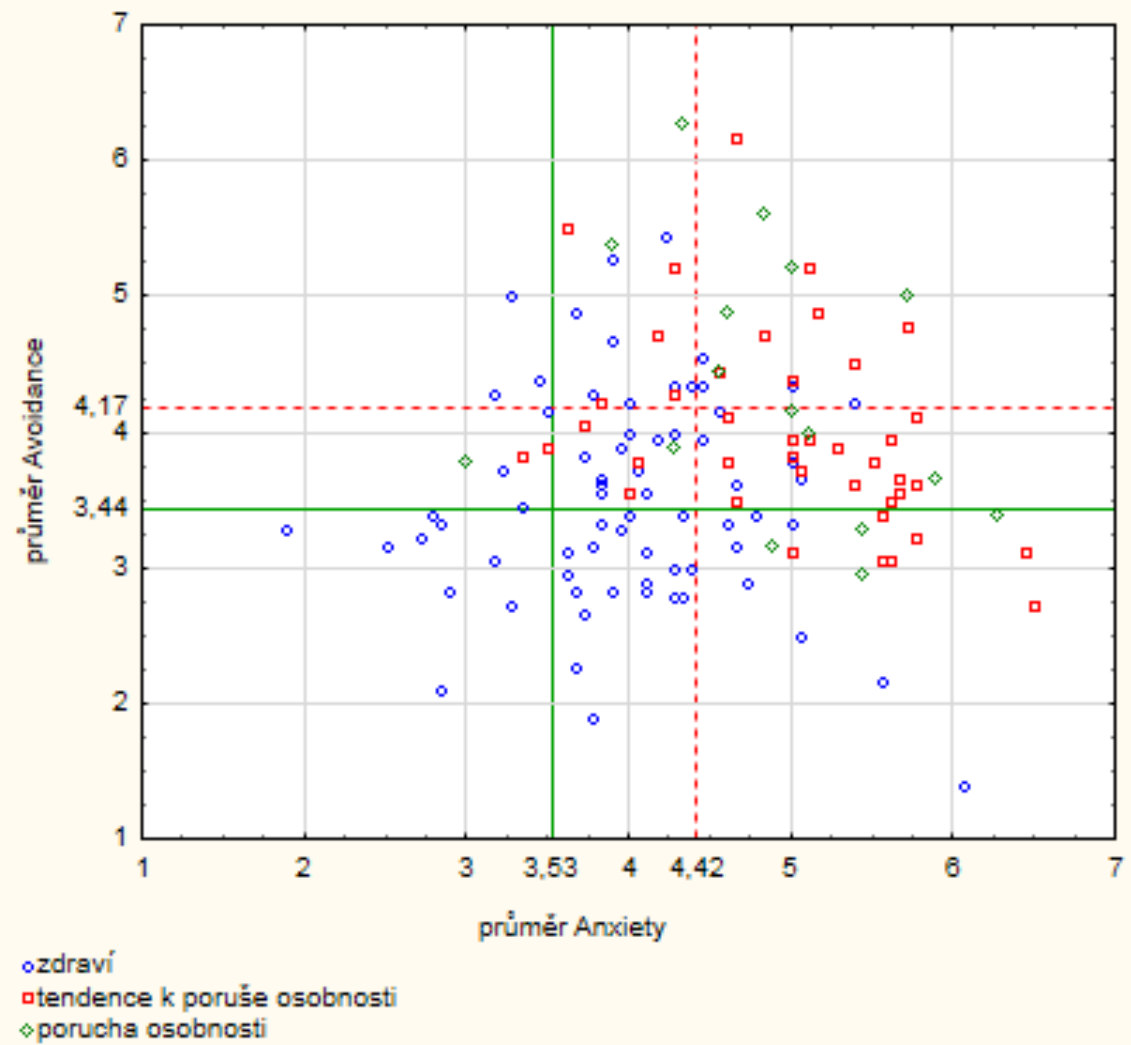
Pátou skupinu tvoří 20 respondentů z celkového souboru 128 respondentů (černý profil). **Pro tento temperamentový** typ jsou typické vysoké hodnoty ve vyhledávání nového (NS), vysoké hodnoty ve vyhýbání se poškození (HA), nízké hodnoty v závislosti na odměně (RD). **Z pohledu charakteru** má nízké hodnoty v sebeřízení (SD), kooperativnosti (CO), sebepřesahu (ST). Z pohledu pro červenou referenční linii se jedná o

skupinu, která má vysokou vyhýbavost a úzkostnost. Zřídka identifikujeme jedince s jistou vazbou, spíše inklinují k vazbě bázlivě vyhýbavé nebo distancovaně vyhýbavé.

Z grafu č. 10 lze vyčíst, že jedinci, kteří jsou dle škály Sebeřízení (SD) z dotazníku TCI-r zdraví, mají nízké skóry ve škále anxiety a avoidance a mají tendenci se v tomto sektoru grafu shlukovat. Skupina, která má tendenci k poruše osobnosti (Sebeřízení o 1 SD níže než průměr normy), má vysoké skóry v obou škálách dotazníku ECR a opět má tendenci se shlukovat. U jedinců, kteří mají poruchu osobnosti (Sebeřízení o 2 SD níže, než je průměr), již není evidentní tendence se shlukovat, ale jsou u nich patrné vysoké skóry ve škále anxiety a avoidance. Může se jednat o obecný vztah mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou, který existuje i v obecné populaci, a nikoliv pouze u sledovaného souboru patologických hráčů. Tento vztah dokládá i řada studií, které uvádíme v diskuzi.

Graf č. 10. Bodový graf dotazníku ECR s poruchami osobnosti z TCI-r

Bodový graf škál dotazníku ECR kategorizovaný dle poruchy osobnosti diagnostikované dle škály Sebeřízení (SD) z dotazníku TCI-R
zelené plné referenční linie ukazují průměr zdravých mužů
červené čárkované referenční linie ukazují 1SD nad průměrem zdravých mužů



9. Diskuze

V této kapitole se budeme zabývat touto prací kritičtěji. V teoretické části se věnujeme tématům, jako je patologické hráčství, koncepce temperamentu a charakteru, poruchy osobnosti a vztahová vazba. Tyto kapitoly se snažíme cíleně propojit s tématem patologického hráčství. Cílů disertační práce bylo celkem šest. Vzhledem k udržení linie diskuze ji dělíme dle výzkumných cílů práce. Nad jednotlivými zjištěními se kriticky zamýšlíme.⁴

Metodika, kterou jsme zde použili, znázorňuje pokus o nalezení vhodných vzorců pro výzkum dané problematiky. Pro získání pokud možno co nejbohatších dat jsme si vybrali kombinaci metod dotazníkových spolu s polostrukturovaným interview. V tomto ohledu se zvolená kombinace metod osvědčila, zdá se tedy být vyhovující.

Prvním cílem práce bylo popsat cílovou skupinu hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované hazardní činnosti, charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s jinými návykovými látkami.

Nejčastějším typem hry je hraní na VLT automatech. To v našem souboru dominuje jako primární herní záležitost. Ve velké míře se objevuje i sázení na sportovní výsledky, sázení na čísla a loterii. To potvrzuje i Nábělek et al., (2000), který ve svém výzkumu popisuje nejčastější typ hraní na automatech. Jedná se o nejrozšířenější typ herního zařízení na území České republiky. To dokazuje i výzkumná zpráva (Úřad vlády ČR, 2013). Wiebe & Cox (2001) ve svém článku publikovali zjištění, že nejčastější hraní VLT her je u hráčů v barech a restauracích oproti kasinu. Zároveň prokázali, že hraní VLT automatů se zdá být klíčovou rozlišovací proměnnou mezi rekreačním a problémovým hraním.

Věkové rozdělení našeho souboru zahrnuje všechny věkové kategorie. Největší četnost však najdeme v rané dospělosti do 35 let. Najdeme zde dva vrcholy křivky, jeden vrchol od 19 do 25 let, druhý od 26 let do 35 let. Největší koncentrace hráčů v našem souboru je tedy do 35 let. To opět dokládá i studie (Nábělek et al., 2000). Nechanská

⁴ Diskuze prvního a druhého cíle tvoří diskuze z článků autorů (Maierová, Charvát & Miovský, 2014 a, b).

(2011) uvádí, že od roku 2005 byl nejvyšší podíl hospitalizací ve věkových skupinách 25–29 let a 30–34 let (22 %, resp. 18 %), mladiství do 20 let tvořili 2 %. V roce 2011 bylo hospitalizováno necelých 18 % pacientů ve věku 25–29 let a více než 16 % ve věku 30–34 let. K nárůstu počtu hospitalizací v roce 2011 proti roku 2005 došlo u věkové skupiny 15–19 let, a to téměř na dvojnásobek. U ostatních věkových skupin je meziroční srovnání vzhledem k malému počtu případů dost obtížné. Naše věkové zastoupení tedy odpovídá celorepublikovému trendu. Výzkumy v Severní Americe, Evropě a Austrálii dokazují trend, že mladí lidé hrají více než starší dospělí (Petry & Steinberg, 2005; Shaffer et al., 1999). Jiné studie dokazují, že pokud člověk začne v útlém věku hrát hazardní hry, tak mohou progredovat do závažnějších problémů (Ladouceur, 1991; Volberg, 1994). Zároveň však stojí za diskuzi, jak je to v celé populaci aktivních hráčů oproti populaci hráčů, co se léčí ambulantní či pobytovou formou.

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

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

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

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

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

Mnozí pacienti popisují těžké dětství, kdy často během dospívání zažívali tělesné tresty, nezáměr, přetěžování. Třetina klientů popisuje své dětství jako bezproblémové a pěkné. Vztahem mezi subjektivním popisem dětství a výsledky z dotazníku ECR na

vztahovou vazbu se budeme zabývat v dalších článcích. Ve výpovědích se často opakuje téma nefunkční rodiny, zanedbávání či nedodržování hranic ze strany rodičů, což jsou rizikové faktory notorické z mnoha výzkumů závislostí obecně. Toto téma v rozhovoru bylo jedno z nejcitlivějších, klienti popisovali velmi těžké psychické zážitky, doprovázené silnými emocemi. Tato traumata chtějí během své léčby zpracovat. Zahraniční výzkumy dokazují, že dvě třetiny hráčů prodělaly nějaké emoční trauma, 40 % zažilo fyzické násilí a 24 % uvedlo sexuální zneužívání. Většina se jich odehrála v dětství. Traumata byla spojována i s pokusem o sebevraždu, užíváním návykových látek či jinými psychiatrickými problémy (Kausch et al., 2006).

Zajímavé je srovnání prevalence užívání návykových látek u sledovaného souboru hráčů a obecné populace. Výzkumný soubor vykazuje výrazně vyšší četnosti v celoživotní prevalenci ve srovnání s obecnou populací, a to až o desítky procent. Výrazné rozdíly jsou i v současném užívání, resp. prevalenci za posledních 30 dní. Užívání alkoholu v současné době v našem souboru uvedlo 84,2 %, ve srovnání s prevalenční studií (Mravčík, et al., 2012), kde uvedlo užívání alkoholu v posledním měsíci 76,3 %. Jedná se tedy o velmi vysokou prevalenci v užívání alkoholu. Z celkového souboru popisuje 117 klientů příležitostné užívání, abstinenci od alkoholu uvedlo 12 klientů, jako duální závislost na alkoholu uvedlo 10 klientů. Co se týká užívání tabáku, v našem souboru kouří 81,3 %, což je skoro o polovinu více než ve výzkumu v obecné populaci. Zapálit si cigaretu nebo užít jiný tabákový výrobek nezkoušelo 13 klientů. Pro tyto klienty je kouření zbytečné. Je zajímavé pozastavit se nad absencí náhledu na problém, tj. že kouření jim přijde škodlivé, hraní však nikoliv. U užívání marihuany je náš soubor opět vysoce nad hodnotami obecné populace. Z celkového počtu 73 respondentů šlo o jednorázovou zkušenost u 47 klientů. Pravidelné užívání marihuany uvedlo 26 klientů. Závislost na pervitinu uvedlo 30 klientů, u 7 klientů šlo o jednorázovou zkušenost, o experiment. U tohoto velmi rizikového stimulantia jde opět o řádově vyšší četnosti než v obecné populaci. Užívání heroínu uvedlo 8 klientů. Jednalo se o injekční uživatele. Na heroínu byli závislí. Klienti dříve byli závislí na heroínu, nyní v době intenzivního hraní heroin neužívali, kombinovali však hraní s alkoholem a nadměrnou konzumací cigaret. Následujícím cílem výzkumu bylo popsat jednotlivé fáze hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných s diagnózou F 63.0 za účelem pobytové léčby patologického hráčství, tj. uvést časový kontext jednotlivých kariér a zmapovat, jakou roli při rozvoji problémového hraní hraje věk a jak

se projevuje dynamika rozvoje patologického hráčství od první zkušenosti až do nástupu do léčby. V souvislosti s těmito fázemi popsat sociálně a klinicky významné okolnosti a dopady jednotlivých kariér, které se v jednotlivých fázích rozvoje problémového či patologického hraní projevují (výzkumný cíl č. 2).

V našem výzkumu jsme se pokusili zrekonstruovat hráčskou kariéru pomocí výpovědí mužských participantů. K začátku hraní dochází nejčastěji ve věku kolem dvaceti let, ale setkávali jsme se i s jinými věkovými kategoriemi, výjimečně i kolem pětadesáti let. Dále se ukazuje, že mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní prakticky neexistuje žádná mezifáze. Zhruba po šesti až osmi letech dochází dle výpovědí participantů k pocíťování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se participanti rozhodli k léčbě. V rámci rešerše jak v české, tak v zahraniční literatuře jsme nenašli studii, která by se takto vývoji kariéry zabývala. Pro ilustraci našich zjištění uvádíme některé typy výzkumu. Kessler et al. (2008) publikoval, že věk nástupu patologického hráčství je pro jednotlivé skupiny lidí individuálně specifický. Zatímco v některých případech je začátek hraní hazardních her spjatý s obdobím dětství, v jiných případech s dospíváním a dospělostí. Chování při časném nástupu hazardních her je jasně spojeno s pozdějším rozvojem patologického hráčství (Bondolfi et al 2000; Lynch et al. 2004; Johansson et al. 2009, Turchi & Derevensky, 2009) a jejich pozdější klinické symptomatologie (Burge et al. 2004). U jiných souvisejících onemocnění, zejména u zneužívání návykových látek, konkrétně poruch způsobených užíváním alkoholu, byla prokázána souvislost mezi věkem, nástupem problému, diagnózou, prognózou a terapií (Leggio et al. 2009; Babor et al. 1992a,b).

Jime'nez-Murcia et al., (2010) uvedla ve své studii průměrný věk, ve kterém nastupovali do léčby patologičtí hráči (N=904). Ten byl 33,3 roku (SD = 11,9; rozsah = 12 až 66). Střední proud věku byl 39,4 roku (SD = 12,5, rozsah: 16–76). Většina subjektů byli muži (92,4 %) a hlavním problémem hazardu byly hrací automaty (94,0 %). Což velmi obdobně odpovídá i charakteristikám naší studie.

Naprostá většina respondentů při hraní užívala tabákové výrobky, docházelo ke zvýšení frekvence až na dvojnásobek. Dále 47 participantů hrálo s doprovodem užívání

alkoholu, 14 participantů užívalo jiné návykové látky. Užívání alkoholu nebo jiných návykových látek při hraní má vliv na průběh hraní, hráč si neuvědomuje rizika, nekontroluje výši vsazené a prohrané částky, jsou ovlivněny jeho exekutivní funkce. Wiebe & Cox (2001) ve svém článku publikovali zjištění (N=1376), že téměř polovina souboru popřela užívání alkoholu nebo ilegálních drog, ale jedna čtvrtina přiznala problémy související s alkoholem nebo ilegálními drogami. Celkem 70 % hráčů užívalo tabákové výrobky. Benkovič, Mišurdová & Grossman (2012) ve svém článku představili výsledky studie s 52 patologickými hráči. Psychické problémy v souvislosti s užíváním kanaboidů byly u 36,4 %, v souvislosti se stimulancii u 14,5 %, v souvislosti s užíváním tabáku u 85,5 %. Prevalence alkoholových nebo jiných závislostí je u patologických hráčů 4x vyšší než u nepatologických hráčů (Bland et al., 1993). Jiná studie v USA uvádí, že míra užívání alkoholu, ilegálních drog je u patologických hráčů 7x vyšší než u nepatologických hráčů (Gerstein et al., 1999). Jimenez-Murcia et al., (2010) uvádí, že 84,2 % bylo kuřáků tabákových výrobků, 23,9 % užívalo alkohol a 11,9 % užívá / užívalo ilegální návykové látky. Tato zjištění do jisté míry potvrzuje i naše studie. Lečbých (2013) popisuje vysokou míru komorbidit u jedinců závislých na internetu.

Hráči v našem výzkumném souboru často mluvili o tom, že věří tomu, že mají schopnost hru ovlivnit, že vědí, jak vyhrát. Že když do toho tolik investovali, musí se jim to vrátit. Řadu jiných a dalších omylů, které v tomto článku prezentujeme, lze zařadit mezi kognitivní omyly hráčů. V literatuře to lze nalézt jako teorie kognitivních omylů (Rogers, 1998; Toneatto, 1999; Blaszczynski, 2000). Teorie popisuje vznik a udržení iracionálních přesvědčení a myšlenkových chyb. Tyto chyby můžeme členit do několika kategorií. 1. *Pověry*: hráči pevně věří, že existují předměty, které jim přinášejí štěstí. Inklinují k rituálům, které je dovedou k výhře. 2. *Interpretační předpojatost*: hráči přisuzují výhru svým schopnostem a zkušenostem. Prohry jsou pak důsledkem neštěstí. 3. *Dočasný teleskopíng*: hráči věří, že výhry jsou rovnoměrně rozloženy a že na základě pravděpodobnosti musí brzy vyhrát. 4. *Selektivní paměť*: hráči si více zapamatovávají výhry a zapomínají na prohry a na součty prohraných peněz na úkor peněz vyhraných. 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.

Ve výsledcích popisujeme vážné důsledky z hraní a těžký psychický stav, ve kterém se často hráči do léčby dostanou. Tato data potvrzují i níže zmíněné studie. Patologické hráčství často vrcholí velkým množstvím negativních důsledků jak pro samotného hráče, tak pro ostatní lidi, se kterými je v interakci, tj. rodinní příslušníci, přátelé, zaměstnavatel. Dochází ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny, finančním problémům, se kterými souvisí kriminální činnost (Maierová, 2012). Rossow & Hansen (2008) uvádí, že hráči, kteří vyhledali léčbu, mají suicidiální myšlenky, nebo se pokusili o sebevraždu. Populační průzkumy naznačují, že riziko sebevraždy se více objevuje mezi hráči než mezi ostatními. Nešpor et al. (2003) uvádí, že třetina hospitalizovaných pacientů se pokusila o sebevraždu, což je více než u závislých na jiných návykových látkách. V našem souboru mělo suicidiální myšlenky 100 účastníků (71,9 %). Jednorázový suicidiální pokus (dále též TS) uvedlo třicet pět účastníků (25,1 %), opakovaný TS mělo sedm účastníků (5 %). Jedná se o vysokou hodnotu, kdy velká část souboru má suicidiální myšlenky nebo již jeden TS za sebou a je zřetelné, že tomuto problému je v klinické praxi nutné věnovat náležitou pozornost. Nejčastějším důvodem jsou silné pocity viny, uvědomění si negativních dopadů z hraní. Velmi často hráči popisují bezvýchodnost, zoufalost situace, kterou řeší dvěma způsoby. Buď otočí agresí, která je sycena silnými pocity viny, proti sobě (a spáchá TS), nebo směřují agresí ven a jednají protizákonně (přepadení, loupeže, zpronevěry). Nešpor & Scheansová (2008) popisují problémy patologického hráčství v souvislosti s výkonem povolání, kdy se mohou objevit krádeže peněz, zanedbávání práce, návštěvy věřitelů, exekuce na plat apod.

Popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře PSSI a případně identifikovat subtypy hráčů byl výzkumný cíl č. 3. Celý sledovaný výzkumný soubor průměrně skóroval nad normou běžné populace. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP) a jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Výsledky jsou klinicky významné dle Cohenova d. Dle výsledků jsme se snažili popsat i různé subtypy hráčů dle dotazníku PSSI. Popsali jsme celkem 4 subtypy. Můžeme konstatovat, že se nejedná o homogenní soubor z hlediska osobnostních charakteristik. Celý soubor skóroval výše oproti normě. Z hlediska výzkumných zjištění, která jsme uvedli v teoretické části, se potvrdilo, že se sledovaný soubor dělí do několika skupin dle osobnostních charakteristik. Zároveň se nám potvrdilo,

že jsou patologičtí hráči impulzivní, emočně nestabilní a tendují k poruchám osobnosti. To potvrzují i níže citované studie. Blasczynski & Nower (2002) popsali častější výskyt antisociální poruchy osobnosti. Dotazník PSSI prokázal přítomnost disociálních rysů. Výskyt impulzivity prokázali (Slutske et al., 2005; Toneatto & Nguyen, 2007). Meyer (1991) identifikoval 4 typy hráčů. My jsme v našem výzkumu dle dotazníku PSSI také vysledovali 4 subtypy hráčů, kteří se ve svých osobnostních charakteristikách liší. Lze vysledovat skupinu hráčů bez zjevné psychopatologie. Většina studií se shoduje, že hráči jsou emočně nestabilní. Toce-Gerstein et al. (2003) rozlišuje citově zranitelné problémové hráče, asociální a impulzivní problémové hráče.

Popisem osobnostního profilu výběrového souboru dle dotazníku TCI-r a případné identifikace subtypů hráčů jsme se zabývali v cíli č. 4. V našem souboru se prokázala klinická významnost pro vysokou hodnotu vyhledávání nového, nízké hodnoty závislosti na odměně, nízké hodnoty kooperace a sebeřízení. Vycházíme z potvrzených teoretických předpokladů, že nízké hodnoty SD a CO predikují poruchy osobnosti (Preiss & Klose, 2001). V našem výběrovém souboru nacházíme 42 respondentů (32, 8 %), kteří mají tendenci k poruchám osobnosti, a 16 respondentů (12, 5 %), kteří mají poruchu osobnosti. Jedná se tedy o vysokou prevalenci ve výběrovém souboru, což odpovídá teoretickým předpokladům a klinickým zkušenostem z praxe. Diagnostika poruch osobnosti je však náročné klinické vyšetření, ve kterém je důležité použít validní klinické metody, jako jsou např. strukturovaný rozhovor IPDE, ROR apod. V naší studii jsme použili koncepci, kterou popsal (Preiss & Klose, 2001). Naše studie poukazuje na to, že poruchy osobnosti se u hráčů mohou vyskytovat a pravděpodobně vyskytují ve vysoké míře, zároveň pro jejich další diagnostiku je nutné použít další klinické metody.

K dalším osobnostním a temperamentovým rysům patří vyhledávání vzrušujících zážitků (Johannson et al., 2009), vyhledávání nových podnětů (McCormick et al., 2012). Obě dvě studie dokazují, že hráči mají častější výskyt těchto vlastností. Což i my potvrzujeme. Bergen et al. (2012) prokázali souvislost se sebeřízením a závažnosti problému s patologickým hráčstvím. Jiná studie González-Ibáñez et al. (2003) identifikovala 3 typy hráčů ve vzorku 110 patologických hráčů. Typické pro všechny skupiny bylo vyhledávání vzrušení. V našem souboru mají všechny identifikované skupiny (celkově pět) vysoké vyhledávání nového. V zahraniční literatuře existuje jednoznačný trend hledat a prokazovat vztah mezi poruchami osobnosti a patologickým hráčstvím

(Petry, Stinson & Grant, 2005). To potvrzujeme i my tvrzením, že je prevalence poruch osobnosti u patologických hráčů. Zároveň tato diagnóza může být handicapem pro absolvování léčby, může být důvodem pro předčasné vypadnutí z léčebného systému.

Popisem vztahové vazby u výběrového souboru dle dotazníku ECR a jeho škál se zabýval cíl č. 5. Vzhledem k tomu, že v současné době nejsou v České republice normy pro použitý výzkumný nástroj, porovnávali jsme naše data s kontrolním souborem zdravých mužů. Jsme si vědomi, že toto srovnání má své limity, dokud nebude publikovaná norma. Výsledky potvrdily vyšší skóry obou škál oproti kontrolnímu souboru zdravých mužů. Náš soubor má vyšší sklon k vyhýbavosti a úzkostnosti. Patologické hráčství lze v tomto kontextu chápat jako pokus o regulaci nepříjemných nebo nerozpoznaných emocí. Deficity lze však zpracovat v novém významném vztahu, např. ve vztahu terapeutickém. Doiron et al. (2001) charakterizoval hráče s nedostatkem smysluplných vztahů, s problematickými vztahy a pocity ztráty. Včasná léčba může zamezit pokusům „zaplnit tuto prázdnotu“ hraním VLT automatů. Zároveň to potvrzuje i výzkumný cíl č. 1., který popisuje nepřívětivé rodinné prostředí, ve kterém respondenti vyrůstali a které se mohlo odrazit na jejich vztahové vazbě. Vztahová vazba může být prediktorem pro vznik závislosti a může sehrávat v etiologii závislosti významnou roli. Zároveň se projevuje i v chování a prožívání participantů v léčbě. Jedinci s vysokou vyhýbavostí či úzkostností mohou selhávat v terapeutických aktivitách, mohou předčasně z léčby vypadávat a relapsovat. Zároveň budování nových sociálních kontaktů a intimních partnerských vztahů může být pro ně komplikovanější, což opět zvyšuje riziko relapsu.

Posledním cílem (č. 6) byla analýza základních možných vztahů mezi sledovanými proměnnými, tj. mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů. Nejdříve jsme zkusili analyzovat, zda existují nějaké významné vztahy mezi škálami osobnostních dotazníků PSSI a TCI-r s celkovým výsledkem dotazníku SOGS a též s hrubými skóry z dotazníku ECR.

Korelace osobnostních dotazníků a dotazníku SOGS byla slabá. Je nutné brát v potaz, že sledované korelace jsou však počítány jen u zkoumaného souboru patologických hráčů a ne z celé populace. Tudíž je omezena variabilita výsledků. Na základě rešerše literatury, kterou jsme předložili v teoretické části, se potvrzuje vztah mezi škálami vyhledávání nového, sebeřízení a dotazníkem SOGS. To dokládají opět mnohé

výzkumy s tím, že patologičtí hráči mají vysoké hodnoty vyhledávání nového a nízké sebeřízení, které predikuje poruchy osobnosti. Zároveň se tyto aspekty uplatňují v genezi závislosti hráče. Proto je důležité při léčbě brát tato zjištění v potaz a pracovat s nimi.

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

Přínos naší výzkumné práce vidíme v několika ohledech. Jedná se o první uchopení tématu patologického hráčství z pohledu poruch osobnosti a vztahové vazby. Zároveň se nám podařilo popsat hráčské kariéry z klinického pohledu. Věříme, že na tuto studii lze v budoucnu navázat dalšími studii, a cíle tak dále rozpracovávat. Podařilo se nám identifikovat několik subtypů patologických hráčů, kterým by odborníci v léčbě mohli přizpůsobit program léčby a tato zjištění by mohla pomoci odborníkům v rámci párování potřeb (matchingu) klientů. Popsané výsledky lze uplatnit jak v ambulantní, tak pobytové léčbě patologických hráčů. Tj. odborníci s těmito koncepty mohou pracovat v terapeutickém vztahu s klienty. V neposlední řadě doufáme, že tato studie zvýší povědomí jak v odborné, tak laické veřejnosti se z tohoto pohledu závislostmi zabývat.

10. Závěr

V této kapitole shrnujeme nejdůležitější zjištění v pořadí výzkumných cílů. Pro přehlednost je uvádíme v bodech.

Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů je střední škola s maturitou (44,6 %), střední odborná škola bez maturity (37,4 %), základní škola (13 %), vysoká škola (4,3 %).

Nejvíce klientů (konkrétně 138 osob) hrálo na herních automatech, nejvíce na videoloterijních terminálech (VLT). Nejčastěji navštěvovali pravidelně herny. S hrou v kasinu má zkušenost 86 klientů. Ve velké míře se objevují i sázky na sportovní výsledky, nejčastěji fotbal, hokej, tenis, basketbal apod. V našem souboru bylo 8 sázkařů, kteří nikdy nehráli na automatu.

Sázení na čísla nebo loterii respondenti nepovažovali za zdroj problémů, do tohoto sázení investovali menší částky než do jiných forem hazardu, jako je např. herní automat nebo sázení na sport. Zkušenost se sázením do loterie nebo na čísla má 104 klientů.

U respondentů lze vysledovat zaměstnání, která jsme roztřídili do kategorií. Ty mohou představovat určitou míru rizika pro patologické hráčství. Jedná se o povolání v oblasti řemesel a technických oborů, tj. např. montážní dělníci, dělníci na směnném provozu, obsluha strojů, zámečníci, mistři ve výrobě, malíři, svářeči, pekaři, tesaři apod. Dále zaměstnání v prostředí zábavy a gastronomie, konkrétně se jednalo o povolání kuchaři/číšníci, krupiéři v kasinech nebo obsluha v herně, taxikáři, majitelé restaurací. Povolání se stresovým faktorem – řidiči, profesionální sportovci, zdravotníci, ředitelé, učitelé, strojvedoucí, policisté. Povolání s nepravidelným příjmem - obchodní zástupci, pojišťovací agenti.

Celkem 17 participantů (N=139) mělo přiznaný invalidní důchod, z toho 12 ze zdravotních důvodů po úraze pohybového aparátu nebo z jiné nemoci. Invalidní důchod pro psychické obtíže, jako je schizofrenie, organické duševní poruchy, afektivní poruchy, mělo 5 osob. Všechny tyto osoby hrály jak před invalidním

důchodem, tak i během něho, v důchodu se však hraní zintenzivnilo, protože se klienti domnívali, že hraní bude zdroj financí.

Většina klientů popisuje své dětství a rodinu jako nefunkční, popisují traumatické zážitky a nedostatečné citové zázemí.

Výzkumný soubor vykazuje výrazně vyšší četnosti v celoživotní prevalenci ve srovnání s obecnou populací, a to až o desítky procent.

Délka hráčské kariéry je individuální od 0,5 roku do 40 let. Iniciační fáze hraní obvykle začíná okolo 20 let věku (u 34,5 % účastníků). Mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní prakticky neexistuje žádná mezifáze.

Zhruba po 6–8 letech (u 68 % účastníků) dochází k manifestaci prvních reálně reflektovaných vážných problémů způsobených hraním, i když v souboru byl patrný velký časový rozptyl této fáze. Po nástupu problémů trvá v průměru dalších 2 až 5 let, než se hráči rozhodnou a začnou se léčit.

Mladší účastníci mají ve srovnání se staršími častější komorbidní problém s užíváním návykových látek při hře. Hráči popisují několik různých impulzů ke hře, častěji preferují jednu nebo jen menší množství heren. Jsou schopni za hrou i dojíždět navzdory vzdálenosti.

Problémové a patologické hraní zasahuje do všech klíčových oblastí života. Hráči mají vážné rodinné a vztahové problémy, čelí ztrátě zaměstnání, mají obrovské finanční dluhy atp.

Vyskytuje se u nich psychiatrická komorbidita, jako je užívání návykových látek, afektivní poruchy (úzkosti, deprese), vykazují fabulace a kognitivní omyly, mají časté suicidiální myšlenky anebo i pokusy. Patologičtí hráči vyhledávají pobytovou léčbu, až když jsou v poslední debaklové fázi svého hraní a čelí vážným následkům nashromážděným za mnoho let.

Suicidiální myšlenky mělo 100 účastníků (71,9 %), třicet devět účastníků v souboru je neguje. Jednorázový suicidiální pokus (dále též TS) uvedlo třicet pět účastníků (25,1 %), opakovaný TS mělo sedm účastníků (5 %).

Ve všech škálách dotazníku PSSI skórovali respondenti signifikantně výše oproti normě.

Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP) a jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Ve škále nutkavosti (NT) můžeme konstatovat, že se jedná o malou klinickou významnost. Ve škále histrionský (HI), narcistický (NR) a rapsodický (RP) se jedná o střední klinickou významnost. V ostatních škálách paranoidní (PN), schizoidní (SZ), schizotypní (ST), borderline (BL), sebenejistý (SN), závislý (ZS), negativistický (NG), depresivní (DP), obětující se (OB), disociální (DS) se jedná o velkou klinickou významnost, která je dána velikostí rozdílu téměř jedné směrodatné odchylky nebo více.

Dle dotazníku PSSI jsme identifikovali 4 subtypy hráčů.

Celý soubor v dotazníku TCI-r průměrně skóroval skoro o jednu celou směrodatnou odchylku výše od normy populace na škále vyhledávání nového (NS). Naopak oproti normě průměrně skóroval níže ve škálách závislost na odměně (RD), sebeřízení (SD), spolupráce (CO). Ve škálách vyhýbání se poškození (HA), perzistence (PS) a sebepřesahu (ST) se od normy neliší.

Ve škále vyhledávání nového můžeme konstatovat, že se jedná o velkou klinickou významnost. Ve škále závislost na odměně (RD) se jedná o malou klinickou významnost. Ve škálách sebeřízení (SD) a kooperativnost (CO) se jedná o střední klinické významnosti.

V našem výběrovém souboru nacházíme 42 respondentů (32,8 %), kteří mají tendenci k poruchám osobnosti, a 16 respondentů (12,5 %), kteří mají poruchu osobnosti. Jedná se tedy o vysokou prevalenci ve výběrovém souboru, což odpovídá teoretickým předpokladům a klinickým zkušenostem z praxe.

Dle dotazníku TCI-r jsme identifikovali 5 subtypů hráčů.

Celý výzkumný soubor skóroval výše ve škále anxiety a avoidance oproti kontrolní skupině zdravých mužů.

Ve škále avoidance se jedná o malou klinickou významnost, ve škále anxiety se jedná o velkou klinickou významnost.

SOGS slabě koreluje se škálami dotazníku PSSI (schizotypní, hraniční a narcistický).

Na základě výzkumů se i v naší studii potvrdil vztah se škálami vyhledávání nového, sebeřízení a dotazníkem SOGS.

SOGS slabě koreluje se škálou anxiety dotazníku ECR.

Vztah mezi osobnostními dotazníky a ECR je silný. Jedná se o silné korelace v PSSI škály schizoidní se škálou avoidance, škály závislý se škálou anxiety. Střední korelace je na škále hraniční se škálou anxiety, negativní korelace škály histrionský se škálou avoidance, pozitivní korelace škály sebenejistý a s oběma škálami ECR, dále škály depresivní a obětující se se škálou anxiety.

V dotazníku TCI-r je střední korelace škály vyhýbání se poškození se škálou avoidance. Dále se ukázala střední negativní korelace škály závislost na odměně se škálou avoidance. To znamená čím nižší závislost na odměně, tím vyšší škála avoidance. Dále střední negativní korelace škály sebeřízení se škálou anxiety. Opět čím nižší sebeřízení, tím vyšší hodnota anxiety.

Projevila se souvislost mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou.

Zdraví jedinci dle TCI-r mají nízké skóry ve škále anxiety a avoidance. Skupina, která má tendenci k poruše osobnosti, má vysoké skóry v obou škálách dotazníku ECR. U jedinců, kteří mají poruchu osobnosti, již není evidentní tendence se shlukovat, ale jsou u nich patrné vysoké skóry ve škále anxiety a avoidance. Může se jednat o obecný vztah mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou, který existuje i v obecné populaci a nikoliv pouze u sledovaného souboru patologických hráčů.

11. Souhrn

V této kapitole stručně shrnujeme celý obsah disertační práce, která má název Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů. Ústředním tématem je patologické hráčství, kterým se zabýváme z pohledu poruch osobnosti a vztahové vazby. Patologické hráčství z tohoto pohledu nebylo zatím v České republice zkoumáno.

První kapitolu v teoretické části jsme věnovali tématu patologického hráčství. V této kapitole popisujeme prevalenci hraní v populaci, vývoj a současnou situaci v České republice, diagnostické vymezení a diferenciální diagnostiku. Zároveň se dotýkáme témat, jako jsou herní automaty a specifika hry a dále faktory, které se podílejí na udržení patologického hráčství. V druhé kapitole popisujeme pojetí temperamentu a charakteru z pohledu teorie Cloningera. Toto pojetí je pro naši práci důležité. V třetí kapitole se věnujeme poruchám osobnosti. Jedná se zejména o epidemiologii, diagnostiku, pojetí poruch osobnosti z pohledu Cloningerovy teorie a poruch osobnosti u patologických hráčů. V poslední teoretické kapitole se zabýváme tématem vztahové vazby. Vymezuje tento pojem, zabýváme se vazbou ve vztahu k závislosti a poruchám osobnosti.

Empirická část vychází z teoretických poznatků. V České republice se jedná z tohoto předmětu zkoumání o ojedinělý výzkum. Zájem o tento pohled v souvislosti s patologickým hráčstvím je spíše předmětem zahraničních výzkumů. Na zjištěná data lze v budoucnu navázat dalšími výzkumy.

Disertační práce měla několik cílů. 1. cíl byl popsat cílovou skupinu hospitalizovaných léčených hráčů z hlediska sociodemografického profilu, preferované hazardní činnosti, charakteristik rodinného prostředí a zkušenosti s jinými návykovými látkami. 2. cíl byl popsat jednotlivé fáze hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných s diagnózou F 63.0 za účelem pobytové léčby patologického hráčství, tj. uvést časový kontext jednotlivých kariér a zmapovat, jakou roli při rozvoji problémového hraní hraje věk a jak se projevuje dynamika rozvoje patologického hráčství od první zkušenosti až do nástupu do léčby. V souvislosti s těmito fázemi popsat sociálně a klinicky významné okolnosti a dopady jednotlivých kariér, které se v jednotlivých fázích rozvoje problémového či patologického hraní projevují. 3. cíl byl popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře PSSI a případně identifikovat subtypy hráčů. 4. cíl byl

popsat osobnostní profil výběrového souboru dle inventáře TCI-r a případně identifikovat subtypy hráčů dle Cloningerovy teorie. 5. cíl byl popsat vztahovou vazbu u výběrového souboru dle dotazníku ECR a jeho škál. 6. cíl byl analyzovat základní možné vztahy mezi sledovanými proměnnými, tj. mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou a případnými dalšími ukazateli u patologických hráčů.

Na základě těchto cílů, výzkumných otázek a hypotéz se jedná o explorativní retrospektivní výzkum. Měl kvalitativně-quantitativní charakter. Design výzkumu je tzv. smíšený. Tento design byl záměrně zvolen vzhledem k charakteru studie. Jednak z hlediska získání dostatečného množství dat, proto jsme zvolili smíšený design, jednak z hlediska charakteru klinické populace léčených hráčů, proto jsme zařadili níže zmíněné výzkumné metody, abychom naplnili výzkumné cíle.

Výběrový soubor tvoří respondenti psychiatrických nemocnic, které mají specializovaný program pro léčbu patologického hráčství. Jedná se o klienty, kteří byli hospitalizováni kvůli patologickému hráčství. Celkový soubor čítá 147 klientů. Níže uvádíme jednotlivé zastoupení dle zařízení. Psychiatrická nemocnice Bohnice 32 respondentů, Psychiatrická nemocnice Kroměříž 55 respondentů a Psychiatrická nemocnice Opava 60 respondentů. Soubor tvoří jenom muži, a to z několika důvodů. Minimální počet respondentů vzhledem ke smíšenému designu studie byl 100. Počet jsme záměrně navýšili kvůli statistickým analýzám a vyšší validitě výsledků.

Jako výzkumné metody jsme použili dotazník na patologické hráčství SOGS, inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI, dotazník temperamentu a charakteru od Cloningera, revidovanou verze TCI-r, dotazník na vztahovou vazbu ECR a polostrukturované interview. Analýza dat byla za použití parametrických a neparametrických metod, používali jsme program Statistica 12 a MS Excel. Pro zpracování kvalitativních dat jsme použili metodu prostého výčtu, metodu kontrastů, srovnávání a deskripci.

Všechny cíle se nám podařilo naplnit. Zde stručně nastiňujeme výsledky. Soubor vychází ve srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematictější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou. Jedná se zejména o vysokou prevalenci užívání návykových látek, duálních diagnóz či rodinné zátěže. Pokud porovnáme výsledky z hraní s užíváním nealkoholových drog, dojdeme k závěru, že se

jedná o stejně vážné důsledky v různých oblastech života, jako jsou vztahové, sociální problémy, obrovské finanční dluhy a psychické komorbidní problémy (užívání návykových látek, deprese, pocity úzkosti, suicidiální myšlenky). Často hráči vyhledají léčbu, až když jsou v poslední debaklové fázi svého hraní. V tuto chvíli hraní zasáhlo, ovlivnilo a změnilo celý jejich život a život jejich okolí. Alarmující finanční problémy mnohdy provázejí klienta i několik let po léčbě. Tento neustálý tlak a stres zvyšují riziko relapsu a následné porušení abstinence. Délka hráčské kariéry je individuální od 0,5 roku do 40 let. K začátku hraní dochází nejčastěji ve věku kolem dvaceti let. Mezi první zkušeností s hraním hazardních her a následným přechodem k pravidelnému hraní prakticky neexistuje žádná mezifáze. Zhruba po šesti až osmi letech dochází dle výpovědí účastníků k pocíťování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se začnou léčit. Během jejich hráčské kariéry jsme se setkali s kognitivními omyly, které je v bludném kruhu udržují. Hráči preferují buď jedno herní místo, nebo více herních míst, která střídají, jsou schopni za hrou dojíždět. Při hře dochází k nadužívání tabákových výrobků, často je hra spojena i s užíváním jiných návykových látek. Ve všech škálách dotazníku PSSI skórovali respondenti signifikantně výše oproti normě. Zejména se jedná o jednu směrodatnou odchylku nad průměrem ve škálách paranoidní (PN), sebenejistý (SN), závislý (ZS), depresivní (DP) a jednu a půl směrodatnou odchylku nad průměrem ve škále borderline (BL), negativistický (NG). Dle dotazníku PSSI jsme identifikovali 4 subtypy hráčů. Celý soubor v dotazníku TCI-r průměrně skóroval skoro o jednu celou směrodatnou odchylku výše od normy populace ve škále vyhledávání nového (NS). Naopak oproti normě průměrně skóroval níže ve škálách závislost na odměně (RD), sebeřízení (SD), spolupráce (CO). Ve škálách vyhýbání se poškození (HA), perzistence (PS) a sebepřesahu (ST) se od normy neliší. V našem výběrovém souboru nacházíme 42 respondentů (32,8 %), kteří mají tendenci k poruchám osobnosti, a 16 respondentů (12,5 %), kteří mají poruchu osobnosti. Jedná se tedy o vysokou prevalenci ve výběrovém souboru, což odpovídá teoretickým předpokladům a klinickým zkušenostem z praxe. Dle dotazníku TCI-r jsme identifikovali 5 subtypů hráčů. Celý výzkumný soubor skóroval výše ve škále anxiety a avoidance oproti kontrolní skupině zdravých mužů. Na základě výzkumů se i v naší studii potvrdil vztah se škálami vyhledávání nového, sebeřízení a dotazníkem SOGS. Vztah mezi osobnostními dotazníky a ECR je silný. Projevila se souvislost mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou.

Použitá literatura:

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.

Allport, G. W.(1938). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.

Alvarez-Moya, E. M, Jiménez-Murcia, S, Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., Granero, R., Santamaría J., Menchón J.M., Fernández-Aranda, F. (2010). Subtyping Study of a Pathological Gamblers Sample. *Canadian Journal for psychiatry*, 55, 8.498-506.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* Washington, DC:Author.

Anolli, L. & Balconi, M. (2002). Adult attachment interview, thematic analysis, and communicative style in families with substance use disorder. *Psychological Reports*, 90, 279-299.

Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., & Tennen, H. (1992a). Types of alcoholics: Concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87, 1415–1431.

Babor, T. F., Hofmann, M. I., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., et al. (1992b). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicator of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599–608

Bagby, R. N., Vachon, D. D., Bulmash, E., Quilty, L.C.(2008). Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22 (2), 191–207.

Balcar K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.

Bartholomew, K., Kwong, M. J. & Hart, S. D (2001). *Attachment*. In: Livesley, J. W.(Eds.). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 196-230. New York.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality & social psychology*, 61 (2), 226-244.

Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D.M., Yen, D.M., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, Ch.A., Skodol,A.E., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T. H., Morey, L.C. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders:

Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*: 18 (2), 193-211.

Bejerot, S., Schlette, P., Ekselius, L., Adolfsson, R., Knorrning, L. (1998). Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (3), 243–249.

Benkovič, J., Mišurďová, J., & Grossman, J. (2012). Niektoré typy závislostí a ich najčastejšie psychické komorbidné poruchy. *Psychiatrie pre prax*. 13(1) 21–24.

Bergen, A. E., Newby-Clark, I. R. & Brown, A. (2012). Low trait self-control in problem gamblers: Evidence from self report and behavioural measures. *Journal of Gambling Studies*, 28(4), 637-648.

Bland, R. C., Newman, S.C., Orn, H. & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can. J. Psychiatry*, 38: 108–112.

Blaszczynski, A. (2000). On Random Musings. [online]. [Cit.24. 11. 2013]. Dostupné z <http://www.camh.net/egambling/issue2/research/index.html>

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487-499.

Blaszczynski, Z. & Steel, K. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 51–71.

Blatný, M. (2012). *Moderní teorie temperamentu*. In: Blatný, M. et al.(2012). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.

Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(6), 473–475.

Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Praha: Portál.

Bowlby, J. (2010). *Vazba:teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Brennan, K., A., Clark, C., L. &Shaver, P., R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. In:Simpson, J.A., Rholes, W.S.(Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York, 46-76.

- Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vzťahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života*. Trenčín, Vydavateľstvo F.
- Brisch, K. H. (2011b). *Poruchy vzťahové väzby. Od teórie k terapii*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zu Therapie*. Stuttgart Klett-Cotta.
- Brisch, K. H., Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Köhler, L. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchheim, A., Brisch, K. H., & Kächele, H. (1998). Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48 (3/4), 128-138.
- Burge, A. N., Pietrzak, R. H., Molina, C. A., & Petry, N. M. (2004). Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatric Services*, 55, 1437–1439.
- Buss, A. H. (1991). *The EAS theory of temperament*. In Strelau, J. & Angleitner, A. (Eds.): *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement*. New York: Plenum Press, 43-60.
- Çakırpaloğlu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Carnelly, K. & Ruscher, J. (2000). Adult attachment and exploratory behavior in leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15 (2), 153-165.
- Clarkin, J. F. (1998). Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*, 4 (4), 91-102.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-587.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4 (3), 167-226.
- Cloninger, C. R. (2003). *Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament, character, and coherence*. In Staudinger, U. M.,

- Lindenberger, U. (Eds.): understanding human development. Kluwer Academic Publishers, s. 159-182.
- Cloninger C.R. (1999). *Temperament and Character Inventory-Revised*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4(2), 266–273.
- Cloninger, C. R. (1998). *The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality*. In Silk, K. R. (Eds.): *The biology of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 63-84.
- Cloninger, R. C., & Gilligan, S. B. (1987). Neurogenetic mechanisms of learning: A phylogenetic perspective. *Journal of Psychiatric Research*, 21(4), 457–472.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 975-990.
- Cloninger, C. R. & Svrakic, D. M. (2000). *Personality disorders*. In Kaplan, H., Sadock, B. J. (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, seven edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1723-1764.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2009). *Personality disorders*. V B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins. 2197-2240.
- Cox, B. J., Yu, N., Afifi, T. O. & Ladouceur, R. (2003). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal Psychiatry*, 50 (4), 213-217.
- Colins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B. & Feeny, C. B. (2004). *Working model of attachment: New developments and emerging Themes*. In: Rholes, W. S., Simpson, A. (Eds). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. 196-239. New York.
- Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P., Lejčková, P. (2003). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Česká republika. Přehled hlavních výsledků. Zpráva pro tisk. Psychiatrické centrum Praha.

Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2009). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v r. 2007*. Úřad vlády České republiky.

Cunningham-Williams, Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16 (4), 347–376.

Cunningham-Williams, Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis epidemiological catchment area study. *American Journal of Public Health*, 88 (7), 1093–1096.

Custer, R. L. & Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out*. Facts on File. New York.

ČSÚ (2013). Sčítání lidu, domů a bytů 2011. Obyvatelstvo ve věku 15 a více let podle nejvyššího ukončeného vzdělání, věku, pohlaví a národnosti. [online] [cit, 27. 8. 2013] dostupné z <http://vdb.czso.cz/sldbvo>

Dickerson, M. G. (2006). *Gambling as an Addictive Behaviour: Impaired Control, Harm Minimisation, Treatment and Prevention*. International research monographs in the addictions. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Dinwiddie, S. H., Reich, T. & Cloninger, C. R. (1992). Psychiatric comorbidity and suicidality among intravenous drug users. *Journal Clinic Psychiatry*, 53 (10), 364-369.

Diskin, K. & Hodgins, D. C. (2001). Narrowed focus and dissociative experiences in a community sample of experienced video lottery gamblers. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33 (1), 58-64.

Doiron, J. P., Mazer, D. B. (2001). Gambling With Video Lottery Terminals. *Qualitative Health Research*. 11 (5), 631-646.

Dornes, M. (1997). *Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie*. In: Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (Eds.). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart.

Echeburua, E. & Fernandez-Montalvo, J. (2008). Are there more personality disorders in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 53-64.

Faldyna, Z. (2006). *Specifické poruchy osobnosti*. 177-191. In: Bouček a kol. (2006). Speciální psychiatrie. UP v Olomouci. Lékařská fakulta. Olomouc

- Feeny, J. A. (1999). *Adult romantic attachment and couple relationships*. In: Casidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 355-377. New York.
- Fernandez-Montalvo, Echeburua, F. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5), 500–505.
- Fink, E.(1960). *Spiel als Weltsymbol*. Stuttgart.
- Fink, E.(1957). *Oase des Glücks, Gedanken zu einer Ontologie des Spiels*. München.
- Fisher, P. A., Gunnar, M.R., Dozier, M., Bruce, J., Pears, K.C. (2006). *Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment and stress regulatory neural systems*. In: Lester, B, M., Masten, A., McEven, B. (Eds.). *Resilience in children*. Annals of the New York Academy of Sciences. 1094, Boston, Blackwell. 215-234.
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Schmit, D., & Weizmann, A. (2001). *Attachment styles in physically abused and neglect children*. *J Youth Adolescent*, 30 (4), 769-786.
- Flores, P. J. (2001). *Addiction as an attachment disorder*, 51 (1), 63-81.
- Fonagy, P. (2003). *Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen*. In: Fonagy, P. & Target, M. (Eds.). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Giessen. Psychosozial- Verlag.
- Fonagy, P. Steele, M., Steele, H., Kennedy, G., Matton, M., Target, M. Gerber, A. (1996). *Attachment, the reflective self and borderline states. The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*. In: Goldberg, S., Muir, R, Kerr, J. (Eds). *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives*. 233-278. New York.
- Fonagy, P. & Tallandini, M. (1993). *On some problems of psychoanalytic research in practice*. *Bull Anna Freud Centre*, 16, 5-22.
- Frouzová, M. (2008). *Závislost na procesech* 237-251. In Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- Frouzová, M. (2003b). *Gambleři a gambling*. In Kalina, K. a kol. (2003b). *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- Gerstein D.R., Volberg R.A., Toce M.T., Harwood, H., Palmer, A., Johnson, R., Larison, C., Chuchro, L., Buie, T., Engelman, L. & Hill, M.A. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago: National Opinion Research Center.
- González-Ibáñez A, Aymami MN, Jiménez S, Domenech, J. M.; Granero, R.; Lourido-Ferreira, M. R. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychological Reports*. 93 (3), 707-716.
- Grant, J. E. & Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal Clinical Psychiatry*. 62 (12). 957-962.
- Grant, J. E., Kim, S.W., Odlaug, B.L., Buchanana, S.N., Potenza, M.N. (2009). Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *Journal Psychiatric Research*. 43 (4). 380-387.
- Griffiths, M. (2009). *Přehled problémového hráčství v Evropě*. Úřad vlády ČR. Překlad: Jiří Bareš.
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1998). An empirical examination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 17-49.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hogrefe, Testcentrum (2014). PSSI. [online]. [Cit. 7. 4. 2014]. Dostupné z <http://www.testcentrum.com/testy/pssi/hts>
- Hirsch, M. (1989). *Der eigene Körper als Objekt. Zur psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Heidelberg. Springer.
- Holeček, V., Miňhová, J. & Prunner, P. (2003). *Psychologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Hraba, J., & Lee, G. (1995). Problem gambling and policy advice: The mutability and relative effects of structural associational and attitudinal variables. *Journal of Gambling Studies*, 11, 105-121.
- Hrůzová, D. (2014). Popis specializované léčby. [online]. Emailová komunikace. 9.6. 2014. 13:02
- Charvát, M. Lečbych, M. & Seitl, M. (2014). *Metodika aplikace ECR: Interní materiál Katedry psychologie FF UP*. Nепublikováno.

- Ibanez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (3), 295–301.
- Janiri, L., Martinotti, G., Dario, T., Schifano, F., Bria, P. (2007). The Gamblers' Temperament and Character Inventory (TCI) Personality Profile. *Substance Use and Misuse*. 42 (6). 975-984.
- Jime'nez-Murcia, S., 'lvarez-Moya, E.M.A, Stinchfield, R., Ferna'ndez-Aranda, F., Granero, R., Aymami, N., Go'mez-Pe'ña, M., Jaurrieta, N., Bove, F., Mencho'n, J.,M. (2010). Age of Onset in Pathological Gambling: Clinical, Therapeutic and Personality Correlates. *Journal Gambling Study*, 26 (2). 235–248.
- Johansson, A. & Gotestam, K. G.(2003). Gambling and problematic gambling with money among Norwegian youth (12–18 years). *Nord J. Psychiatry*, 57 (4), 317–321.
- Johansson, A., Grant, J.E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. & Gotestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25 (1), 67-92.
- Kagan, J. (1989). Temperament contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44. 668-674.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kasal, I. (1999). *Výherní automaty - Průmysl i zábava*. Praha: Sazka.
- Kausch,O., Ruggle, L., & Rowland,D. Y. (2006). Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. *American Journal on Addictions*, 15, 35–43.
- Kessler, R. C., Hwang, I., Labrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C. (2008). DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38(9),1351–1360.
- Kožený, J. & Höschl, C. (1999). The temperament and character inventory: Psychometric integrity of the Czech version. *Studia Psychologica*, 41, 123-132.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation in psychopathology. In Philippot, P. Feldman, R. S. (Eds.). *The Regulation of Emotion*. 359-386. New York.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2002). *Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.

- Kunzke, D., Strauss, B. & Burtscheidt, W. (2002). *Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen und Bindungsstörungen für die Entstehung und Psychotherapie des Alkoholismus: eine Literaturübersicht*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50 (1), 173-194.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Ladd, G. T., Molina, C. A., Kerins, G. J. & Petry, N. M. (2003). Gambling participation and problems among older adults. *Journal Geriatr Psychiatry Neurology*. 16 (3). 172-177.
- Ladd, G., & Petry, N. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11 (3), 202–209.
- Lamott, F. (2005). Trauma und Sucht. Bindung und Drogenabhängigkeit von Frauen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (3), 57-68.
- Lamott, F. & Pfäfflin, F. (2008). *Bindung, Psychopathologie und Delinquenz*. In: Strauss, B. (Eds.). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Larsen, J. R., & Buss, M. D. (2010). *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature. Fourth Edition*. New York: The McGraw Hill Companies.
- Lečbych, M. (2013). Kritická úvaha o konceptu závislosti na internetu. *Adiktologie*. 13(1). 54-60.
- Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*. 6 (3). 1-11.
- Leggio, L., Kenna, G. A., Fenton, M., Bonenfant, E., & Swift, R. M. (2009). Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychology Review*, 19, 115–129.
- Lesieur, H. R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 144 (9): 1184-1188.
- Lesieur, H. R. & Custer, R.L. (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the Academy of Political and Social Science*, 474 (1), 146–156.

- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L. & Jackson, D. N. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal Personality Disorder*, 4 (2), 131-140.
- Lyddon, W. J. & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theoretical conceptualization of personality disorders. *Journal Couns Develop*, 79 (4), 405-414.
- Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., & Potenza, M. N. (2004). Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1116–1122.
- Maierová, E. (2012). Patologické hráčství na herních automatech v České republice. *Adiktologie*, 12 (4), 334-343.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mivoský, M. (2014a). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, 14(1). 30-41.
- Maierová, E., Charvát, M. & Mivoský, M. (2014b). Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro dg. F 63.0 patologické hráčství. *Česká a slovenská psychiatrie*. V tisku.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Triton.
- McCormick, J., Delfabbro, P., & Denson, L. A. (2012). Psychological vulnerability and problem gambling: An applicatio od Durand Jacob's general theory od addictions to electronic gaming machine playing in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 28 (4), 665-690.
- McGrath, D. S. & Barrett, S. P. (2009). The comorbidity of tobacco smoking and gambling:a review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 28 (6), 676-681.
- Meyer G. (1991). Classification of gamblers from self-help groups using cluster analysis. *Klinische Psychologie Psychopathologie und Psychotherapie*. 39 (3). 261-272.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (1993). *Gluckspiel*. Berlin: Springer-Verlag.
- Meyer, G., Hayer, T. & Griffiths, M. (2009b). *Problem Gambling in Europe. Challenges, Preventions, and Interventions*. New York: Springer.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J., Heape, C. (2001). Attachment styles personality disorders as predictors of treatment response. *Journal Personality Disorder*, 15 (5), 371-389.

Meyer, B. & Pilkonis, P. A. (2005). *An attachment model of personality disorder*. In Clarkin, J. F. & Lenzenweger, M. F. (Eds.). *Major theories of personality disorder*. 231-281. New York.

Meyer, B. & Pilkonis, P. A. (2008). *Bindungstheorie und Persönlichkeitstörungen: konzeptuelle Zusammenhänge, empirische Ergebnisse und Behandlungsimplication*. In Strauss, B. *Bindung und Psychopathologie*. 212-247. Klett-Cotta.

Meyer, D. S. F., Aufrere, L., Martin-Soelch, C., Simon, O., Rossier, J. (2005). Temperament and character in a Swiss sample of patients diagnosed with pathological gambling disorder: A preliminary investigation [online]. Citováno z <http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2005/ressources/de-stadelhofen.pdf>. Citováno 22. 4. 2014. Datum poslední aktualizace neuvedeno.

Meyer, G. & Stadler, M. A. (1999). Criminal Behavior Associated with Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15 (1), 29-43.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation Emotion*, 27 (2), 77-102.

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

Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*. The Guilford Press. New York.

Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York.

Milosevic, A. & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30 (8), 988-998.

MKN (2011). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. aktualizované vydání*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha.

Morasco, B. J. & Petry, N. M. (2006). Gambling problems and health functioning in individuals receiving disability. *Disabil Rehabil*, 28 (10), 619-623.

- Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., Ziegler, A., Kocarevová, V. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mulder, R. G. & Joyce, P. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*. 27 (1). 99–106.
- Nábělek, L., Vongrej, J. & Lóšková, R. (1997). Suicidialita pri syndróme patologického hráčstva. *Česká a slovenská psychiatrie*. roč. 93, č. 2, s. 75-80.
- Nábělek, L., Gromová, S. & Vongrej, J. (2000). Demografický profil hospitalizovaných patologických hráčův. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholní obzor)*, 35, 4-5. s. 241-249.
- Nechanská, B. (2013). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2004-2012: Aktuální informace 50*. Praha: ÚZIS. [online]. [cit.9.4.2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/patologicke-hracstvi>
- Nešpor, K. (1996). *Jak překonat problém s hazardní hrou*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K. (2011). *Jak překonat hazard*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2005). Kolik je v České republice patologických hráčů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101 (8), 433-435.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 3.dopl a opravené vydání.
- Nešpor, K. (2006). *Už jsem prohrál dost*. Praha, Sportpropag.
- Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O. & Mráčková, E. (2003). Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99 (1), 16-22.
- Nešpor, K. & Scheansová, A. (2008). Hazardní hry a pracovní prostředí. *Adiktologie*. 8(4). 350-352.

- Nordin, C. & Nylander, P. O. (2007). Temperament and Character in Pathological Gambling. *Journal Gambling Studies*, 23 (2), 113-120.
- Nower, L., Derevensky, J. L. & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation-seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), 49–55
- Obegi, J. H., Berant, E. (2009). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. The Guilford Press. New York.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42 (6), 482-487
- Pavelka, J. (2012). *Výherní automaty, jednoruký bandita, video-loterijní terminály (VLT)*. [online]. [Cit. 20. 8. 2012]. Dostupné z <http://www.hazardni-hry.eu/automaty/vyherni-automaty-jednoruky-bandita-vlt.html> datum poslední aktualizace neuvedeno.
- Pavelka, J. (2012). *Pravděpodobnost, šance a štěstí u hazardních, kasinových her*. [online]. [Cit. 31. 8. 2012]. Dostupné z <http://www.hazardnihry.eu/pravdepodobnost/pravdepodobnost-sance-stesti.html>
- Petry, N. & Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (2), 226–229.
- Petry, N. M, Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564–574.
- Pietrzak, R. H., Petry, N.M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug, and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100 (8), 1183–1193.
- Pietrzak, R. H., Ladd, G. T. & Petry, N. M. (2003). Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Paediatr Drugs*, 5 (9), 583–595.
- Pincus, A. & Wiggins, J. S. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal Personality Disorder*, 4 (4), 342-352.

- Pokorný, V., Telcová, J. & Tomko, A. (2002). *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 363(1507). 3181–3189.
- Praško, J. et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Preiss, M. (nedatováno). *Cloningerův inventář temperamentu a charakteru*. Pracovní překlad pro interní účely. Psychiatrické centrum Praha.
- Preiss, M. (2000). Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe. *Psychiatrie*, 4 (1), 43-45.
- Preiss, M. & Klose, J. (2001). Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie*, 5 (4), s. 226-231.
- Preiss, M., Klose, J. & Španiel, F. (2000). Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie*, 4 (4). 251-254.
- Preiss, M., Kuchařová, J., Novák, T., Štěpánková, H. (2007). The temperament and character inventory- revised (TCI-r): A psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatria Danubina*, 19 (1-2). 27–34.
- Preiss, M., Novák, T., Klose, J., Šamánková, D., Březinová, K., & Štěpánková, H. (2006). Ovlivňování výsledku vyšetření osobnosti: výsledky dotazníku temperamentu a charakteru. *Československá psychologie*. 50 (3), 251–261.
- Prokeš, B. (2014). Popis specializované léčby. [online]. Emailová komunikace. 8. 6. 2014. 07:41
- Prunner, P. (2008). *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Reilly, CH. & Smith, N. (2013). The Evolving Definition of Pathological Gambling in the DSM-5. [online] Staženo z http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf Citováno dne 26.4.2014.
- Rogers, P. (1998). The cognitive psychology of lottery gambling: a theoretical review. *Journal Gambling Study*, 14 (2). 111-134.

Rosenstein, D. & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *J Clin Cons psychol*, 64 (2), 244-253.

Rossow, I., & Hansen, M. (2008). Gambling and suicidal behaviour. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 128(2),174-6. [online], [Cit.8.8.2012], from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18202728>

Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.

Řezáčová, L., Salivar, L. & Vlasáková, M. (2011). *Hazard provozovaný na hracích automatech doporučení pro tvorbu politiky*. Praha: Univerzita Karlova, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky.

Sacco, P., Cunningham-Williams, R. M., Ostmann, E., Spitznagel, E.L.(2008). The association between gambling pathology and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (13), 1122–1130.

Salivar, L., Vlasáková, M. (2011). *Hazard provozovaný na hracích automatech*. Studie projektu OPPA (CZ.2.17/3.1.00/31197) Od praxe k teorii a zpět: inovace magisterského a doktorského studijního oboru Veřejná a sociální politika. Praha, Univerzita Karlova, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky

Savron, G., De Luca, R. & Pitti, P. (2008). Group therapy with Pathological Gamblers: results during 6, 12, 18 months of treatment. [online]. Citováno 22. 4. 2014. Dostupné z http://www.sosazzardo.it/articoliPDF/RS_GroupTherapyPG.pdf Relation introduced at the 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues Putting all the Pieces Together. Nova Gorica (SLO), 02-07-2008

Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Bilt, V., J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada:A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1369–1376.

Shaver, P. R., Mikulincer, M. (2004). *What do self-report attachment measures assess?* In: Rholes, W. S., Simpson, J. A. (Eds). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. 17-54. New York.

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

- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 769-775.
- Smékal, V.(2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
- Soukup, P. (2013). Věcná významnost výsledků a její možnosti měření. *Data a výzkum – SDA Info*, 127 (2): 125-148.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A.K.& Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 11. 1-13.
- Strauss, B., Kirchmann, H., Lobo-Drost, A., Oberhofer, A., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K., P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H., Höger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multi site study. *Psychotherapy Res.* 16 (15), 573-587.
- Stinchfield, R. (2000). Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. *Journal of Gambling Studies*, 16, 153–173.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189–195.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50 (12), 991–999.
- Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*, 4 (2), 161-164.
- Šulcová, I. (2009). *Vývoj residence v dětství a dospělosti*. Praha:Grada Publishing.
- Tashakkori, A. & Teddlie, Ch. (1998). Mixed Methodology. *Applied Social Research Methods Series*, Volume 46. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beities, F., & Gentil,V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, 151–159.
- Templer, D. I., Kaiser, G. & Siscoe, K. (1993). Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (5), 347–351.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (1992). Geneva:WHO.

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

Tirachaimongkol, L. C., Jackson, A.C., Tomnay, J.E. (2010). Pathways to problem gambling in seniors. *Journal Gerontol Social Work*. 53 (6). 531-546.

Toce-Gerstein M, Gerstein D. R. & Volberg R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*. 98 (12), 1661-1672.

Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse*. 34 (11). 1593-1604.

Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Individual characteristics and problem gambling behaviour. In G. Smith, D. C. Hodgins R. & Williams, R. (Eds). *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*, 279-303. New York: Elsevier.

Trubka, D. (2014). Popis specializované léčby. [online]. Emailová komunikace. 4. 6. 2014. 13:09

Turchi, R. M., & Derevensky, J. L. (2009). Youth gambling: Not a safe bet. *Current Opinion in Pediatrics*, 18 (4), 454–458.

Úřad vlády ČR (2013). Vláda podpoří léčbu patologických hráčů. Tisková zpráva. Praha 4.9.2013

Vacek, J. (1992). Hráčská náruživost. *Československá psychiatrie*, 88, 3-4. 170.

Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Vlasáková, M. Řezáčová, L. & Salivar, L. (2010). *Narůstající objem hazardu v ČR na příkladu VHP a LVT*. Semestrální práce. Praha, Univerzita Karlova, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky.

Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237–241.

Wiebe, J. M. D. & Cox, B. J. (2001). A Profile of Canadian Adults Seeking Treatment for Gambling Problems and Comparisons With Adults Entering an Alcohol Treatment Program. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 46 Issue 5, 418-421.

Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders. *Journal of Personality Disorder*, 7 (Suppl), 44-62.

Welte, J. W., Barnes, G. M., Wiczorek, W.F., Tidwell, M.C. & Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among US adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (5), 706–712.

Wheeler, S. A., Round, D. K., Sarre, R. & O'Neil, M. (2008). The influence of gaming expenditure on crime rates in South Australia: a local area empirical investigation. *Journal Gambling Studies*, 24 (1), 1-12.

Wieland, D. (2005). Computer addiction: Implications for nursing psychotherapy practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (4), 153-161.

Winnicott, D. (1998). *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Seznam příloh

Příloha č. 1. Anotace disertační práce

Příloha č. 2. Seznam tabulek

Příloha č. 3. Seznam grafů

Příloha č. 4. Seznam obrázků

Příloha č. 5. Informovaný souhlas

Příloha č. 6. Otázky interview

Příloha č. 1. Anotace disertační práce

Název práce: Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů

Autor: PhDr. Eva Maierová

Školitel: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Název katedry: Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Počet stran: 177

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 215

Abstrakt:

Východiska: V České republice doposud chybí ucelená výzkumná studie o konsekvencích hráčských kariér, která by popisovala cílovou populaci hráčů se zaměřením na jejich rizikové osobnostní rysy či jinou komorbiditu, jako je například narušená vztahová vazba nebo poruchy osobnosti. V současné době se většina ambulantních i pobytových léčebných zařízení s touto klientelou setkává, přičemž odborníci mohou čerpat jen z omezeného množství informací, které mohou uplatnit při léčbě patologického hráčství. **Cíle:** Disertační práce se zaměřuje zejména na psychologický aspekt samotných hráčů, tj. popis struktury osobnosti léčených patologických hráčů na základě koncepce interakcí systémů osobnosti J. Kuhla a též z pohledu modelu osobnosti podle C. R. Cloningera. Další cíle se zaměřují na to, jak se osobnost hráčů liší od normální populace, jaké nejčastější osobnostní profily či poruchy jsou u hráčů zastoupeny. Neopomíjíme ani konsekvence hráčských kariér a jejich dopady. **Metody:** dotazníky SOGS, PSSI, TCI-r, ECR, polo-strukturované interview. **Soubor:** Soubor tvoří 147 klientů léčených pro diagnózu F 63.0 patologické hráčství, hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. Rozhovoru se účastnilo celkem 139 z nich. **Výsledky a závěry:** Soubor vychází ve srovnání s obecnou populací v mnoha ohledech jako problematičtější s vyšším výskytem různých rizikových faktorů či psychiatrickou komorbiditou. Jedná se např. o vysokou prevalenci užívání návykových látek, duálních diagnóz, rodinné zátěže či rizikové pracovní pozice, objevuje se rovněž zvýšená míra invalidizace. Projevila se souvislost mezi poruchami osobnosti a vztahovou vazbou u patologických hráčů.

Klíčová slova: poruchy osobnosti, vztahová vazba, osobnostní charakteristiky, temperament, patologické hráčství, hráčské kariéry

Title: Personality disorders and attachment in pathological gamblers
Author: PhDr. Eva Maierová
Supervisor: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
Department: Department of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University Olomouc
Number of pages: 177
Number of appendices: 6
Number of references:215

Abstract:

Background: So far, the Czech academic community lacks a comprehensive study of the consequences of gambling careers, which would analyze risk factors in personality or other comorbidity, such as attachment or personality disorders in pathological gamblers. Although most outpatient and inpatient hospitals treat such clients, information available to doctors remains limited. **Objectives:** This thesis analyses the psychological aspect of gamblers, particularly the personality structure of pathological gamblers, using Kuhl's concept of system interactions, as well as Cloninger's personality model. We also compare gamblers' personalities with average population and identify personality profiles and disorders most commonly represented in pathological gamblers. Consequences of gamblers' careers are also explored. **Methods:** Data was collected with the SOGS, PSSI, TCI-r and ECR questionnaires. Semi-structured interviews were also conducted. **Sample:** The research included 147 patients diagnosed with the F 63.0 diagnosis of pathological gambling, hospitalized in psychiatric wards. 139 of them were interviewed. **Results and conclusion:** Compared to average population, the sample demonstrated higher prevalence of risk factors or psychiatric comorbidity, such as high rate us drug addiction, dual diagnoses, family issues, uncertain job, or increased rate of disablement. The research identified a correlation between personality disorders and attachment in pathological gamblers.

Keywords: personality disorders, attachment, personality traits, temper, pathological gamblers, gambling careers

Příloha č. 2. Seznam tabulek

- Tab. č. 1. Čtyři základní mozkové systémy ovlivňující způsob reagování na specifický podnět (Cloninger & Gilligan, 1987; Cloninger, 1994, Cloninger & Svrakic, 2009)
- Tab. č. 2. Popis dimenzí temperamentu a charakteru dle (Cloninger et al., 1994)
- Tab. č. 3. Temperamentové typy na základě vysokých nebo nízkých temperamentových dimenzí podle Cloningera (1994)
- Tab. č. 4. Charakterové typy na základě vysokých nebo nízkých charakterových dimenzí podle Cloningera (1994)
- Tab. č. 5. Rozložení patologických hráčů dle trvalého bydliště
- Tab. č. 6. Seznam individuálních stylů, odpovídající jednostrannosti a poruchy osobnosti v dotazníku PSSI (Kuhl & Kazén, 2002)
- Tab. č. 7. Přehled škál a fazet dotazníku TCI-r (Cloninger, 1999; Preiss, nedat.)
- Tab. č. 8. Nejvyšší dokončené vzdělání
- Tab. č. 9. Rozdělení her, které hráči aktivně provozovali za svoji hráčskou kariéru, dle dotazníku SOGS (součty řádků N = 147)
- Tab. č. 10. Užívání návykových látek u souboru hazardních hráčů (N=139)
- Tab. č. 11 Užívání sledovaných drog muži ve věku 15–64 let v obecné populaci ČR. Zdroj: (Mravčík et al., 2012)
- Tab. č. 12. Výsledky testování hypotéz, zda se liší výběrový soubor od normy ve všech škálách PSSI a zda jsou výsledky klinicky významné
- Tab. č. 13. Výsledky testování hypotéz, zda se liší soubor od normy v TCI-r a zda jsou výsledky klinicky významné
- Tab. č. 14 Přehled výběrového souboru z hlediska poruch osobnosti (N=128)
- Tab. č. 15. Popis kontrolního souboru z hlediska věku
- Tab. č. 16. Výsledky ECR u sledovaného souboru hráčů
- Tab. č. 17. Testy homogenity rozptylů porovnávaných souborů hráčů a kontrolní skupiny
- Tab. č. 18. Výsledky testování hypotéz, zda se liší soubor od kontrolní skupiny a klinická významnost tohoto rozdílu
- Tab. č. 19. Výsledky Pearsonových korelací PSSI a SOGS
- Tab. č. 20. Výsledky Pearsonových korelací TCI-r a SOGS
- Tab. č. 21. Výsledky Pearsonových korelací ECR a SOGS
- Tab. č. 22. Výsledky Pearsonových korelací PSSI a ECR
- Tab. č. 23. Výsledky Pearsonových korelací TCI-r a ECR

Příloha č. 3. Seznam grafů

Graf. č. 1. Histogram věku participantů v souboru

Graf č. 2. Výsledky dotazníku PSSI pro celý výzkumný soubor (144 respondentů)

Graf č. 3. TCI-r srovnání s normou populace (z-skóry)

Graf č. 4. Průměrné hodnoty škály avoidance kontrolního souboru a souboru patologických hráčů

Graf č. 5. Průměrné hodnoty škály anxiety kontrolního souboru a souboru patologických hráčů

Graf. č. 6. Bodový graf hrubého skóru SOGS a sebeřízení

Graf č. 7. Bodový graf hrubého skóru SOGS a vyhledávání nového

Graf č. 8. Bodový graf škál ECR a PSSI

Graf č. 9. Bodový graf ECR se shluky TCI-r

Graf č. 10. Bodový graf dotazníku ECR s poruchami osobnosti z TCI-r

Příloha č. 4. Seznam obrázků

Obr. č. 1. Model poruch osobnosti v Cloningerově teorii (Cloninger & Svrakic, 2009)

Obr. č. 2. Vztahový rámec (Brennan et al., 1998)

Obr. č. 3. Klasifikace vazby a poruch osobnosti dle DSM IV (Brennan, Clark & Shaver, 1998)

Obr. č. 4. Krabicové grafy znázorňující střední hodnoty a rozložení věku u klíčových momentů rozvoje hráčské kariéry (N=139)

Obr. č. 5. Grafické znázornění jednotlivých fází hraní od bodu „nula“, tj. první zkušenosti, až po nástup do léčby (konec sloupečku) u skupiny prvoléčených, včetně tabulky s klíčovými časovými parametry obou skupin

Obr. č. 6. Grafické znázornění jednotlivých fází hraní od bodu „nula“, tj. první zkušenosti, až po nástup do léčby (konec sloupečku) u skupiny opakovaně léčených

Obr. č. 7. Četnosti participantů, kteří v rozhovoru uvedli nějaké komplikace, okolnosti či důsledky spojené s hraním (N=139); LTP = Life Time Prevalence, tj. celoživotní prevalence

Obr. č. 8. Největší obnos peněz vložený do hry během jednoho dne (z dotazníku SOGS); četnosti participantů v jednotlivých intervalech (N=147)

Obr. č. 9. Využívané finanční zdroje ke hře a k placení herních dluhů (z dotazníku SOGS); absolutní četnosti (N=147)

Obr. č. 10. Cluster analýza PSSI

Obr. č. 11. Profily shluků dle průměru škál v PSSI

Obr. č. 12. Cluster analýza TCI-r

Obr. č. 13. Profily shluků dle průměru škál v TCI-r

Příloha č. 5. Informovaný souhlas

Anonymní kód:

Vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o účast ve výzkumném projektu. Jmenuji se Eva Maierová a jsem studentkou doktorského studia na Katedře psychologie v Olomouci, ve své praxi se věnuji oblasti hazardního hráčství. Pracuji jako psycholožka v ambulanci, která poskytuje ambulantní léčbu pro hazardní hráče/čky a osoby jim blízké.

Ve své práci bych ráda zmapovala typy osobnosti hráčů, dále to, jak se cítíte ve vztazích v souvislosti s hráčstvím. Výzkumné metody tvoří čtyři dotazníky. Otázky ohledně vztahů se týkají toho, jak se obecně cítíte ve vztazích (romantických, přátelských, s rodinnými příslušníky aj.). Otázky v dotaznících o osobnosti se týkají Vaší osobnosti. Jedná se o sebezposuzovací škály. Na otázky v dotaznících neexistuje univerzální správná odpověď. Pouze ta Vaše odpověď je správná. Vaše účast ve výzkumu **je zcela anonymní**. Nebudu pracovat s Vašimi osobními údaji. Výsledky dotazníků budu zpracovávat skupinově. Na dotazníky bude následně navazovat rozhovor, který je rovněž **anonymní**.

Jedná se o jedinečný výzkum, a pokud se zapojíte, budu velmi ráda. Výsledky mohou přispět ke zlepšení práce/léčby s lidmi, kteří mají problém s hazardní hrou. Zároveň mohou vést ke zmapování této oblasti v souvislosti výše zmíněných specifík.

Účast ve výzkumu je **dobrovolná**. Jako účastník projektu **máte právo** kdykoliv od výzkumu **odstoupit**.

Pokud souhlasíte se zapojením do výzkumu, prosím, podepište níže uvedené prohlášení. Souhlasím, s anonymní účastí ve výzkumu zabývajícím se patologickým hráčstvím, vztahovou vazbou a styly osobnosti.

Datum:

Podpis účastníka výzkumu:

Autorka práce (PhDr. Eva Maierová) **se zavazuje**, že zjištěné informace nezneužije, dodrží anonymitu a etické aspekty práce.

Datum: 11. 6. 2013

Podpis:.....

Ráda bych v budoucnu v této výzkumné práci pokračovala. Proto bych Vás chtěla požádat, pokud byste souhlasil s možností, že bych Vás mohla v budoucnu kontaktovat. Pokud ano, prosím, napište mi na sebe kontakt.

Email:

Telefon:

Velmi Vám děkuji za Váš čas a ochotu

PhDr. Eva Maierová

Katedra psychologie

Křížkovského 8, Olomouc, eva.maierova@upol.cz, +420776057965

Příloha č. 6. Otázky interview

Anonymní kód:

Typ zařízení/oddělení:

Datum přijetí:

Datum rozhovoru:

Kraj, odkud klient pochází:

Město/okres, ve kterém klient žije:

Věk:

1. Problematika hraní

- 1.1.** Jak dlouho hraje?
- 1.2.** Jak dlouho pocítujete problém s hraním?
- 1.3.** Kolik vám bylo, když jste začal hrát, s kým jste poprvé hrál?
- 1.4.** Co je impulzem ke hře?
- 1.5.** Jak často hraje?
- 1.6.** Jaký druh hraní preferujete?
- 1.7.** Hraje v místě bydliště, nebo za hrou dojíždíte?
- 1.8.** Zdroj příjmů ke hře?
- 1.9.** Jaká je výše prohraných peněz?
- 1.10.** Jaká byla nejvyšší vyhraná částka?
- 1.11.** Dlužíte kvůli hře peníze? Popř. kolik?
- 1.12.** Dostal jste se kvůli hraní do konfliktu se zákonem?
- 1.13.** Preferoval jste jednu hru/casino/místo, kde jste hrál?
- 1.14.** Léčil jste se kvůli hraní? Kde? Jak dlouho?
- 1.15.** Když jste hrál, pil jste předtím nebo přitom alkohol?
- 1.16.** Když jste hrál, kouřil jste předtím nebo přitom tabákové výrobky?

- 1.17. Věděl někdo o tom, že hrajete?
- 1.18. Za jak dlouho a jak se to dozvěděli?
- 1.19. Měl jste kvůli tomu problémy ve vztazích?
- 1.20. Byla rodina kvůli vašemu hraní někde v poradně nebo u odborníka?
- 1.21. Jaký byl poslední impulz/důvod, že jste nastoupil do léčby?

	Droga	Aplikace	Četnost užívání	První užití/věk	První i. v. užití/věk	Způsob prvního užití
První legální droga						
První nelegální droga						
Primární droga						
Ostatní drogy						
Alkohol						
Tabák						

Aplikace: injekčně do žíly, inj. do svalu, ústně, šňupáním, kouřením, inhalací rozpouštědel, nesledováno

Četnost: méně než 3x měsíčně, 1x týdně, víkendově, obden, denně, 2–3x denně, více než 3x denně, neužita v posledním 1, 3 nebo 6 měsících, neužita déle než 6 měsíců, nesledováno

2. Zdravotní stav

- 2.1. Máte nějaké tělesné obtíže? Popř. jaké?
- 2.2. Máte trvalé zdravotní obtíže, které vám komplikují život?
- 2.3. Měl jste někdy žloutenku?
- 2.4. Máte invalidní důchod kvůli tělesné nemoci?

3. Práce, zdroj obživy

- 3.1. Nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3.2. Jaké povolání vykonáváte?

3.3. Kolik lidí a kdo na vás závisí, pokud jde o výživu, bydlení?

3.4. Byl jste někdy nezaměstnaný, jak dlouho?

4. Rodinná anamnéza

4.1. Měl někdo z vaší rodiny či příbuzenstva problém, týkající se pití alkoholu nebo užívání drog nebo nějaký psychiatrický problém?

4.2. Jste ženatý/máte přítelkyni?

4.3. Máte děti?

4.4. S kým jste bydlel před nástupem do léčebny?

4.5. Jaké současné vztahy s rodinou máte?

4.6. Byla období, kdy jste měl těžké problémy ve vztahu?

4.7. Ublížil vám někdo citově, tělesně, nebo sexuálně?

4.8. Jakou jste měl výchovu v rodině?

4.9. Měl jste blíže k matce, nebo otci, či jinému příbuznému?

5. Psychický stav

5.1. Kolikrát jste se léčil pro psychiatrické (duševní) obtíže?

5.2. Máte invalidní důchod pro psychickou poruchu?

5.3. Měl jste někdy období, kdy jste měl depresi?

5.4. Měl jste někdy období, kdy jste měl stavy úzkosti? Kdy, v jaké souvislosti?

5.5. Měl jste někdy období, kdy jste měl halucinace, slyšel jste hlasy? Kdy, v jaké souvislosti?

5.6. Měl jste někdy období, kdy jste měl předepsané psychiatrické léky? Kdy, v jaké souvislosti? Jaké?

5.7. Měl jste někdy období, kdy jste měl myšlenky na sebevraždu? Kdy, v jaké souvislosti?

5.8. Měl jste někdy období, kdy jste měl sebevražedný pokus? Kdy, v jaké souvislosti?