

PRŮBĚH A NÁSLEDKY HRÁČSKÝCH KARIÉR U MUŽSKÝCH PACIENTŮ HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNICÍCH PRO DIAGNÓZU F 63.0 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

původní práce

Eva Maierová¹
Miroslav Charvát¹
Michal Mioviský²

¹Katedra psychologie,
Filozofická fakulta,
Univerzita Palackého v Olomouci

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

Kontaktní adresa:

PhDr. Eva Maierová
Katedra psychologie FF UP
Křížkovského 8
779 00 Olomouc
e-mail: Maierovaeva@seznam.cz

Tento text vznikl v rámci programu
institucionální podpory vědy číslo
PřVOUK-P03/LF1/9.

SOUHRN

Maierová E, Charvát M, Mioviský M. Průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích pro diagnózu F 63.0 patologické hráčství

Východiska: Problémové hraní a následný rozvoj patologického hráčství mají u mužů výrazný negativní vliv na klíčové oblasti života, z nichž mnohé jsou relevantní pro diagnostiku a preventivně-léčebnou péči. Je proto žádoucí lépe porozumět jednotlivým fázím hráčských kariér a jejich následkům. **Cíle:** Cílem studie bylo popsat fáze hráčských kariér a jejich dopady z klinického, sociálního, ekonomického i časového hlediska. **Metody:** Dotazník SOGS, polostrukturované interview. **Soubor:** Soubor tvořilo 147 pacientů-mužů léčených pro diagnózu F 63.0 patologické hráčství v psychiatrických nemocnicích Bohnice, Kroměříž a Opava. Interview se účastnilo 139 pacientů, dotazník SOGS vyplnilo 147 pacientů. **Výsledky:** 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 pra-

SUMMARY

Maierová E, Charvát M, Mioviský M. The lifecycle and consequences of gambling on male patients treated in residential care all diagnosed with symptoms of pathological gambling

Background: Problem gambling among men and their subsequent progression to pathological gambling has a significant negative impact on the key areas of their life, many of which are relevant to the initial diagnostic and subsequent treatment process. There is great deal of relevant published literature and current research supporting this view. **Objectives:** The aim of this study is to describe the key stages of gamblers' lifecycle and the associated consequences from clinical, social, economic and time perspective. **Methods:** South Oaks Gambling Screen (SOGS) questionnaire and semi-structured interviews were used. **Sample:** The sample audience consists of 147 men living in residential care all diagnosed with a problem of pathological gambling. Research was conducted within the specialized departments of three psychiatric hospitals, based in Bohnice, Kroměříž and Opava. In total 139 patients agreed to be interviewed. All 147 agreed to complete the SOGS question-

videlnému 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 impulsů ke hře, častěji preferují jednu nebo jen menší množství heren. Jsou schopni za hrou i dojíždět navzdory vzdálenosti. **Závěry:** 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 suicidální myšlenky, anebo i pokusy. Patologičtí hráči vyhledávají pobytovou léčbu, až když jsou v poslední, debaklové fázi svého hraní a čelí vážným následkům nahromaděným za mnoho let.

Klíčová slova: dopady hazardní hry, hráčské kariéry, patologické hráčství, SOGS.

Results: The length of the individual gambler's habit ranged from 0.5 to 40 years. The initial phase usually started around the age of 20 (34,5% of participants) but generally, it can start at any age. There is almost no gap between the first experience of gambling and the subsequent transition to regular gambling. The majority of participant (68%) reported that the regular phase lasted between 6 and 8 years. Surprisingly only after this long term experience did the individual recognise the first real costs of the seriousness of the problem, triggered by the need for regular gambling. It generally took a further 2-5 years before they decided and agreed to enter a programme of treatment. Younger participants more frequently manifested comorbidity of a substance abuse problem while gambling in comparison with older. Participants described various triggers that led them to gamble. They usually prefer one or limit themselves to a few casinos or gambling rooms. They were capable of commuting to these places despite of the distance. **Conclusions:** Gambling affects all key areas of life. The participants, currently undergoing treatment, reported serious family and relationship problems, loss of employment and huge debts etc. Many indicators of psychopathological comorbidity such as substance abuse, affective disorders (anxiety, depression), suicidal thoughts and/or attempts were described. The majority of gamblers seek treatment as a last resort while in the "debacle" phase of their addiction and face serious consequences which have accumulated over the years of gambling.

Key words: Consequences of gambling, gambling careers, pathological gambling, SOGS.

ÚVOD A CÍLE

„Pokaždý je to stejný. Hra za hrou, den za dnem, měsíc za měsícem. Stále dokola, kolotoč lhaní, pocitů viny, skrývaní půjček, honba za penězi a dělání, že se nic neděje. Chodil sem tam kdykoliv sem měl peníze, stále tam byli ti sami 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 podstupujícího léčbu).

Pro lepší ilustraci tématu článku začínáme ukázkou výpovědi jednoho z účastníků naší výzkumné studie. Jde

o popis fáze zoufalství a rezignace, tak jak jej odborníci věnující se léčbě závislosti z praxe důvěrně znají. Zároveň se však v poslední větě spolu se strachem pacienta skrývá i naděje a odhodlání abstinenci zkusit. V praxi se často setkáváme s tím, že pacienti popisují na počátku své hráčské kariéry touhu vyhrát, pocity napětí, vzrušení, uvolnění či zábavy. Tyto pocity prožívají velmi intenzivně. Prvotním impulsem ke hře bývá právě touha zvítězit a dojem snadno vydělaných peněz. Postupem času ale vyvstává potřeba si zahrát pro hru samotnou a pro pocity, které vyvolává, než pro úspěch či výhru.

Podle Mayera a jeho spolupracovníků¹ se na genezi hráčské kariéry podílí jednak samotný jedinec, jednak hazardní hra a sociální prostředí. Vytváří se model vzájemného interaktivního působení. Přejít od rekreačního hraní k patologickému hráčství může mít individuální progres. Autoři² popsali poměrně známé fáze kariéry:

- a) 1. fáze – *fáze výher (winning)* – je pro ni charakteristické vyšší sebevědomí hráče, které roste na základě výher, pocit kontroly nad hrou, připisování výhry svým schopnostem, upřednostňování hry, fantazie o hře a výhře, zvyšování vkladů do hry a větší frekvence hry.
- b) Ve 2. fázi – *fázi proher (losing)* – chce hráč dostat nazpět prohrané peníze. Zvyšuje sázky a frekvenci hraní. Vzniklé problémy řeší sliby a lhaním. Z počátku věří, že danému slibu dostojí. Postupně začíná lhát i vědomě, když ví, že není schopen slib dodržet. Začíná mít problémy s blízkými lidmi, s ekonomickou situací. V této fázi dochází k bodu zlomu (crunch), kdy hráči dojdou jeho peníze. V tuto chvíli, pokud hraní nezastaví, začíná uvažovat o nelegálních možnostech pro zajištění zdroje finančního příjmu.
- c) Ve 3. fázi – *fázi zoufalství (desperation)* – hráč dělá nejrůznější podvody, zpronevěry, aby dosáhl finančních prostředků, využívá svého postavení, dopouští se krádeží v rodině. Dopad to má i na psychickou stránku jedince, kdy se dostávají stavy úzkosti, deprese, pocity viny, beznaděje, sebevražedné myšlenky.

V literatuře se můžeme setkat i se 4. fází – *fází rezignace anebo beznaděje (giving up, hopelessness)*.³ Hráč v této fázi rezignuje, ztrácí schopnost vlastního rozhodování, dostává se do celkové pasivity, objevují se psychické komplikace, psychosomatické projevy, suicidální pokusy atp.

Při práci s hráči v ambulantní a pobytové léčbě je rozbor geneze jejich závislosti jedno z témat. Nejčastěji se můžeme setkat s tím, že pacienti začínali s rekreačním hraním. Nutno zmínit, že ne z každého rekreačního hráče se musí stát patologický hráč. Dle zkušeností z praxe a výsledků z výzkumu se s rekreačním hraním setkáme nejčastěji v období dospívání.³ Dle studie ESPAD uvedlo 11,3 % dotázaných, že občas hraje nebo někdy v životě hrálo na výherních automatech.⁴

Podle Národního výzkumu užívání návykových látek z roku 2012 má celoživotní zkušenost s hraním sázkových her asi 60 % populace ve věku 15–64 let. Zkušenost s hraním během života má 25 % populace, když nebereme v potaz číselné loterie, stírací losy apod. Hazardní hry v posledních 12 měsících (bez loterií a drobných sázek) hrálo přibližně 14 % české dospělé populace. V jisté míře rizika vzniku problémového, resp. patologického hráčství

se nachází asi 5 % populace, přičemž 2,3 % (asi 168 tisíc dospělých obyvatel ČR) je ve vysokém nebo středním pásmu rizika a dá se předpokládat, že by mohli mít s hraním nyní nebo v budoucnu problém. Za patologické hráče je možno označit 40–80 tisíc dospělých Čechů.⁵

To, co ovlivňuje vývoj hráčské kariéry, je úspěšnost hráče v období prvních her. Praxe i výzkumy ukazují, že většina hráčů zažila velkou výhru v raných fázích své hráčské kariéry. To koresponduje s nálezy některých provedených studií.⁶ Autoři výzkumu se souborem 131 léčených hráčů uvádějí interval délky hraní vedoucí ke vzniku patologického hráčství mezi 1 a 33 lety, modus ani medián autoři neuvádějí.⁷ Dobu hraní, než se jedinec stane patologickým hráčem, jiný autor popisuje v rozmezí 1–3 roky. Avšak u dospívajících může být tato doba kratší, v řádu měsíců.⁸ Výše zmínění autoři ve své studii dále popisují finanční, rodinné a psychické důsledky hraní.⁷

Cílem této studie bylo popsat jednotlivé fáze hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných s diagnózou F 63.0 za účelem pobytové léčby patologického hráčství. V první části článku uvádíme časový kontext jednotlivých kariér a popisujeme, jakou roli při rozvoji problémového hraní hraje věk a jak se projevuje dynamika rozvoje patologického hráčství od první zkušenosti až do nástupu do léčby. Ve druhé části článku popisujeme sociálně a klinicky významné okolnosti a dopady jednotlivých kariér, které se v jednotlivých fázích rozvoje problémového či patologického hraní projevují.

MATERIÁL A METODIKA

Soubor

Studie se účastnilo 147 pacientů hospitalizovaných pro léčbu z patologického hráčství v psychiatrických nemocnicích (dále i PN) Bohnice, Kroměříž a Opava. Jednalo se pouze o mužskou populaci. Průměrný věk souboru je 34,6 roku. Minimum je 19 let, maximum je 67 let. Modus 22 let. Jejich nejvyšší dokončené vzdělání bylo: střední škola s maturitou u 44,6 %, střední odborná škola bez maturity u 37,4 %, základní škola u 13 %, vysoká škola u 4,3 %, vyšší odborná škola u 0,7 %. Vybrané instituce (PN) jsme zvolili pomocí kvalitativní metody záměrného účelového výběru,⁹ kritériem byla dlouhodobá zkušenost se specifickým programem pro léčbu patologického hráčství. K oslovení pacientů jsme využili metodu totálního výběru prostřednictvím právě vybraných PN, přičemž jsme dodrželi předem stanovená kritéria. Kritérii pro zařazení do studie byly: souhlas s účastí ve studii, mužské pohlaví, aktuální působení v 1. fázi léčby patologického hráčství. Podrobnější popis celého výzkumného souboru byl publikován v článku.¹⁰

Metody

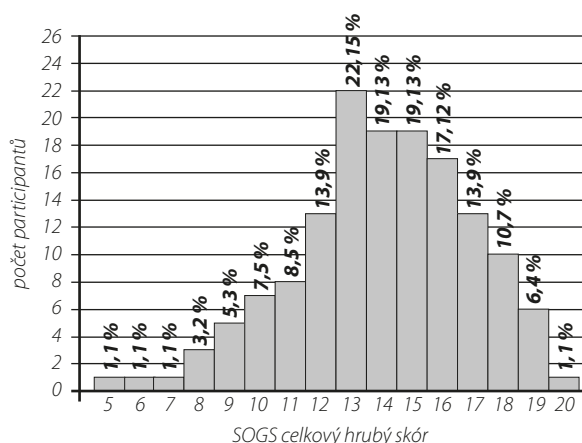
Jedná se o smíšený deskriptivní výzkumný design využívající kombinace ryze kvantitativních operací s kvalitativní analýzou výpovědi léčených hráčů. První metodou zařazenou do baterie byl **South oaks gambling screen**

(SOGS).¹¹ Výběrový soubor splňuje klinicky kritéria pro zařazení do léčby, pacienti absolvovali diagnostický rozhovor s lékařem, ve studii testově SOGS. Klíčová kvalitativní data v této analýze byla získávána metodou **polostrukturovaného interview**,¹² které se zaměřuje zejména na údaje z anamnézy rodinné, osobní, sociální (např. počátky hraní, jak dlouho hraje, typ hry, dluhy, pokusy o léčbu, reakce okolí, duální diagnóza, vztah, počet dětí, užívání jiných návykových látek včetně alkoholu a cigaret, dopady z hraní apod.). Rozhovor jsme uskutečnili se 139 pacienty. Osm pacientů se rozhovoru neúčastnilo, a to jednak z důvodu přerušení léčby, jednak z důvodu nepřítomnosti na oddělení v danou dobu.

Celkem 147 účastníků vyplnilo dotazník South Oaks Gambling Screen (dále i SOGS). Řadu informací pro tento článek čerpáme právě z provedeného polostrukturovaného interview, které se však podařilo uskutečnit pouze se 139 účastníky. V obrázku 1 je rozložení celkových hrubých skóre z dotazníku SOGS (M = 14,01; SD = 2,92; SEM = 0,24; Me = 14; Min = 5; Max = 20). Skóre o hodnotě 5 a více jsou dle manuálu považována za vodítko poukazující na riziko diagnózy patologického hráčství, což splňují všichni účastníci v našem souboru. Většina účastníků skórovala hodně vysoko, jedná se tedy o hráče, kteří mají mnoho problémů spojených s hraním.

Získávání dat probíhalo v první fázi pobytové léčby pacientů. Nejdříve byli informováni o účelu studie, etických zásadách a možnosti odstoupení od studie. Odstoupení od studie využili dva účastníci, jeden odmítl ihned, druhý odmítl vyplnit dotazníkovou baterii. Po vyplnění informovaného souhlasu jim byly předány dotazníky s instrukcemi k administraci. Po podrobném vysvětlení měli účastníci na vyplnění celé baterie týden, v dalším týdnu výzkumník realizoval rozhovory, které byly na individuální bázi. Rozhovory nebyly nahrávány, data byla doslovně zaznamenávána písemnou formou se souhlasem účastníka. Účastníci výzkumu jsou evidováni pod číselným anonymním kódem.

V rámci popisné statistiky jsme pracovali jak s číselnými údaji ze SOGS, tak s řadou klíčových informací překódovaných z rozhovorů do podoby dichotomických no-



Graf 1. Histogram rozložení celkového hrubého skóre v dotazníku SOGS (N = 147) s uvedenými absolutními i relativními četnostmi

minálních proměnných (do nul a jedniček). Takto získaná data jsme zpracovali pomocí popisných statistik v programu MS Excel a programu Statistica 12.

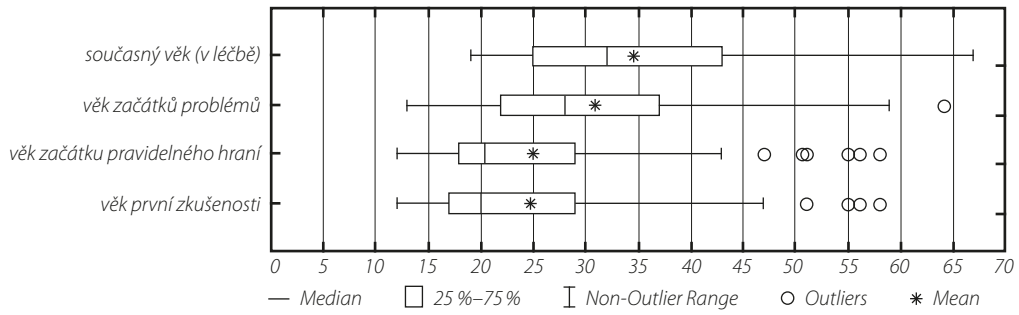
Kvalitativní data z rozhovoru jsme zpracovali způsobem doslovného přepisu a otevřeného kódování.¹³ Aplikovali jsme kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Konkrétně se jednalo o deskriptivní přístup, metodu prostého výčtu, metodu vytváření trsů, metodu kontrastů a srovnávání.⁹

VÝSLEDKY

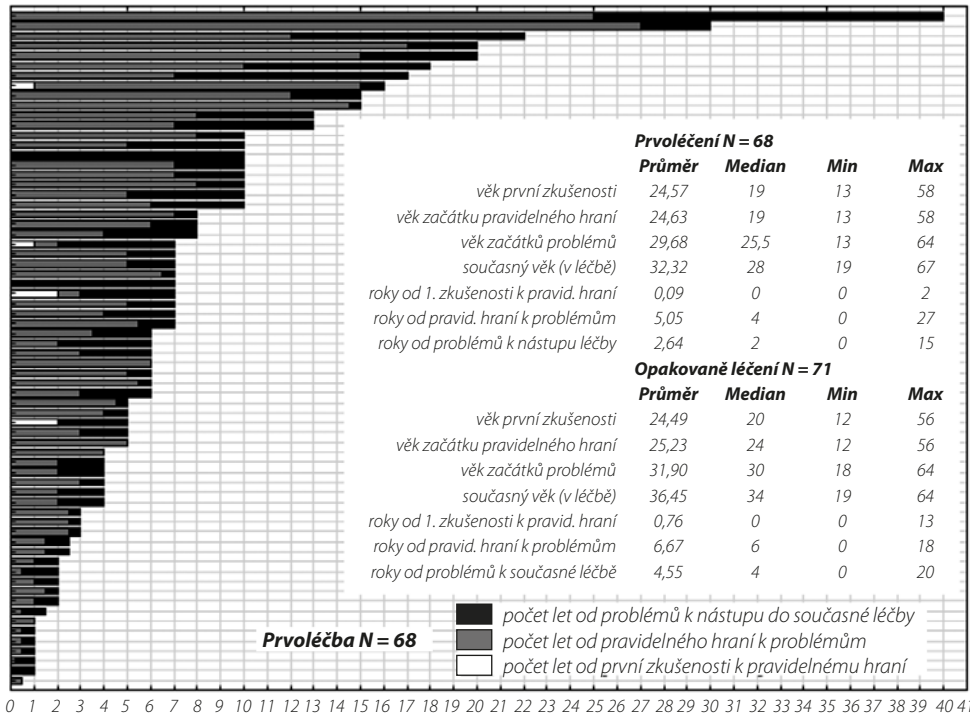
Hráčské kariéry z hlediska věku a délky hraní

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. Z těchto údajů (graf 2) 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 pětadesáti let. Ve věku 12–17 let začalo hrát 31 účastníků studie, ve věku 18–23 let 48 účastníků, ve věku 24–29 let 27 účastníků; nad 30 let 34 účastníků. 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 výpovědi účastníků k pocítování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální, jak ukáží další grafické analýzy. První problémy se objevily do jednoho roku u 31 účastníků, za 2–3 roky u 26 účastníků, za 4–5 let u 22 účastníků, za 6–7 let u 16 účastníků, za 8–9 let u 14 účastníků; nad 10 let u 30 účastníků. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se účastníci rozhodli k léčbě.

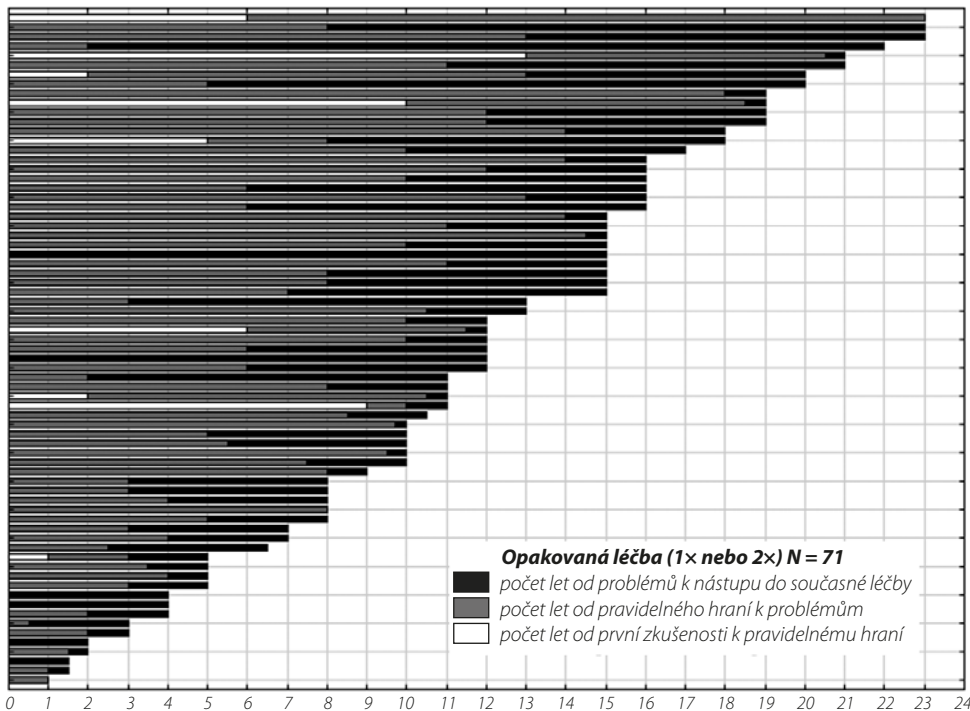
Pro lepší názornost prezentujeme schematicky průběh jednotlivých fází u všech účastníků od první zkušenosti po léčbu bez ohledu na věk, tedy jen s ohledem na délku intervalů v letech. Protože je důležité odlišit ty, kdo se léčí poprvé, od těch, kteří již v minulosti jednu nebo dvě léčby absolvovali, rozdělili jsme tato schémata do dvou podsouborů. Z grafů 3 a 4 je patrné, že pouze u čtyř prvoléčených byla přítomna pauza mezi první zkušeností a pravidelným hraním. Taktéž v druhém extrému pouze dva účastníci pocítovali vážné problémy hned od začátku hraní. Fáze pravidelného hraní bez pocítovaných problémů jsou o trochu delší než fáze s pocítovanými 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. Graf 3 obsahuje tabulku s hodnotami. I z této analýzy je patrné, že zde existuje poměrně velká variabilita od extrémně krátké půlroční kariéry až po kariéru dlouhou čtyřicet let.



Graf 2. Krabicové grafy znázorňující střední hodnoty a rozložení věku u klíčových momentů rozvoje hráčské kariéry (N = 139)



Graf 3. 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



Graf 4. Grafické znázornění jednotlivých fází hraní od bodu „nula“, tj. první zkušenosti až po nástup do léčby (konec sloupečku) u skupiny opakovaně léčených

Tab. 1. Frekvence hraní a typy her, které hráči aktivně provozovali za svoji hráčskou kariéru dle dotazníku SOGS (součty řádků N = 147)

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

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

Preferované typy hazardních her

V tab. 1 uvádíme preferované typy hazardních her a frekvenci hraní během hráčské kariéry účastníků. Jednotlivé druhy se i částečně překrývají, tj. někteří hráči využívají více variant hazardních her. V souboru jsou ovšem zastoupeny (byť některé s nízkými četnostmi) všechny varianty, které dotazník SOGS obsahuje.

Impulsy ke hře a vnímání herních míst

Účastníci uvedli několik impulsů ke hře, často jich působí více současně. Jako impuls ke hře uvedlo čtyřicet pět účastníků touhu po penězích (získat zpět prohrané peníze, vidina rychlého zbohatnutí atp.). Třicet šest účastníků uvedlo, že impulsem byl volný čas, že hra fungovala jako forma trávení času, zabíjení nudy, krácení chvil čekáním na dopravní prostředek atp.). Pro třicet dva účastníků byla hra prostředkem úniku od problémů a stresových situací. Dvacet jedna účastníků uvedlo, že je hra baví, že je pro ně zdrojem vzrušení. Třináct účastníků uvedlo jako impuls ke hře alkohol, dvanáct účastníků užívání nelegálních návykových látek, přičemž počet účastníků, kteří při hře užívali alkohol nebo užívali návykové látky, je vyšší (graf 5). Účastníci však jako spouštěč užívání nevnímali.

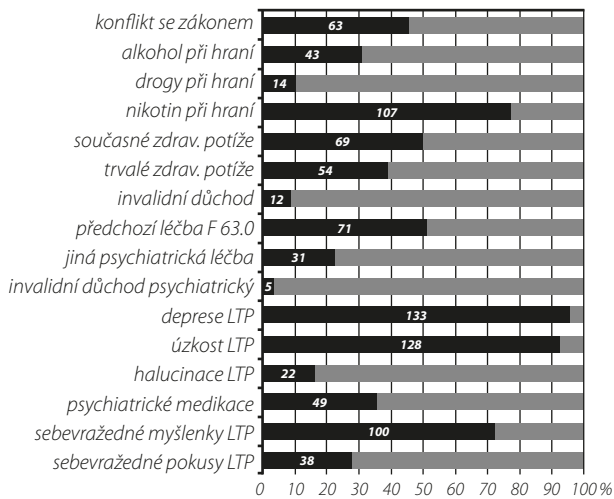
Dále jsme se dotazovali i na to, zda hrají v místě bydliště, ve městě či na vesnici, kde žijí. Devadesát devět účastníků hraje v místě, kde žijí. Třicet osm účastníků za hrou dokonce dojíždělo, a to jednak z toho důvodu, že u nich ve vesnici automaty nebyly, a hráči přesto vynaložili energii a za hrou dojížděli, jednak z důvodu větší anonymity, aby je tam nikdo neznal.

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,

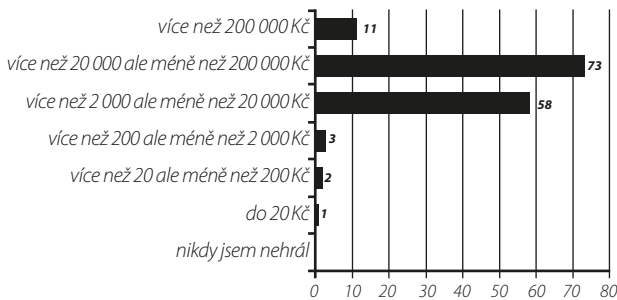
že využívali více herních míst (3 až 4 herní místa). Pouze jedno herní místo preferovalo padesát pět účastníků. Čtrnáct účastníků uvedlo, že jim to bylo jedno, že hráli, kde se zrovna dalo. Hráči tedy často využívají možnost hrát kdekoli, kde to jde, a využít každou příležitost, což nasedá na četnost herních míst v ČR a velkou dostupnost hazardu v mnoha lokalitách. Účastníci uvedli, že si herní místo vybírají dle těchto kritérií: (seřazeno dle preference) příjemné prostředí a atmosféra, příjemná a již známá obsluha, anonymita vůči jiným hráčům a vzdálenost od místa bydliště, bonusy zdarma ve formě občerstvení, odvoz 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, kdy 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 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 kdy tyto peníze v realu 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 jejich okolí zjistí, že hrají, volí hráči cestu popření reality a tvrdí, že vyhrávají, i když je skutečnost zcela jiná.



Graf 5. Četnosti účastníků, kteří v rozhovoru uvedli nějaké komplikace, okolnosti či důsledky spojené s hraním (N = 139); LTP = Life Time Prevalence, tj. celoživotní prevalence



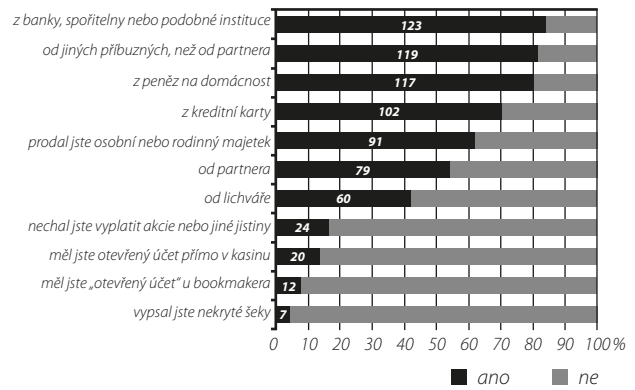
Graf 6. Největší obnos peněz vložený do hry během jednoho dne (z dotazníku SOGS); četnosti účastníků v jednotlivých intervalech (N = 147)

Užívání návykových látek během hazardní hry

V grafu 5 mimo jiné uvádíme četnosti účastníků, kteří ve spojitosti s hrou užívali ještě také návykové látky. Naprostá většina při hře užívala tabákové výrobky. Účastníci uváděli, že se jejich konzumace cigaret až dvakrát zvýšila. Minimálně škodlivé užívání alkoholu bylo zaznamenáno u čtyřiceti sedmi účastníků. Účastníci většinou užívali alkohol ještě před samotnou hrou, než tato hra začala. Při hře se často jednalo o nižší dávky. Alkohol měl u nich spíše funkci spouštěče pro hraní. K užívání jiných návykových látek při hře, nejčastěji metamfetaminu (pervitinu) a konopných drog, docházelo u menší části účastníků. Užívání návykové látky předcházelo hře, užití hry ovlivňovalo dle výpovědi účastníků ve zkrácení vnímání času u hry, ve špatném úsudku apod.

Finanční problémy spojené s hraním

V grafu 6 uvádíme počty účastníků, kteří hráli za nejvyšší uvedenou částku během jednoho dne. Drtivá většina



Graf 7. Využívané finanční zdroje ke hře a k placení herních dluhů (z dotazníku SOGS); absolutní četnosti (N = 147)

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. Druhá věc, na kterou upozorňujeme, je, že herní automaty již nemají strop ve výši sázky, kterou lze maximálně vložit, hráč tudíž 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 a finance do hry, i když opakovaně prohrávají. Hra končí po úplném finančním vyčerpání. Tehdy účastníci často hledají ještě další finanční zdroje pro pokračování ve hře.

V grafu 7 uvádíme zdroje financí k zaplacení herních dluhů. Účastníci během své kariéry využívali více prostředků, aby své hraní tajili a získali finanční prostředky. Většina účastníků jako první použila na uhrazení svých dluhů své našetřené peníze. Jako další zdroje použili půjčené peníze od institucí (banka, spořitelna) a od příbuzných. Dle tabulky i rozhovoru je zřejmé, že účastníci využívají zpočátku anonymnější zdroje financí, aby své hraní tajili. Mají velké dluhy, tlak věřitelů a příbuzných byl pro ně často zdrojem velké frustrace a pocitů viny.

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. Tento trend potvrzuje i praxe, kde se u klientů setkáváme s tím, že rodina bývá často velmi nápomocná při splacení dluhů, což se ale může v léčbě a v procesu uzdravy projevit jako kontraproduktivní a rizikové pro udržení abstinence.

Dále jsme se jich 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, musejí 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.

Jedna z otázek byla i na vyčíslení celkových finančních prostředků, které během své hráčské kariéry 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.

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; 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 5, suicidální myšlenky mělo sto účastníků, třicet devět účastníků v souboru je neguje. Jednorázový suicidální pokus (dále též TS) uvedlo třicet pět účastníků, opakovaný TS mělo sedm účastníků. 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 suicidální 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 spáchají TS), nebo směřují agresí ven a jednájí protizákonně (přepadení, loupeže, zpronevěry).

Depresivní stavy popsalo 132 účastníků, pocity úzkosti 128 účastníků. Jedná se o velmi nepříjemné negativní prožitky bezvýchodnosti situace, pocity beznaděje, které jsou spojené s důsledkem z hraní. Celkem u 50 účastníků byla v souvislosti s jejich psychickým stavem zahájena farmakoterapeutická léčba.

V souvislosti s hráčskou kariérou se dopustilo trestného činu 62 účastníků. Jednalo se o krádeže, finanční zpronevěry, finanční podvody apod. Krádeže financí či nedovolené půjčení peněz doma od svých blízkých, partnerů uvedlo 120 účastníků. Upozorňujeme na to, že tento fakt nevnímali jako něco nezákonného. V rámci dalšího dotazování tento fakt však potvrdili.

Předchozí léčbu v souvislosti s hraním uvedlo 55 účastníků, více než dva pokusy předchozích léčeb uvedlo 17 účastníků. 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 závislosti.

Pro jiné psychické komorbidní obtíže se někdy v minulosti léčilo 32 účastníků. 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 a devět účastníků je ženatých. Šedesát účastníků je v tuto chvíli bez partnerky a dvacet devět účastníků 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 příbuzných ještě před nástupem hráče do léčby. Osoby blízké od devadesáti čtyř účastníků žádnou pomoc nevyhledali.

Jako poslední impuls 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. U padesáti šesti účastníků byl vnímán jako impuls k léčbě nátlak rodiny, aby nastoupili léčbu. U třinácti účastníků vyvrcholil nástup do léčebny realizací TS, který se jim nezdařil. U třech účastníků to bylo v důsledku nátlaku zaměstnavatele.

Tyto ekonomické, psychické, rodinné a sociální důsledky dokreslují debakl a kritický stav, do kterého se hráči v důsledku hraní dostali.

DISKUSE

V našem výzkumném souboru dominuje hraní na automatech a na automatech typu VLT. Jedná se o nejrozšířenější typ herního zařízení na území České republiky. To dokazuje i výzkumná zpráva.⁵ Autoři¹⁴ 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.

V našem výzkumu jsme se pokusili zrekonstruovat hráčskou kariéru pomocí výpovědí mužských účastníků. V rámci rešerše jsme ani v české, ani v zahraniční literatuře nenašli studii, která by se takto vývoji kariéry zabývala. Pro ilustraci našich zjištění uvádíme některé typy výzkumu. 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.¹⁵ Chování při časném nástupu hazardních her je jasně spojeno s pozdějším rozvojem patologického hráčství.^{16–19} Dále je spojeno s jejich pozdější klinickou symptomatologií.²⁰ 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.^{21–23}

Autoři²⁴ uvedli ve své studii průměrný věk, ve kterém nastupovali do léčby patologičtí hráči (N = 904). Ten byl 33,3 roku. Většina subjektů byli muži a hlavním problé-

mem hazardu byly hrací automaty. To odpovídá i charakteristikám naší studie.

Naprostá většina účastníků při hraní užívala tabákové výrobky, docházelo ke zvýšení frekvence až na dvojnásobek. Dále 47 účastníků hrálo s doprovodem užívání alkoholu, 14 účastníků užívalo jiné návykové látky. Užívání alkoholu nebo jiných návykových látek při hraní má vliv na průběh hraní, kdy si hráč neuvědomuje rizika, nekontroluje výši vsazené a prohrané částky, jsou ovlivněny jeho exekutivní funkce. Autoři¹⁴ 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. Jiná studie představila výsledky studie s 52 patologickými hráči. Psychické problémy v souvislosti s užíváním kanabinoidů byly u 36,4%, v souvislosti se stimulací u 14,5 % a v souvislosti s užíváním tabáku u 85,5%.²⁵ Prevalence alkoholových nebo jiných závislostí je u patologických hráčů 4krát vyšší než u nepatologických hráčů.²⁶ Jiná studie v USA uvádí, že míra užívání alkoholu anebo ilegálních drog je u patologických hráčů 7krát vyšší než u nepatologických hráčů.²⁷ Jiná studie ukázala, že 84,2 % bylo kuřáků tabákových výrobků, 23,9 % užívalo alkohol a 11,9 % užívá/užívalo ilegální návykové látky.²⁴ Tato zjištění do jisté míry potvrzují i naše studie. Na vysokou míru komorbiditu u závislosti na internetu bylo upozorněno i v tomto článku.²⁸

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. Řada jiných a dalších omylů, které v tomto článku prezentujeme, lze zařadit mezi kognitivní omyly hráčů. V literatuře to lze nalézt jako teorii kognitivních omylů.^{29–31} 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 musejí 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 klamně korelace*: hráči připisují příčinné souvislosti kontextovému stimulu, který má nahodilý vztah k výhře či prohře. Hráči je často považují za zákonitě vzorce.

Ve výsledcích popisujeme vážné důsledky z hraní a těžký psychický stav, ve kterém se často účastníci 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. pro rodinné příslušníky, přátele, zaměstnavatele. Dochází ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny, finančním problémům, se kterými

souvisí kriminální činnost.³² 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. Zpočátku jsem hrál za svoje našetřené peníze, pak jsem už nic neměl, tak jsem využíval další možnosti.*“ (60 let, délka hraní 13 let, nyní druhá léčba). 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.*“ Hráči, kteří vyhledali léčbu, mají suicidální myšlenky, nebo se pokusili o sebevraždu. 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.*“ Populační průzkumy naznačují, že riziko sebevraždy se mezi hráči objevuje více než mezi ostatními.³³ Třetina hospitalizovaných pacientů se pokusila o sebevraždu, což je více než u závislých na jiných návykových látkách.³⁴ Objevují se problémy v souvislosti s výkonem povolání, jako jsou krádeže peněz, zanedbávání práce, návštěvy věřitelů, exekuce na plat apod.³⁵

ZÁVĚR

Ve studii jsme přiblížili průběh hráčských kariér. Pokud porovnáme výše zmíněné 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, suicidální 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 zvyšuje riziko relapsu a následně 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 výpovědi účastníků k pocítování vážných problémů způsobených hraním, i když tato perioda může být velmi individuální. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se začali léčit. Během sledování 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.

Role autorů:

Autor Miroslav Charvát, Eva Maierová a Michal Miovský navrhli studii a navrhli design studie. Autor Eva Maierová sbírala data. Miroslav Charvát a Eva Maierová 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.

Zvláštní poděkování

Autoři článku děkují personálu tří psychiatrických nemocnic (Bohnice, Kroměříž a Opava), které umožnily získání dat a provedení studie a pomohly jejímu zdárnému dokončení.

LITERATURA

- Meyer G, Bachmann M. Glückspiel. Berlin: Springer-Verlag; 1993.
- Lesieur HR, Custer RL. Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the Academy of Political and Social Science* 1984; 474 (1): 146–156.
- Rosenthal RJ. Pathological gambling. *Psychiatr Ann* 1992; 22: 72–78.
- Csémy L, Chomynová P, Sadílek P. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v r. 2007. Úřad vlády České republiky; 2009.
- Úřad vlády ČR. Vláda podpoří léčbu patologických hráčů. Tisková zpráva. Praha 4. 9. 2013; 2013.
- Custer RL, Milt H. When Luck Runs Out. Facts on File. New York; 1985.
- Grant JE, Kim SW. Demographic and clinical feature of 131 adult pathological gamblers. *Journal Clinical Psychiatry* 2001; 62: 957–962.
- Nešpor K. Jak překonat problém s hazardní hrou. Praha: Sportpropag; 1996.
- Mioviský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing; 2006.
- Maierová E, Charvát M, Mioviský M. Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie* 2014; 14 (1): 30–41.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144 (9): 1184–1188.
- Kvale S. *Interviews*. London, Thousand Oaks. New Delhi: SAGE Publications; 1996.
- Hendl J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál; 2008.
- Wiebe JMD, Cox BJ. A Profile of Canadian Adults Seeking Treatment for Gambling Problems and Comparisons With Adults Entering an Alcohol Treatment Program. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001; 46 (5): 418–421.
- Kessler RC, Hwang I, Labrie R, Petukhova M, Sampson NA et al. DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine* 2008; 38 (9): 1351–1360.
- Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101 (6): 473–475.
- Lynch WJ, Maciejewski PK, Potenza MN. Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61 (11): 1116–1122.
- Johansson A, Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Gotestam G. Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies* 2009; 25: 67–92.
- Turchi RM, Derevensky JL. Youth gambling: Not a safe bet. *Current Opinion in Pediatrics* 2009; 18: 454–458.
- Burge AN, Pietrzak RH, Molina CA, Petry NM. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1437–1439.
- Leggio L, Kenna GA, Fenton M., Bonenfant E, Swift RM. Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychology Review* 2009; 19: 115–129.
- Babor TF, Dolinsky ZS, Meyer RE, Hesselbrock M, Hofmann M et al. Types of alcoholics: Concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 1415–1431.
- Babor TF, Hofmann MI, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE et al. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicator of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 599–608.
- Jiménez-Murcia S, Alvarez-Moya EM, Stinchfield R, Fernandez-Aranda F, Granero R et al. Age of Onset in Pathological Gambling: Clinical, Therapeutic and Personality Correlates. *Journal Gambling Study* 2010; 26:235–248.
- Benkovič J, Mišurdová J, Grossman J. Niektoré typy závislosti a ich najčastejšie psychické komorbidné poruchy. *Psychiatrie pre prax* 2012; 13 (1): 21–24.
- Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebbelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 108–112.
- Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT, Harwood H, Palmer A et al. Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: National Opinion Research Center; 1999.
- Lečbych M. Kritická úvaha o konceptu závislosti na internetu. *Adiktologie* 2013; 13 (1): 54–60.
- Rogers P. The cognitive psychology of lottery gambling: a theoretical review. *Journal Gambling Study* 1998; 14: 111–134.
- Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 1593–1604.
- Blasczynski A. On Random Musings. 2000 Retrieved 24. 11. 2013 from <http://www.camh.net/egambling/issue2/research/index.html>
- Maierová E. Patologické hráčství na herních automatech v České republice. *Adiktologie* 2012; 12 (4): 334–343.
- Rossov I, Hansen M. Gambling and suicidal behaviour. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny reke* 2008; 128(2): 174–176. [online], [Cit. 8. 8. 2012], from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18202728>
- Nešpor K, Csémy L, Prokeš B, Mataleni O, Mráčková E. Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie* 2003; 99: 16–22.
- Nešpor K, Scheansová A. Hazardní hry a pracovní prostředí. *Adiktologie* 2008; 8 (4): 350–352.