

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Brno 2012

Libuše Haluzová

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Postoj české společnosti k patologickému hráčství

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce

prof. PhDr. Mgr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala

Bc. Libuše Haluzová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoj české společnosti k patologickému hráčství zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 21. 11. 2012

.....

Bc. Haluzová Libuše

Poděkování

Děkuji panu prof. PhDr. Mgr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	2
1. Charakteristika současné doby	3
1.1 Vymezení současné společnosti	3
1.2 Hra a její význam pro člověka	5
1.3 Druhy hazardu	6
1.4 Právní úprava	7
2. Patologické hráčství	10
2.1 Definice a vznik	10
2.2 Etiologie a patogeneze gamblingu	13
2.3 Diagnostika patologického hráčství	15
2.4 Teorie vzniku závislosti	17
2.5 Typologie a rizikové skupiny patologických hráčů	24
3. Léčba patologického hráčství	34
3.1 Efektivní léčba a léčba podle terapeutických cílů	34
3.2 Terapie	36
3.3 Společenství Anonymních Gamblerů v ČR	37
3.4 Systém péče v ČR	38
3.5 Problémy související s hráčskou závislostí	40
4. Prevence patologického hráčství	46
4.1 Úkol sociální pedagogiky	46
4.2 Sociální pedagog v oblasti prevence	47
4.3 Co mohou udělat pro prevenci ti ostatní	49
5. Empirické šetření	50
5.1 Metodika výzkumu a charakteristika výběrového vzorku	50
5.2 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz	52
5.3 Pozorování - analýza dat a jejich interpretace	54
5.4 Závěr šetření	57
5.5 Analýza dotazníkového průzkumu	59
5.6 Vyhodnocení dotazníkového šetření	71
Závěr	74
Resumé	76
Anotace	77
Klíčová slova	77
Literatura a prameny	78
Přílohy	81

Úvod

Dnešní společnost, která se ubírá směrem ekonomické prosperity, si je vědoma významné a rozhodující role lidského kapitálu a lidských zdrojů. Sociologové zdůrazňují význam vědění, celoživotního vzdělávání jako klíčového rysu společnosti. To vše pod vlivem rozsáhlé globalizace. Společnost, která bude na jedince mít vzrůstající nároky, rozhodně nebude vstřícnější a ohleduplnější. Proto by se dalo očekávat, že pokud se ve společnosti vyskytne jev, který přináší negativní dopady, bude snaha státu jej omezit nebo regulovat. Takovým jevem je zcela určitě patologické hráčství.

Jde o problém, který narůstá, a je až zarážející, že ze strany státu není snaha regulovat hazard pomocí legislativy, která je v současné době zcela jistě zastaralá. Vznikla v době porevolučních změn let devadesátých, a proto po dvaceti letech zcela jistě nemůže být vyhovující. Vznikla v době, kdy nebyla žádná zkušenost s takto plošně rozbujelým a dostupným hazardem jako je tomu nyní. To samozřejmě přináší negativa od pochybných odvodů loterijních společností státu na obecně prospěšnou činnost po marné boje obcí s Ministerstvem financí ohledně počtu a umístění herních zařízení. A výsledkem v podobě narůstajícího počtu závislých.

Patologické hráčství se stává rostoucím sociálně patologickým jevem, a právě proto jsem si toto téma vybrala pro diplomovou práci. Cílem mé práce je tak komplexní analýza postojů k patologickému hráčství. V začátku práce zmiňuji legislativu, ale mým úmyslem je spíše popsat jak nebezpečný je gambling a jak jej vnímá společnost, že jde o závislost jako každou jinou a proto nebezpečnou, zrádnou v tom, že je tak volně dostupná.

V teoretické části prezentuji problematiku patologického hráčství, jak je velmi tenká hranice mezi hazardní hrou, hrou pro zábavu a ukrácení chvíle. Jak nelehká je cesta zpátky a jak destruktivní pro jedince by bylo neléčit se. Jaké jsou dopady na celkové zdraví závislého jedince a nejen na něj, ale i na jeho nejbližší. Teoretickou část uzavírám prevencí. Nejenom přínosem sociální pedagogiky, ale hlavně co my sami můžeme udělat pro prevenci.

V praktické části popisují, jak zajímavé jsou velké rozdíly mezi pohlavími, kdy zcela viditelně dominují muži v závislosti na hře. V současnosti jsou zjišťovány různé odlišnosti mezi hrající populací žen a mužů. Studovat tyto rozdíly je důležité pro zvolení správných léčebných postupů. To jaké zaujímá postoje společnost k hráčské závislosti, zda má vůbec představu o této problematice, a jestli si uvědomuje nebezpečnost a návykovost patologického hráčství. Je smutné, že společnost s největší pravděpodobností má představu o nebezpečnosti patologického hráčství, ale je zde spíše nezájem a nechť cokoli řešit, a pokud ano, tak až v případě, že se to stává osobním problémem.

1. Charakteristika současné doby

1.1. Vymezení současné společnosti

Současná společnost prošla a stále prochází velkými proměnami. Je tak charakteristická určitými rysy, jako je rychlost technických a technologických změn, hladem po počítačích, digitálních komunikačních sítích a nových médií. Vyznačuje se narůstajícím množstvím informací, ideologií permanentního a povinného ekonomického růstu, neustálou mobilizací lidských mas a vyvolávání masové vůle k překračování všech mezí v procesu výroby a spotřeby. Vysoká dynamika každodenního života, nedostatek času, zábava jako samoučel, komercializace, zpeněžení podstatné části života společnosti, někdy se dokonce hovoří o vítězství logiky peněz. Výsledná nejistota, sociální napětí, konflikty, rozčarování z neefektivnosti státních institucí, ze systémové i individuální korupce vede k voláním po změně. Dle sociologů tak žijeme v pozdně moderní době (Urban, L., 2008).

Označení současné společnosti jako konzumní není myšleno jako negativum. Konzumní společnost má dvě stránky, jednak ekonomickou a druhou, možná odvozenou, nicméně sociálně stejně vážnou. Je to stránka sociálně psychologická nebo přímo etická: hédonismus, ne pouze jako individuální jev, nýbrž jako jev sociální, jeden z rysů naší civilizace, vidí člověka jako výhradně toužícího po potěšení. Hédonismus je projevem rozkladu morálky, můžeme jej spojit s řadou civilizačních jevů (Mühlpachr, P., 2009, 10). Dalším stejně vážným rysem naší společnosti je oslabování sociálních vazeb, oslabený význam tradiční rodiny a rozpad tradičních pospolitostí. Člověk se tak stává osamoceným, vystavený napospas sociálnímu dění.

Proto s rozvojem civilizovaných společností dochází též k nárůstu jejich negativních stránek či projevů. Člověk musí řešit velké množství životních situací a mnozí jedinci tak hledají řešení pro naplnění života nesprávným způsobem. Vznikají sociálně patologické jevy, tzn. obecně nežádoucí, nezdravé, nenormální společenské jevy.

V současné době se představuje Česká republika jako prostředí deregulovaného vnitřního trhu sázkových her a loterií na podkladě zcela liberální a zastaralé legislativy. Je jen logickým důsledkem, že patologické hráčství se souvisejícími sociálně patologickými jevy a specifickou kriminalitou představuje vážné ohrožení veřejného zdraví, bezpečnosti, majetku a práv třetích osob. Toto přináší vážné socio-ekonomické dopady na stát, územní samosprávy a společnost.

Od devadesátých let minulého století se zřetelně změnila situace v oblasti sázení. To samozřejmě přineslo ohrožení pro širší vrstvy společnosti. Ne jako před rokem 1989, kdy se sázení a hazardní hraní týkalo jen specifické, početně menší skupiny jedinců. Byla to poměrně malá část obyvatelstva, i když samozřejmě nejen pouze vrstvy

privilegované nebo bohaté. Ohlédneme-li se zpět na tragické osudy, ztracený majetek, ztracené postavení byly důsledkem hazardního hraní na ruletách v kasinech. Logicky bylo osob, které si hazardem zničily život méně. Právě technický rozvoj dal vzniknout hernímu průmyslu. Kromě významného nárůstu příležitosti ke hraní se zvětšila i variabilita nabídky. Vytvářejí se stále specifičtější druhy her, aby oslovily co nejširší spektrum obyvatelstva, zaujaly veškeré věkové kategorie. To se odráží ve větším počtu i spektru jedinců počínaje malými dětmi a konče seniory.

Země, které negativní důsledky již delší dobu řeší a používají takové nástroje, jako je regulace a striktní omezení, mají samozřejmě lepší úspěšnost v potírání gamblerství na rozdíl od České republiky, kde je riziko vzniku gamblerství stále velmi podceňováno. Není to jen ve vztahu k legislativě nebo počtu kasin. Nedostatečná pozornost je věnována všemu co s hráčstvím a sázením souvisí. Je věnována malá pozornost systematickému, exaktnímu vědeckému pozorování a získávání důležitých informací, které by posloužily pro boj s gamblerstvím. Patologický hráč totiž neovlivňuje pouze sebe, ale i osoby ve svém okolí. Hráčství tak postihuje děti ve společné domácnosti. Naprosto nedostatečná péče je věnována potencionálně ohroženým jedincům. Je jen velmi málo věnováno osvětě, prevenci a varování populace. Taktéž materiály informující o tomto problému jsou nedostatečné.

Studium patologického hráčství je důležité nejen pro léčbu, ale i prevenci. Pomáhá odborníkům pracujícím s patologickými hráči. Ve světě začíná převažovat názor, že patologické hráčství je velmi rozšířená porucha, která četností překonává výskyt duševních chorob jako například schizofrenii. Díky výzkumu byly prohloubeny poznatky důležité pro pochopení sociálních, psychologických, ekonomických a neurobiologických aspektů, vztahujících se k léčení této poruchy. Bohužel řada odborníků, pracujících se závislými hráči, i nadále tyto nové poznatky ignoruje. Příčiny a důsledky s těmito aspekty nespojují a vzniklé stavy nesprávně diagnostikují. Mnoho klinických lékařů si také neuvědomuje osobní a společenské důsledky patologického hraní. To vede k podceňování nutnosti vyhledání psychiatrické péče.

Není jednoduché kategorizovat tento problém. Různé přístupy včetně léčby se lišily v důsledku toho, zda bylo patologické hráčství zařazeno mezi nutkové závislosti, citové poruchy nebo zda se jednalo o přístupy považující patologické hráčství za poruchu kontroly impulsů. V současné době se odborníci kloní k názoru, že gamblerství vykazuje znaky všech těchto skupin. Stejně tak se ukazuje, že hráčská závislost má řadu společných znaků s ostatními závislostmi. I přes to, že v současné době existuje efektivní léčba, je nutné dalším zkoumáním prohloubit poznatky o tomto problému a vytvořit podmínky pro včasnou pomoc. Vzhledem k výrazně vyššímu výskytu příznaků patologického hráčství u mladistvých je nutné zaměřit zvláštní pozornost hlavně na tuto věkovou kategorii, která v současné době je v republice v největším latentním ohrožení (Pruner, P., 2008, 20).

1.2. Hra a její význam pro člověka

Herní aktivity a hra patří mezi aktivity, které provázejí člověka po celý život. Ne v každém případě působí rozvoj a přínos obohacující jedince a jeho okolí.

Jak uvádí Prunner (2008, 21), hra se počátkem 20. století stala předmětem sledování hlavně pedagogické psychologie a psychologie vývojové. Toto bylo způsobeno převážně názorem, že hra je aktivitou převážně vhodnou pouze pro děti. Zpočátku byla dokonce zanícenost dospělých pro hru vysvětlována jako určité dětinství. V životě dětí zaujímá hra bezesporu jednu z nejvýznamnějších funkcí. To způsobilo, že řada významných psychologů věnovala hře velkou pozornost.

Hra byla vždy nahlížena jako věc navýsost příjemná a dobrovolná, která směřuje k dosažení vnějšího cíle, v dětství však přece jen často jako nácvik některé činnosti, kterou je potřeba zvládnout v dospělosti. Zatímco Friedrich Schiller viděl ve hře ideální formu svobodné lidské činnosti, Herbert Spencer vyslovil myšlenku, že hra je jakousi činností z přemíry nadbytečné energie, kterou potřebuje jedinec vydat a přitom se odreaguje, včetně své přirozené soutěživosti. Jean Piaget považuje hru jako přechodnou formu činnosti dítěte, fázi ve vývoji intelektu mezi diferenciací asimilace a akomodace. U dětí, zvláště v nízkém věku, můžeme pozorovat, jak je jejich hra ventilem osobních vnitřních konfliktů. Je možné se domnívat, že nějakým způsobem tímto unikáním z reality do prostoru „jakoby“ můžeme podporovat rozvoj vášně pro hru i v dospělém věku (Kalina, K., a kolektiv., 2003, 267).

Hra probouzí nevědomé části naší psychiky, vyvolává svět virtuální reality, fantazie, kde doufáme ve vyplnění našich snů. Čím častěji a více se zapojujeme do hry, tím více hra přitahuje naši pozornost a realita se nám zdá nezajímavá a těžkopádná. Realizace myšlenky formou hry je pro člověka přitažlivá a lákavá až natolik, že jedinec zapomíná na reálný svět. Oproti tomu hazard je předpoklad hráče, že hraje s vědomím určité nevýhody, a který pouze doufá, že bude mít štěstí a nevýhodu v statistické pravděpodobnosti výhry, která dává pravidla hry. Pro pravidla hazardních her pořádaných třetí stranou vždy platí, že poměr vsazených vkladů a vyplacených výher je nastaven v neprospěch hráče. Proto jen logickým výsledkem je, že opakované sázení v hazardní hře znamená vždy ztrátu pro sázejícího. Hazardní hrou nebo loterií je myšlena hra, jíž se účastní dobrovolně každá fyzická osoba, která zaplatí vklad nebo sázku, jehož návratnost se nezaručuje. O výhře nebo prohře rozhoduje náhoda nebo předem neznámá okolnost nebo událost uvedená provozovatelem v předem stanovených podmínkách (herním plánu). Je lhostejno, provádí-li se hra pomocí mechanických, elektromechanických, elektronických nebo obdobných zařízení.

1.3. Druhy hazardu

Slovo „hazard“ užívané často ve slovním spojení „hazardní hra“ patrně vzniklo ve středověku z arabského názvu hracích kostek „azzahr“. V některých jazycích se tento výraz spojuje s riskantním hledáním šťastného osudu, které závisí na náhodě. U našich autorů se z psychologického hlediska tohoto výrazu užívá k označení strategie lidského chování založeného na uplatňování rizikového rozhodování za potlačení regulujícího faktoru zodpovědnosti (Prunner, P., 2008).

Loterie

Tento druh sázení je realizován prostřednictvím sázkových tiketů. V naší republice má tradici Sazka, Sportka a Mates, které dovedly přilákat velké množství lidí. Ti si jednou v týdnu sadili a v naprosté většině vložily pro ně akceptovatelnou částku, která nezruinovala je samotné ani rodinu. Dnes je samozřejmě variant sázení prováděného vyplněním sázkového tiketu více.

Kursově sázky

Tento způsob sázení nezahrnuje pouze sázení na dostihy. V současné době umožňuje realizovat hlavně sportovní sázky a to i bez přímé účasti na sportovišti. Nejoblíbenější sázkařské sporty jsou v naší republice fotbal, hokej, basketbal nebo například tenis. Aktuálně se v České republice na trhu kurzového sázení pohybuje okolo 10 společností.

Kasina

Jde o prostory sloužící k hraní pro všechny sociální kategorie starší osmnácti let. Způsob sázek v kasinu představuje pro hráče poměrně vysoké riziko. Náhodná velká výhra v první fázi hraní může u hrajícího jedince navodit touhu zopakovat si svůj úspěch. Tím se může vytvářet nový motivační základ pro vznik patologického hráčství.

Výherní hrací přístroje

Tento druh hazardu v České republice seznal velkého rozmachu až po roce 1989. Hrací přístroje dělíme na zábavní a výherní. Zábavní jsou ty, u kterých si člověk za určitý obnos kupuje možnost zábavy a o hazardní hru se vlastně nejedná. Ale i tento druh her sebou přináší jistá rizika. Ta vznikají v souvislosti s nadměrným časem stráveným v jejich blízkosti, ať sám hraje nebo někoho pozoruje při hře. Zvláště pro děti a dospívající tento druh zábavy pohlcuje velké množství času, který pak jedinci chybí na jeho celkový rozvoj. Dalším nebezpečím je, pokud hra obsahuje různé prvky násilí, agresivity. Mladí lidé se ve svých názorech a postojích teprve utvářejí a touto cestou se dostávají do vlivu negativních podnětů (Pruner, P., 2008, 47). Samozřejmě daleko horší hrozbou jsou výherní hrací automaty nebo spíše prohrávací. Protože všechny jsou naprogramovány tak, aby zabezpečovaly majiteli automatu potřebné zisky, včetně

uhrazení nákladů za jeho pořízení. Velikost peněz vložených do automatu za účelem výhry musí být výrazně větší, než je možnost a výše výhry.

Technické hry

Technika a společnost nikdy nezhálí a s rozvojem internetu přišly na svět technické hry. Tato kategorie zahrnuje elektromechanické rulety, elektromechanické kostky, a videoloterijní terminály jako nejmodernější přírůstek na poli hazardních her, které fungují na stejném principu jako klasické výherní automaty s tím rozdílem, že jsou připojeny pomocí internetu k centrálnímu loterijnímu systému. Ten generuje náhodná čísla a řídí průběh hry. Tento systém podléhá kontrole Ministerstva financí.

Karetní hry

Podle většiny teorií mají karetní hry svůj původ v Číně a to již od 12. století. V českých zemích dosáhly karetní hry skutečného rozmachu době po husitské revoluci. Tento návrat k světským zábavám znamenal, že ke konci 15. století jsou karetní hry rozšířeny ve všech vrstvách obyvatelstva a to i přes nevoli kněží. Je samozřejmé, že ne každá hra je hazardní, ale hazardní karetní hry jsou značně rozšířeny. Zvláště nebezpečná je kombinace hazardní hry a alkoholu. Výsledkem bývá kombinovaná závislost (Nešpor, K., 1994, 13).

1.4. Právní úprava

Právní úprava, platná do konce roku 2012, zcela jistě nereflektovala na potřeby společnosti ani právního systému. Důvodem je, že vznikla před dvaceti lety za zcela jiné společenské situace. Jedná se o loterijní zákon č. 202/1990 Sb. o loteriích a jiných podobných hrách. Upravuje veřejnoprávní aspekty právních vztahů, vznikajících zpravidla na smluvním základě. Předmětem úpravy jsou hazardní hry, sázky a podobné. Součástí této regulace je stanovení předpokladů provozování těchto her, práva a povinnosti s tím související. Dále pak úkoly orgánů veřejné zprávy týkající se této oblasti.

Ustanovení §2 loterijního zákona obsahuje demonstrativní výčet tzv. standardních hazardních her. Ty se dělí na loterie, sázkové hry a tomboly. Jednotlivé druhy loterií jsou různým způsobem povolovány. Na provozovatele jsou kladeny určité požadavky a rozhodují o nich různé orgány. Mezi sázkové hry se řadí i hry provozované prostřednictvím výherních hracích přístrojů nebo podobných zařízení. Dále pak sázkové hry v kasínech, hernách a to i za pomoci mechanických zařízení nebo rulet. Patří sem i dostihové sázky (Kramář, K., Hušák, A., 2006).

Povolování loterií a jiných podobných her je upraveno v §4. Toto povolení se vydá, je-li hazardu zajištěno řádné provozování, nenarušuje-li veřejný pořádek ani ustanovení jiných právních předpisů a zároveň bude-li stanovená část výtěžku použita

pro sportovní, zdravotní, sociální, ekologický, kulturní nebo jinak veřejně prospěšný účel. Povolení může být vydáno pouze právnické osobě se sídlem na území České republiky. Pro subjekt platí, že je tím myšleno skutečné sídlo podniku. Další podmínkou je absence zahraniční majetkové účasti. Existuje ale možnost výjimky, a tu uděluje Ministerstvo financí v případě, že právnická osoba má formu akciové společnosti a základní jmění v minimální výši 100 mil. Kč. Pro interaktivní loterijní terminály platí obecné povolovací podmínky, ačkoli nejsou v loterijním zákoně přímo uvedeny. V tomto případě povolení vydává Ministerstvo financí, stejně tak jako povoluje internetové kursově sázení (Kramář, K., Hušák, A., 2006,39-49). Kursově sázení přes internet bylo povoleno od ledna roku 2009 a své servery tenkrát spustilo pět největších sázkových společností a samozřejmě je následují další. Sázet přes internet mohli hráči i dříve, ale s tím rozdílem, že stát přicházel o miliony na daních.

Rozhodujícím orgánem v povolování loterií a jiných podobných her je tu obecní úřad v přenesené působnosti pro svůj územní obvod, krajský úřad pro svůj správní obvod, nebo ministerstvo v případě, je-li výherní hrací přístroj provozován v kasinu a u výherních hracích přístrojů na cizí měnu. Co se týká výherních hracích přístrojů, je jejich povolení, provoz a kontrola upravena nejen loterijním zákonem, ale i dalšími prováděcími vyhláškami ministerstva financí a dalšími souvisejícími předpisy.

Obce a hazard

Loterijní zákon obcím umožňuje rozhodování pouze u výherních hracích přístrojů, loterií a tombol menšího významu. Zároveň jim ale přenechává i výkon státního dozoru v dané oblasti. K tomuto účelu obcím umožňuje vydávat obecně závazné vyhlášky, vše ostatní je svěřeno Ministerstvu financí.

Obec tak může vyhláškou omezit provozování výherních hracích přístrojů v čase a místě. Regulace u jiných hazardních her však formou obecně závazné vyhlášky není možná. Jedinou možnou cestou je tak pro obce uplatnění práv účastníka řízení u Ministerstva financí nebo návrh na revizi již vydaných povolení. To znamená, že obec má snahu regulovat hazard na základě vyhlášky. Rovněž na základě zmocnění v loterijním zákoně zakazuje provozování výherních hracích přístrojů v okruhu vzdálenosti do 100 m od škol, školských zařízení, zařízení sociální a zdravotní péče, budov státních orgánů a církví. Dalším omezením pro provozovatele je to, že výherní hrací přístroje nesmí být provozovány v určité hodiny. Přesto všechno je taková úprava nedostatečná, protože se nevztahuje na videoloterijní terminály.

Výsledkem bylo, že většina heren během času přecházela k provozování právě videoterminálů, které vyhláškou nešlo omezit. Počet výherních hracích přístrojů tak sice podle prezentovaných informací za poslední tři roky klesl, ale u videoterminálů, které povoluje Ministerstvo financí je skutečnost naprosto opačná. Videoterminály tak pouze nahradily výherní hrací stroje. Takže možnosti měst a obcí regulovat hazard na základě právní úpravy platné do konce roku 2012 byly i přes jednání a všechny snahy omezené.

Jak uvádí Pruner (2008, 49-50), v naší republice jsou nejvíce rozšířeny právě hrací automaty a videoloterijní terminály. Výsledkem je v přepočtu 200 osob na jeden výherní hrací přístroj což je výrazně více nežli v okolních zemích. V posledních letech je tak vsazeno do jednoho hracího přístroje okolo 1 milionu korun, což je 2 700 korun denně.

2. Patologické hráčství

2.1. Definice a vznik

Patologické hráčství spočívá v častých a opakovaných epizodách hráčství. Hráč nehledí, jaké jsou dopady na jeho sociální, materiální, pracovní a rodinné hodnoty. Chorobné hráčství nemá jedinou příčinu a navíc pomoc nepotřebují jen chorobní hráči, ale jejich příbuzní, přátelé a blízcí. Diagnóza F63.0 je kvalifikována jako jakákoli náruživost vedoucí k hraní na proherních automatech, ve kterém člověk pokračuje bez ohledu na problémy, které jsou důsledkem. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout. Toto puzení a zaujetí se stupňuje v dobách, kdy je život stresující. V České republice se diagnóza patologického hráčství F63.0 oficiálně používá od roku 1994 (Kalina, K., a kolektiv, 2003).

V roce 1980 Americká psychiatrická společnost postulovala patologické hráčství jako medicínský problém. Pojem patologického hráčství se stal psychiatrickou diagnózou F63.0, ale mělo by se odlišovat od:

- nadměrného hráčství u manických pacientů (F30),
- hráčství u sociopatických osobností (F60.2) – u těchto lidí se vyskytuje trvalá porucha sociálního chování projevující se agresivním a necitlivým chováním vůči ostatním členům společnosti a dopouští se trestné činnosti ještě před tím, než začne intenzivně hrát. Oproti tomu patologický hráč, pokud páchá kriminální činnost, tak již jako důsledek získání závislosti,
- hráčství a sázkařství (Z72.6) – lidé patřící do této kategorie mají snahu vyhrát peníze nebo prožít vzrušení ze hry. I když budou muset čelit finančním ztrátám a problémům, s největší pravděpodobností budou svůj zvyk držet na uzdě (Nešpor, K., 2007).

Na rozdíl od závislosti na alkoholu nebo toxických látkách se u patologického hráčství vyvíjí pouze psychická závislost. Protože do organismu neproniká žádná cizorodá látka, neobjevují se ani typické abstinenci příznaky jako u člověka závislého na toxických látkách nebo alkoholu. Deprese a suicidní tendence se vyvíjejí až jako důsledek neúspěchu ve hře a následném nedostatku peněz jako výsledku proher.

Vznik

Určitě nelze tvrdit, že ten kdo prohraje větší množství peněz je patologický hráč. Ona sama hranice mezi hazardní a nehazardní hrou je velmi neostrá. Tatáž hra může být hazardní, hraje-li se o peníze a nehazardní ta, která je hraná jen tak pro zábavu a ukrácení chvíle. Níže uvedené rozdělení pochází ze Spojených států, kde mají s touto problematikou rozsáhlé a dlouhodobé zkušenosti. Odstupňování dráhy gamblera, kterou

prochází a následně stupně uzdravování má více stádií podobně jako u závislosti na alkoholu nebo drogách.

1. Fáze výher

Z počátku začíná chorobná hra nenápadně, občasná hra ještě nepřináší zásadní problémy. Hráč zvyšuje sázky, hraje častěji, touží hru zopakovat. Časté jsou fantazie o velké výhře. Přechází k hraní v osamocení a chvástá se výhrou, i když to nemusí být pravda.

2. Fáze prohrávání

Postižený myslí hlavně na hru a nedokáže s ní přestat. Následuje půjčování peněz, skrývání hry, neúspěšné pokusy s hrou přestat. Dostávají se problémy se splácením dluhů. Jedinec se začíná chovat k ostatním bezohledně, v rodině se objevují vážené problémy. Člověk, který je závislý na hře, nedbá o své zdraví, stává se uzavřeným, podrážděným a neklidným. Není vyloučeno, že si hráč bude opatrovat peníze nezákonným způsobem. Při odhalení rozsahu škod a dluhů hráč lituje, slibuje, že již nebude hrát. Tím uklidní a uspokojí své okolí i sebe samotného. Potom ale opět následuje návrat ke hraní (Heretik, A., a kolektiv, 2007, 317)

3. Fáze zoufalství

Pověst hráče je poškozena, ke slovu přichází soudní jednání nebo podmíněné tresty. Následuje odcizení od rodiny a přátel. Za své neštěstí viní své okolí, snaží se přenést odpovědnost na druhé. Dostávají se výčitky svědomí, ale chybí snaha o změnu. Stav hráče se zhoršuje, propadá beznaději, depresím, následuje útek k alkoholu, rozvod a někteří uvažují o sebevraždě. V této fázi je již hráč plně závislý na hře (Tkáč, J., 2008). Závislost vychází ze systémové teorie, to znamená, že nemá jedinou příčinu. Vzniká a udržuje se při vzájemném a často i zpětném působení různých systémů. Níže uvedu čtyři základní systémy:

- Systém psychický – někteří jedinci jsou zranitelnější např. tím, že se nacházejí v obtížné zatěžující životní situaci nebo v souvislosti s určitými povahovými rysy, např. hledat vzrušení za každou cenu.
- Systém fyzický – ovlivňuje úroveň zdraví a celkovou kondici a to i přes to, že chorobné hráčství nepůsobí silné tělesné odvykací příznaky
- Systém rodinný – rodina může jedince před vlivem patologického hráčství chránit, ale může vzniku závislosti napomáhat. Např. že v rodině nejsou stanovena jasná pravidla, jejichž dodržování se prosazuje.
- Systém sociální – společnost se zásadně podílí na prevenci nebo vzniku patologického hráčství např. tím, že důsledně reguluje provozování a dostupnost hazardních her (Marhulová, J., Nešpor, K., 1995, 97).

Vývoj vzniku závislosti na hře má obvykle chronický charakter, dochází jak k výkyvům projevu ta ke střídavému zhoršování nebo zlepšování stavu hráče. Vývoj vzniku závislosti na hře popisuje Vágnerová (2004, 580) ve čtyřech fázích:

1. Fáze rekreačního hraní

Jedinec hraje pro zábavu a dokáže při tom dodržet časový i finanční limit, hra má společenský charakter. Hraje jen občas a investuje do hry menší předem určenou obnos peněz. Hlavní je to, že si plně uvědomuje míru pravděpodobnosti výhry i prohry, a není pro něj tak důležitá.

2. Fáze vázanosti na výhru

Paradoxně právě výhra vede k přesunu z první do této druhé fáze. Právě zkušenost s výhrou a navozenou potřebou si tento zážitek zopakovat. Aby dosáhl opět výhry, zvyšuje hráč sumu i četnost pokusů vyhrát. Začíná se měnit hodnocení možnosti opětovně vyhrát, ztrácí nadhled, převažuje nekritický optimismus. Úbytek kritičnosti se projevuje i ve způsobu hry. Čím více prohrává, tím větší potřeba vyhrát a kompenzovat tak dřívější prohry. Hra v tomto období je individuální aktivitou, hráč nestojí o společnost jiných spoluhráčů, vnímá je jako konkurenci.

3. Fáze závislosti na hře

Hráč se dostává do stadia, kdy s hrou již nedokáže přestat. Potřeba hrát je dominantní, vše ostatní je podružné. Závislost na hře se začne projevovat těžko zvladatelným puzením ke hře a vtíravými myšlenkami na hru. V tomto období se objevují první potíže, většinou jde o nedostatek peněz. Závislý si půjčuje peníze, ale samozřejmě není schopen je vracet a proto lže a vymlouvá se, dluhy narůstají. V situaci tísně začne porušovat jinak dosud respektované sociální normy, začne podvádět a krást.

4. Fáze sociálního selhání

V tomto stádiu dochází v důsledku nepřijatelného chování ke ztrátě většiny důležitých rolí, včetně rodinného zázemí. Kriminální chování majetkového charakteru, někdy spojené i s násilím, vede k uvěznění a následné stigmatizaci rolí trestaného. V některých případech je důsledkem bezdomovectví.

Nabízí se otázka, za jak dlouhou dobu se si jedinec vypěstuje závislost. Někdo propadne závislosti po třech letech, jiný například děti nebo dospívající potřebují pro získání závislosti kratší čas. Někdy stačí několik měsíců nebo dokonce týdnů. Každý

chorobný hráč nemusí projít až do stádia zoufalství. Platí, že čím dříve se hráč rozhodne přestat s hraním tím má větší šanci se vypořádat s problémem a usnadnit proces uzdravování, který taktéž podle amerických pramenů má tři stádia.

1. Fáze kritičnosti

V této fázi se hráč snaží o hledání pomoci a naděje. Opouští svět fantazií, přestává hrát, začíná uvažovat odpovědně. Provede svou finanční inventuru, naplánuje splácení dluhů a je ochoten i schopen řešit nashromážděné problémy. Uvažuje jasněji, rozhoduje správně a vrací se do zaměstnání.

2. Fáze znovu utváření

Podle sestaveného plánu platí dluhy a postupně nahrazuje škody. Je méně podrážděný a vrací se mu sebeúcta. Zlepšuje se i klima v rodině, protože s rodinnými příslušníky tráví více času. Dokáže řešit spory s úřady i soudy. Je schopen si stanovit kvalitní cíle pro život, získává důvěru přátel (Tkáč, J.2008).

3. Fáze růstu

Jedince opouštějí myšlenky na hru, nachází nový způsob života a začíná pohotově řešit problémy. Více naslouchá druhým a dovede pomoci. Je pochopitelné, že této fáze dosáhnou jen někteří, jiní zůstanou na půli cesty a bohužel někteří ani nejsou ochotni se na tuto cestu k duševnímu zdraví vydat (Nešpor, K., 1994, 18-19).

2.2. Etiologie a patogeneze gamblingu

Mnozí předpokládají u závislého hráče nevědomý, vnitřní nevyřešený konflikt. Vnějšími predispozičními faktory mohou být úmrtí nebo rozvod rodičů před dosažením adolescence postiženého jedince. Výchovné sekýrování nebo rozporuplná výchova v dětském věku, expozice hráčství v rodině nebo mezi přáteli. Někdy se jedná o rodiny, které zanedbávají své finanční záležitosti, plánování, zajištění bezpečnosti nebo kde je zdůrazňován význam peněz jako ekvivalent úspěchu. U žen je riziko hraní často spojeno s depresí, zatímco u mužů není deprese signifikantním rizikovým faktorem vzniku patologického hráčství. Faktory, které ovlivňují hraní u mužů, jsou alkoholismus nebo patologické hráčství v rodině, rodinné problémy a nepokoje nebo hráčství počínající v mladším věku.

Co se týká neurobiologie, byly u patologických hráčů objeveny nižší hladiny dopaminu a zvýšené hladiny metabolitu v mozkomíšním moku, což svědčí o zvýšení dopaminových transmisí. U mužů byla po výhře zjištěna zvýšená hladina v periferní krvi. Mnohé výsledky také svědčí o dysregulacích v serotoninovém systému, které by

měly přispívat k horší kontrole impulzivního chování (Šerý, O., 2010, 162). Jak uvádí Nešpor (2011) patologické hráčství souvisí s vlivem dopaminu. O tom svědčí nekontrolovaná hazardní hra, která se objeví po nasazení antiparkinsonik a mizí po jejich vysazení. Patologický hráč není závislý na látce přiváděné do těla zvenčí, ale na té, která vzniká endogenně.

Na chování gamblera je nahlíženo různě, záleží na úhlu pohledu. Psychoanalytici zdůrazňují určité prvky sadomasochistického chování se sebestrádáním z požitku viny a všímají si slasti, která provází ambivalentní pocity či úzkost. Je popsán vztah hráčů k štěstěně, která je pro gamblera jakási symbolicky významná velká matka. Deseinsanalytici poukazují na pocit vnitřní prázdnoty gamblerů, jakýsi běh na prázdno, který pravděpodobně vyvolá pseudosociální chování a působí jako obrana proti mezilidským vztahům.

Teorie učení nahlíží na gambling jako na učení se repetitivní stimulací s občasnou slastí, která doprovází stav vzrušení. Sociologové předkládají myšlenku rizika výkonu a konzumu současného charakteru lidského chování, které se může proměnit až do kompulsivního usilování o to být lepší než ostatní a může být provázeno pojetím života jako jedné velké štvance. O podobné myšlení se opírá i druhá sociologická úvaha o úzkosti jedince z prostředí, které vnímá jako hostilní a snaží se při hraní vyvolávat situaci, které se může cvičit jak hostilitu prostředí zvládnout. Některé jiné úvahy věnují pozornost koincidenci s některými jinými poruchami například depresí, magického myšlení, onnipotentních pocitů a víry v nadpřirozené síly nebo existencí vysokého stupně iracionality v myšlení gamblerů. Gambling je velmi často doprovázen depresí. Někteří odborníci si depresi vykládají nedostatkem endorfinu v mozku nebo nižší aktivitou serotoninového systému v mozku (Kalina, K., a kolektiv, 2003).

Podle předního českého odborníka na závislosti Karla Nešpora se gambling poslední desetiletí nezvýšil ani tak pravděpodobně změnou našich mozků, ale zvýšenou dostupností možnosti hazardního hraní. Na druhé straně je také možné uvažovat nejenom o jakémsi nedostatku mozkové funkce, ale docela obyčejně o stavech slasti či jiného žádoucího pocitu, kterých jedinec tímto jednáním dosahuje, jako například při adrenalinových sportech.

Značnou roli hraje struktura osobnosti stejně tak jako v případě jiných závislostí jako například alkoholu či drogách. V případě axiosní poruchy můžeme patologické hráčství vnímat jako záležitost adaptační. Jedná se o ventilování tenze. Určení diagnózy není jednoduché. Jak jsem výše uvedla, jako vodítko lze považovat opakující se hráčství, ve kterém často pokračuje i přes nepříznivé finanční a zejména sociální problémy, jako je zhoršení ekonomické situace rodiny, narušení rodinných vztahů a rozvrácení osobního života.

Kritérium pro určení diagnózy je kvantitativní a kvalitativní. Posuzování kvantitativní zahrnuje problematiku motivace, to znamená problém peněz. Zásadní rozdíl mezi normou a patologií je vztah k penězům jako k financím. Normální je to, co umožňuje normální fungování osobnosti. Jde o kvalitu prostředků, se kterými se pracuje. Adaptace a tlak prostředí může posilovat některé nežádoucí projevy, které by podle tohoto kritéria byly považovány za normu. Většina hráčů hraje, když peníze mají, ale závislý hráč hraje, i když peníze nemá, protože je chce vyhrát. Oproti tomu kvalitativní kritérium předkládá otázku: Co je to hra? Hra je dialog s prostředím, má svou logiku, obsahuje prvek experimentování s lidmi a schopnostmi. Ale závislý hráč ji přestává vnímat a věnuje se modelovému chování, které ho pohlcuje natolik, že si neuvědomuje ztráty (Prunner, P., 2008).

2.3. Diagnostika patologického hráčství

S patologickým hráčstvím se pojí některé kognitivní distorze. Zvětšená obratnost v hraní bývá následně provázena zvýšenou sebedůvěrou, což bývá v přímém kontrastu s množstvím prohraných peněz. Nezdravě věří ve své schopnosti objevit způsob, jak vyhrávat.

Pověřivost bývá také typická pro gamblery, a to buď talismanská, kdy prostě věří, že nějaký předmět mu přinese štěstí ve hře, nebo pověřivost rituální, což je víra v určitý rituál, například si smí sednout jen na určité místo v herně. Víra v pověřivost kognitivní znamená, že určitý mentální stav přinese štěstí ve hře, kupříkladu modlení.

Sklon k vysvětlování opakovaných proher, racionalizace, bývá také častý. Jde o vysvětlení, že momentální série proher musí být vystřídána sérií výher. Gambler si vždy najde mnoho důvodů, proč pokračovat v hraní, ale ani jeden důvod proč s hraním přestat. Antropomorfismus ve formě přičítání lidských vlastností výherním automatům lze též sledovat v chování některých gamblersů.

Selektivní paměť pro výhry, především pro ty větší a těžkosti pro vybavování si proher je jedním z dalších charakteristických příznaků kognitivní distorze gamblersů. Iluze kontroly nad štěstím ve hře může být charakterizována vírou gamblera, že štěstí osciluje mezi periodou dobrého a špatného období, které lze předvídat ve snech, intuici. Závislí hráči se mohou domnívat, že mohou dosáhnout výhry pouze v určitých hrách atd. Iluzorní korelace mezi výhrou a nějakými vnějšími okolnostmi jsou, pro některé závislé, výzvou k vytvoření takových podmínek, za jakých dříve získali vyšší výhru (Šerý, O., 2001, 162).

Kvalitativní kritéria stanovení diagnózy psychopatologického hráčství jsou:

- Progresivita – jedná se o základní kritérium. Začátek je prvotní kontakt s přístrojem a jeho programem. Při závislosti dochází k tomu, že hráč je ochoten riskovat ztrátu zaměstnání, rodiny a peněz.
- Nejsou respektovány meze přijatelných ztrát – pokud jedinec hře propadne, půjčuje si peníze na další hru bez jakéhokoli omezení
- Impulzivita – nejvýrazněji se projevuje u gamblerů. Například pokud závislý uslyší doma při sledování filmu znělku automatu, neodolá a odejde hrát. Ale úplným řešením není ani úplná izolace, protože ani není možná. Řešení je jen částečné a to formou hospitalizace, která samozřejmě nemůže trvat po celý život
- Ambivalence k penězům – hráč propadá samotné hře, nikoli touze po penězích
- Otázka dluhů a krádeží – u patologického hráčství převažuje nenásilný způsob získávání peněz. Tlaku jsou vystaveni především rodinní příslušníci a příbuzní
- Mezi závislými je mnohem častější zastoupení mužů nežli žen. (Nešpor, K., 2007)

Nástroje

Přehled některých nástrojů určených k průzkumu a hodnocení patologického hráčství.

South Oaks Gambling Screen (SOGS) je dvacetí položkový diagnostický nástroj pro určení patologického hraní. Výsledek v dotazníku SOGS je složen souhrnem kladně zvolených odpovědí u vybraných položek. V případě počtu pěti a více bodů je možné vyslovit domněnku, že se u odpovídající osoby objevuje hráčský stav poukazující na pravděpodobné patologické hraní. Test vykazuje výbornou vnitřní konzistenci, validita byla vyzkoušena prostřednictvím nezávislých poradců a rodinných členů. Prokázal i dostatečnou diagnostickou správnost mezi členy Gamblers Anonymous, universitními studenty a zaměstnanci nemocnic. Nerozlišuje však patologické hráče na ústupu poruchy od těch, kteří hrají aktivně problematicky dál. Má celkově vysokou míru validity a velmi vysokou diagnostickou citlivost (Prunner, P., 2008, 210).

Gamblers Anonymous 20 questions (GA-20) organizace Gamblers Anonymous veřejně publikuje svých dvacet otázek sestavených pro účely identifikace problémových hráčů. Součet sedmi a více kladných bodů říká, že dotyčný je problémový hráč. Tento test vykazuje vysokou vnitřní konzistenci. Rozlišuje mezi společenskými a problémovými hráči s citlivostí, přesností a diagnostickou správností (Frouzová, M., 1997, 11).

Gambling Behavior Interview (GBI) jedná se o 76- položkový diagnostický, hodnotící nástroj, hodnotící patologické hraní během posledního roku. GBI je tvořen osmi následujícími částmi:

- hráčské postoje (4 položky),
- frekvence různých typů hraní (15 položek),

- čas a peníze strávené hraním (4 položky),
- hráčská frekvence na různých místech (7 položek),
- SOGS (15 položek),
- diagnostická kritéria American Psychiatric Association DSM-IV (10 položek),
- výzkumné diagnostické položky (32 položek)
- demografické údaje (9 položek).

GBI má výbornou vnitřní konzistenci, dobrou rozlišovací schopnost mezi souborem běžné nehrající populace a souborem tvořeným osobami léčícími se v souvislosti s hráčskými problémy.

Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS) je diagnostický rozhovor orientující se na zjišťování průběhu hráčské historie hrajícího jedince a svojí povahou patří do kategorie standardizovaného strukturalizovaného lékařského rozhovoru. Kromě 20 diagnostických položek zaměřujících se na dlouhodobou genezi a vývoj za poslední rok tento diagnostický rozhovor hodnotí i historii léčby, počátek hraní, rodinné a společenské vlivy.

Massachusetts Gambling Screen (MAGS) tento hráčský dotazník byl sestaven k zjišťování hráčských problémů a hodnocení problémového hraní mezi mladistvými a dospělými. MGAS měří chování během posledního roku a obsahuje 14 položek převzatých a upravených z Krátkého Michiganského alkoholického testu. MGAS nerespektuje obecně uznávanou pětibodovou stupnici hráčských závislostí a stanovuje třístupňovou klasifikaci respondentů. Diagnostikuje hráče bezproblémové, hráče přechodové a hráče patologické (Prunner, P., 2008, 214).

Jak uvádí Heretik (2007, 321) diagnostika poruch osobnosti by měla být prováděna nadvakrát. První v době akutních těžkostí a podruhé po uplynutí určitého času. Je zřejmé, že v psychodiagnostice poruch osobnosti je více jak u jiných poruch nevyhnutelná kombinace klinických metod jako je interview, anamnéza, pozorování a metod testových jako je dotazník, projektivní metody stejně jako analýza průřezových a průběhových charakteristik poruchy.

2.4. Teorie vzniku závislostí

Sociologické teorie vzniku závislosti

Tyto teorie vycházejí z makrosociálních vztahů a zákonitostí. Hodnotí vznik závislosti s ohledem na sociální strukturu, klima a možnosti společnosti. Zájem se přesouvá od jedince na societu jako celek. Vycházejí z určitých předpokladů a na ně navazujících pravidel. Pokud je nabídka drog lehce dostupná nebo možnost hrát hazard, je větší spotřeba drog, více lidí hazardně hraje a následně je více závislých (Mühlpachr, P., 2009).

Sociologické teorie se zaměřují na kontext, ve kterém se vše děje. Velmi všeobecně řečeno, všímá si vlivů, vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí nebo deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po konkrétnější a specifitější ovlivňování. Určitě se jinak formuje zrání jedince v prostředí na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, morálkou, hodnotami (Kalina, K., 2003, 93).

Dalším jevem, patřícím pod sociální teorii, je snaha jedince někam patřit. Je-li možná účast v deviantní subkultuře, kde je možno se vyhnout nepříjemným situacím, které společnost přináší, je zde zároveň možno se touto cestou společností pomstít. Jedinci se nepodařilo získat si své místo v normální společnosti, ale v této subkultuře ano. Jestliže se takovýto člověk stane úspěšným členem v této subkultuře, ztrácí motivaci začlenit se do běžné společnosti a ztratit tak své postavení. Následkem této sociální seberealizace vzniká sociální závislost na této subkultuře (Mühlpachr, P., 2009).

Systemová teorie, kdy jedinec má silný strach ze separace a osamostatnění od nukleární rodiny, není ničím výjimečným. Pokud nejsou splněny předpoklady pro přirozenou separaci, je možné, že se dospívající dostane do vnitřního konfliktu. Bude cítit potřebu nepodílet se na úzkých rodinných vztazích, starých rolích a soužití, ale zároveň bude cítit pocit viny, že chce odejít, nebo úzkost a prázdnotu z toho, že by se měl více starat o sebe. Pro takovýto vnitřní konflikt může nabízet kompromisní řešení právě problémové užívání drog nebo pití. To totiž poskytuje velkou škálu dočasných náhradních kroků. Například ulevuje od pocitů bezmocné zlosti nebo marnosti, dává zažít pocit osvobození a odpoutání, které si dospívající jinak nemůže přirozenou cestou zajistit (Kalina, K. 2008, 43). Dalším prototypem rodinné struktury závislého jedince je silná pozitivní spoluúčast jednoho z rodičů proti druhému, který má odmítavý nebo trestající postoj. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a příliš starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost, posiluje to stabilitu takového rodinného schématu.

Teorie anomie vychází z Durkheimova předpokladu závažného vlivu rozpadu sociálních norem v důsledku revolucí, válek, dramatických sociálních změn, patologického chování, vzestupu konzumace alkoholu a drog. Rozpad je doprovázen absencí společenské solidarity a soudržnosti. Závislost pak funguje jako únikový obranný mechanismus (Pančocha, K., 2006, 34).

Klasické studie se zaměřují na měnící se společnost, v níž narůstá komplexita. Komplexita vede k nárůstu integrativní funkce, která by mírnila tenzi, nejistou a pocitu ohrožení, což může zajistit alkohol, droga nebo únik do virtuálního světa her. Rozvoj masové komunikace a kultury, migrace lidí do měst, vzrůstající tlaky na bazální sociální konformnost, zvyšující míru napětí a tlaků.

Podle distribučního modelu lze formulovat některé obecné zákonitosti. Státy s vysokou spotřebou mají větší prevalenci chorobnosti související s alkoholem. Čím více je ve společnosti konzumentů, tím více v ní bude závislých a tím větší bude výskyt ekonomických a dalších škod. Výskyt a rozložení alkoholismu jsou determinované celkovou úrovní spotřeby v dané situaci. Spotřeba na obyvatele za rok poskytne spolehlivý odhad počtu závislých a nakonec existuje úzká korelace mezi úmrtností cirhózou jater a celkovou spotřebou alkoholu (Mühlpachr, P., 2009, 59-60).

Jak uvádí Kalina (2008, 238), ve společnosti s negativním postojem k hazardu či drogám se tyto činnosti šíří velmi omezeně. Některé státy USA s přísnějšími zákony omezujícími hraní mají například ve srovnání s jinými státy USA o 70% nižší výskyt chorobného hráčství. Tam, kde si již společnost na určitou drogu zvykla, je téměř nemožné za ní zavřít dveře. Rozvoj hazardního hraní je podporován širokou základnou hráčů, herních přístrojů, na které si mládež navyká, má k nim vášnivý až závislostní vztah. A přestup na hazardní hraní je jen malým krokem.

Biologické teorie závislosti

Základní východisko těchto přístupů spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytváří dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Mezi biologické teorie se řadí genetická teorie, enzymové teorie, které se vztahují nejčastěji k alkoholové závislosti a dopamin-endorfinová teorie.

Genetická teorie vychází z předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci. Primární podporu teorii poskytly studie z počátku století, kdy mezi předky diagnostikovaného alkoholika byly objeveny osoby s alkoholickým vývojem a sociální či psychologickou patologií. Z výzkumů prováděných na zvířatech i lidech vyplývá že, nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků, i když moderní genetické výzkumy jednoznačné výsledky nepodávají.

Enzymové teorie spojují vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol, v případě závislosti na alkoholu.

Dopamin-endorfinová teorie má platnost nejen pro závislost na alkoholu, ale i na závislosti na jiných drogách. Nejnovější výzkum endorfinů ukazuje na úzkou fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostmi, které nejsou vázané na nějakou látku. Endorfiny jsou vznikající látky v organismu podobné opiátům, které vzbuzují podobné účinky jako drogy. Organismus je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní zátěžové situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolesti, mají dočasně omamující účinky a vyvolávají pocity euforie. V určitých situacích jsou v lidském mozku prokazatelně přítomné (Mühlpachr, P., 2009, 58).

Jak popisuje Kalina (2008, 25) současné paradigma modelu závislosti z pohledu, který umožnil zejména rozvoj zobrazovacích metod mozku. Z pohledu neurobiologického lze vyvodit zajímavé konsekvence pro praktický přístup k závislým.

Tento model vychází v současnosti z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích, nazývaný jako systém odměny. Systém odměny byl objeven v 50. letech 20. století, v 70. letech začalo být spojováno užívání drog se vzestupem dopaminu v mozkové oblasti zvané striatum. V současnosti se pak tento model rozpracovává do mnohem větší komplexnosti. Pozornost se tak zaměřuje na více funkčních a anatomických struktur než pouze na oblast systému odměny, na zvýznamnění role mnoha neurochemických systémů než jen dopaminu, na hledání dlouhodobých adaptací a jejich nitrobuněčných mechanismů.

Je možno říci, že předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením biologického agens, tedy drogy na biologický substrát-mozek dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží závislost jako chronické recidivující onemocnění mozku, respektive systému odměny.

Psychologické teorie závislosti

Při hledání příčin vzniku závislosti se uplatnil rovněž psychologický přístup. Jedna z tradičních teorií je redukce tenze. Tato teorie ztrácí postupně svoji platnost a je vystřídána propracovanějšími.

Hlubinná psychologie se zabývá zkoumáním oněch hloubek lidské osobnosti tj. vrstev nevědomí, z nichž pramení nevědomé impulzy, utvářející dynamiku nevědomí (Nakonečný, M., 2009, 441).

Hlubinná psychologie nabízí několik odlišných pohledů na problém látkové závislosti. Nejstarší hypotézy vychází z klasické analýzy, později se látkovou závislostí zabývá též neopsychoanalýza. První pokusy vysvětlit patogenezi zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých s rysy raných vývojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog.

Abúzus představuje emoční obranu spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Drogy jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání drog není hledáním vzrušení, ale farmakologickou redukcí emočního utrpení, stresu (Pančocha, K., 2006, 34).

Psychoanalytická teorie vychází z názoru, že závislost je součástí našeho narušeného já s projevy omnipotence, potřebou uspokojení, sklonem k agresi. Narušené relační vztahy a droga vytváří pak pseudovztahy. Jedná se také o narušenou fluorační toleranci, sebekritičnost, následkem čehož vzniká potřeba sebedestrukce. Zvyšuje se touha mezi ostatními ve společnosti vyniknout na úkor schopnosti tuto touhu uskutečnit.

Zřetelné jsou i projevy podrážděnosti a zlosti. Zvláště pak v období adolescence, kdy je emocionální napětí a nejistota maximální (Mühlpachr, P., 2009, 61).

Samotná psychoanalýza je definována jako věda o nevědomí. Nevědomí je klíčovým pojmem psychoanalýzy, jejíž revoluční přínos spočívá právě v tom, že objevila podstatný význam nevědomých motivací v lidském chování. Stručně řečeno, je to metoda poznávání nevědomých psychických procesů a metoda zpracování a řešení psychických konfliktů, které mají v těchto nevědomých procesech původ (Nakonečný, M., 2009, 504).

Neobehaviorální psychologie v souladu s teorií učení odmítá závislost jako nemoc a prezentuje ji jako naučené chování. Říká, že závislostní chování vychází z potřeby sebeprosazení, a uvádí tyto principy učení maladaptivním formám chování. Za prvé, že zdrojem maladaptivních forem chování jsou sociální faktory, nezvládnuté konflikty, nadměrná zátěž a jiné. Za určitých podmínek se učením tyto poruchy upevňují, fixují a přetrvávají. Dalším principem je, že sklon ke vzniku poruchy závisí na celém předchozím vývoji jedince, na jeho předchozích zážitcích, problémech. Ty tvoří vnitřní podmínky pro to, aby se učením fixovala příslušná porucha chování. A poslední princip zastává názor, že vznik a vývoj poruch se realizuje na základě celkové psychické skladby osobnosti, tzn., že poruchové a neporuchové činnosti jsou ve vzájemné interakci (Mühlpachr, P., 2000).

Sociálně psychologické pojetí - při studiu sociálně psychologických faktorů v etiologii závislostního chování stojí v popředí pozornosti zvláštnosti struktury a dynamiky malých společenských skupin, rodina, vrstevníci. Závislostní patologie v rodině je důsledkem vnitřních rodinných napětí a konfliktů, konfliktů rodiny s vnějším prostředím spolu s nejistotou vnitřního života rodiny ve vztahu ke světu vnějšimu.

Kulturně antropologické teorie vzniku závislosti

Výběr a užívání konkrétního typu návykové látky jsou spolu podmíněny mnoha činiteli, osobnostními, věkovými, sociálními, ale i faktory historickými, kulturními, geografickými. Kulturně antropologické pojetí závislosti čerpá z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků na prožívání a chování, vazby na pohlaví apod. Sleduje také zvláštnosti ve významu a hodnocení látek tradičně zakotvených v normách a postojích dané společnosti. Etnografické výzkumy podložené biochemickými metodami prokázaly odlišnosti metabolismu alkoholu. Tyto zvláštnosti způsobují intenzivní reakci na požitý alkohol a jsou přirozenou biologickou ochranou proti abúzu.

Psychická deprivace jako příčina závislosti

Psychická deprivace bývá definována jako **psychický stav**, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Tento stav vzniká na základě ochuzení určitých žádoucích podnětů, postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil. Vedle biologických potřeb, které musí být v náležitě míře uspokojovány je definováno a výzkumně ověřeno pět vitálních potřeb potřebných pro to, aby se dítě vyvinulo v psychicky zdravou osobnost:

- Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její uspokojení umožňuje naladit organismus na určitou žádoucí úroveň aktivity.
- Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoliv učení.
- Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Její náležité uspokojování přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
- Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, neboli vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.
- Potřeba otevřené budoucnosti. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje jeho životní aktivitu. Naděje překonává stagnaci (Pančocha, K., 2006, 37).

Prenatální psychologie přináší důkazy o tom, že dítě vstupuje do tvořivé součinnosti se svým sociálním okolím již v posledních měsících svého intrauterinního života a samozřejmě pak od prvních okamžiků po narození. U jeho prvotních vychovatelů jsou uváděny v pohotovost nebo spouštěny mnohé instinktivní mechanismy, které se v časně interakci s dítětem významně uplatňují a jež jsou podkladem dalšího chování, rozvinutějšího, více uvědomělého, plánovaného, promyšleného a kulturně podmíněného.

Teorie vazby vychází z pozorování oddělování dítěte od matky a říká:

- Citově významná vazba mezi matkou a dítětem měla a má základní význam pro přežití.

- Citové vazbě tohoto druhu nejlépe porozumíme, představíme-li si v mozku matky i dítěte funkční soustavu, která uchovává jejich vzájemnou blízkost a snadnou dosažitelnost.
- Citová vazba se vyvíjí celý život, smyslem vazby je ochrana a pomoc. V průběhu dospívání a dospělosti je vazba doplňována vazbami novými.
- Chování dětí se dá popsat jako zkoumání světa z bezpečné základny. V průběhu dospívání dochází k odloučení od sebe, nicméně bezpečná základna přetrvává.
- Pečování je další součástí vazby. Bez péče by potomstvo nepřežilo.

Předpokládá se, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá jednou z klíčových příčin běžně se vyskytujících poruch chování. Porušená vazba vede ke vzniku rozmanitých duševních onemocnění, k osobnosti deprivanta. Klasické psychické deprivace ubývá. S jejím plně rozvinutým obrazem se setkáváme tam, kde spolupůsobí dva nebo více nepříznivých činitelů. Naproti tomu vyrůstá nový problém, neméně závažný, který označujeme jako psychickou subdeprivaci. Její definice odpovídá definici psychické deprivace. V případě subdeprivace máme před sebou deprivanční obraz příznaků v méně výrazné, méně určité, méně dramatické podobě. Chování deprivantů ve skupinách má svá specifika. Deprivanti snadněji vytvářejí aliance, koalice a organizace než lidé, kteří jimi nejsou (Mühlpachr, P., 2009, 64).

Teorie memů

Mem, tento termín poprvé použil Richard Dawkins (1998, 174) pro označení replikující se jednotky kulturní informace, vlastně kulturní obdoby genu. Pochází z řeckého slova mimema-napodobovat, zkráceného na jednoslabičné mem, které by znělo podobně jako gen.

Výstižně popsala definici memů Blackmoreová (2000, 67) a to jako návody k určitým způsobům chování, skladované v mozcích a šířené imitací. Šíření jakéhokoli elementu kultury, který se šíří negeneticky imitací. Imitace je typ replikace čili kopírování.

Teorie založená na vztahu deprivantů a memů. Jak uvádí Mühlpachr (2009, 65) deprivati jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality, nebo o ni přišli. Ve vztahu k normalitě jsou to lidé v různém stupni a rozsahu nepovedení nebo zmrzačení, nikoli nemocní. Postižení je výraznější v citové a hodnotové než v intelektuální oblasti. Deprivanty chápeme jako antropologickou, sociokulturní kategorii, nikoli jako kategorii diagnostickou, lékařskou (ta by byla užší). Memy jsou informace, které se v sociálním prostředí chovají jako geny v prostředí biologickém. Vztah mezi deprivanty a jejich způsoby užití memů má prvky pozitivní zpětné vazby. Někteří deprivanti vytvářejí v čase a prostoru deprivantské způsoby užití memů a naopak – tyto způsoby užití memů tvoří další deprivanty.

Je domněnka, že epidemický výskyt deprivantů a skupinové projevy jejich chování souvisejí s vývojem soudobé společnosti. Jsou jak jeho důsledkem, tak jeho pohonem. Přibývají a jsou tak závažné, že je možné uvažovat o deprivantské vzpouře. Příčinou, součástí i důsledkem deprivantství může být zneužívání psychoaktivních látek a disociační poruchy (Pančocha, K., 2006, 38).

2.5. Typologie a rizikové skupiny patologických hráčů

Sociální hráči

Nebývá u nich plně rozvinutá závislost. Pokud prohrají předem stanovenou sumu nebo pocítí problémy z důvodu hraní, dovedou přestat hrát. Hrají pro finanční zisk nebo pouze krátkodobě na základě životní krize. Je možné sem zařadit i dospívající mladé hráče. Ti hraním získávají členství k určité skupině, chtějí někam patřit. Je zde přítomné riziko vzniku závislosti, protože hraní se stává součástí životního stylu.

Hráči s narušenou osobností

Jde o jedince málo odolné proti zátěži. Jsou to lidé, kteří mají těžkosti se sebeovládáním, například špatně ovládají zlost. Jednají impulzivně zbrkle, rychle a neuváženě. Nemají pocit viny z důvodu hraní.

Hráči s nízkou sebeúctou

Hra je pro ně způsob, jak uvolnit napětí, hněv, který se v nich nahromadí, nedovedou tyto pocity ventilovat jiným, přirozeným způsobem. Bývají většinou úspěšní jak v sociálních vztazích např. v rodině, manželství, tak se jim daří i v povolání. Hraní jim poskytuje pocit vyšší hodnoty sebe samého, cítí se silní a všemocní. Po skončení hry mají pocity viny a hanby (Hupková, I., 2009, 16).

Rizikové skupiny

Růst gamblingu na celém světě je ovlivňován třemi hlavními, i když ne jedinými motivačními silami. Jedná se o motivy ekonomické, vyplývající z možnosti získat značné zisky velkých společností podnikajících v herním průmyslu. Sem lze zařadit i snahy samotných vládních struktur získat nemalé finanční příjmy bez nutnosti zvýšení daňové zátěže obyvatelstva.

Nezanedbatelný podíl na motivaci vedoucí k podporování rozvoje sázkových aktivit má stále sílící trend v hledání nových možností trávení volného času. Dnešní společnost se chce bavit, hrát, přenést se do příjemných fantazií.

Třetí oblast motivů je vázána na technický rozvoj společnosti. Růst a rozvoj společnosti přináší nové formy herních možností od video terminálů až po internetové sázení. Větší spektrum sázkových možností a větší dostupnost vedou k nárůstu osob, které své příjmy odevzdají do výherního průmyslu, v postkomunistických zemích je to až po roce 1990, tj. posledních dvacet let. Výzkumy realizované ve Spojených státech ukázaly nárůst zisků, i když ne rovnoměrný, ale nikdy se zisky nesnížily. Co se týče nárůstu hráčích, ukázaly výzkumy z let 1975 až 1999, že počet hráčích mužů stoupl z 68% na 86% a u žen obdobně. Zajímavé je zjištění, že nejvýraznější navýšení zaznamenala skupina lidí starších 65 let, z 35% na 80% (Pruner, P., 2008, 69).

Hazard u dětí a dospívajících

U dětí a dospívajících vznikají závislosti všeho druhu mnohem rychleji a to se také samozřejmě týká patologického hráčství. Proto nepřekvapí údaje z literatury, podle nichž je výskyt chorobného hráčství mezi dospívajícími a mladými dospělými vyšší než v celé populaci. Návykové nemoci se v dětství rozvíjejí mnohem rychleji nežli v pozdějších letech. Je to důsledek interakce rizikových činitelů, které se vyskytují na všech rovinách. Tyto roviny zahrnují oblast biologickou, psychologickou, ale také sociální, např. důležitá jsou očekávání spojená s hazardem a jeho propagace nebo dostupnost hazardu pro dospívající. Z tohoto pohledu je v naší společnosti situace extrémně nepříznivá. Nabídka různých forem hazardu je zde vysoká a to i pro nezletilé. Z rodinných rizikových činitelů lze předpokládat, obdobně jako u problémů působených alkoholem, negativní vliv nedostatečného rodičovského dohledu a nedostatku péče, důvěry, vřelosti a pocitu bezpečí. Dalším rizikovým faktorem je přílišná tvrdost, typická na straně otce. Stejně riziková je přílišná ústupnost a to ponejvíce ze strany matky. Je jen samozřejmostí, že vysoce rizikový faktor je výskyt patologického nebo problémového hráčství nebo jiné návykové nemoci u některého z rodičů.

Výzkumné studie také ukazují, že mladí lidé uplatňují velkou soutěživost v neformálních herních činnostech. Mají sklony se sázet mezi sebou, soustavně mezi sebou soutěží a neustále se vzájemně konfrontují. Ve zvýšené míře inklinují k hraní týmových a skupinových her. Ve své podstatě se připravují na přechod k oficiálnímu hraní nebo sázení. Toto začnou provozovat v době, kdy nabudou věku povolujícího legální sázení. Ukazuje se, že pokud je legalizované hraní snáze přístupné mladým lidem, mají mladí větší tendenci podílet se na takovém hraní. Představuje pro ně symbol dospělosti (Pruner, P., 2008, 133-134).

Zjištění, že mladiství problémoví hráči vycházejí často z rodinného zázemí, kde člen rodiny je rovněž hráčem, upozorňuje na velký socializační vliv rodiny. Názor, že dokonce mladiství z tohoto prostředí považují hráčství za normu, upozorňuje na možnost vzniku deviantní socializace. Ta pak s vysokou pravděpodobností bude negativně promlouvat do případného terapeutického procesu a bude zvyšovat riziko možné recidivy.

Jak uvádí Csémy na základě studie ESPAD 2007, že hazard je rozšířený zejména u českých chlapců. Je uvedeno, že denně nebo téměř denně hazardně hraje 1,1% chlapců ve věku 16 let a dalších 1,3% hraje přibližně jednou týdně. U části těchto dospívajících již může docházet k rozvoji patologických forem hráčství (Nešpor. K., 2011).

Hyperaktivní děti s poruchami pozornosti

O tom, že jsou hyperaktivní děti s poruchami pozornosti více ohroženy patologickým hráčstvím, existují důkazy. Je zajímavé, že mají problém vydržet jednu vyučovací hodinu sedět na jednom místě, ale u hracího automatu dovedou prosedět bez přerušení mnoho hodin. I když mrhají časem u tak zvaného zábavního automatu, zvykají si na hernu jako na běžné prostředí pro volný čas. Mají před očima negativní vzory hazardních hráčů. Ztrácejí tak čas pro učení nebo sport a zábavu s vrstevníky. Nemají tak možnost získávat dovednosti v mezilidských vztazích. Takto se logicky více vzdalují normálnímu životu (Nešpor. K., 1994).

Profesionální hráči

Hazardní hráč profesionál dovede na hazardní hře nějaký čas vydělávat. Ovládá různé triky, podvůdky, disponuje dovednostmi a zkušenostmi tak, že hra mu je finančním přínosem. Riziko, že propadne hráčské vášni, je u profesionálů značné. Pak přestane s chladným rozumem využívat zkušenosti, finty a poučky a začne hrát nesmyslným způsobem.

Nebezpečná povolání

K rizikovým povoláním patří ta, při kterých člověk přichází do kontaktu s hazardní hrou. Do této kategorie lze zařadit obsluhu herny, číšníky, ale není výjimkou i majitel herny nebo restaurace, který hraním dovede prohrát tržby. Nebezpečná povolání jsou i ta, kde jedinec má nepravidelné a velké příjmy, nebo pracuje s vysokou finanční hotovostí. Samozřejmě, že léčení vyhledávají i lidé nepracující v těchto odvětvích.

Empirické zjištění potvrzuje oprávněnost těchto názorů. Je nutné věnovat dostatečnou pozornost pracovníkům všech typů heren či sázkových kanceláří, neboť tato specifická část populace je ve větším ohrožení, než je tomu v případě jiných socioprofesionálních skupin. V případě pracovníků kasin, heren, sázkových kanceláří vzniká v důsledku soustavného kontaktu s herními aktivitami větší nebezpečí, že u nich mohou propuknout herní závislosti s následnými velkými problémy. Pozornost věnovaná této profesi by se neměla orientovat jen na oblast specializované, profesionální odborné přípravy, ale měla by být nasměrována i na prevenci možnosti vzniku herních závislostí. Toto dokazují zkušenosti s výskytem různých druhů závislostí ve vazbě na dostupnost a četnost kontaktu s objektem (Pruner, P., 2008, 83-85).

Hazard a patologické hráčství u seniorů

Senioři budou do budoucna patřit k zvětšující se skupině postižené hazardním hraním. Masivní rozšíření hazardu v České republice začalo až po roce 1990 a tento trend vývoje pokračuje. Vzhledem k tomuto vývoji lze předpokládat masivní nárůst patologických hráčů vyššího věku. Protože je hazard spojen s vysokým stresem, objevují se tyto lidé nejen ve zdravotních zařízeních zaměřených na léčbu návykových nemocí, ale v souvislosti s depresivními obtížemi i v ordinacích psychiatrů. Počet patologických hráčů vyššího věku, kteří se pro tuto návykovou nemoc léčí, je nesrovnatelně nižší než by odpovídalo rozšíření problému v populaci. Důvody zahrnují určitě v první řadě menší informovanost o léčbě, větší izolaci, nižší mobilitu a pocit stigmatizace.

Patologické hráče vyššího věku můžeme rozdělit do dvou skupin. Rozdělení je podle toho, kdy u nich problém se závislostí začal.

Do první skupiny patří senioři, kteří začali s hazardem již v mladším nebo středním věku. Tito jedinci mají určitě více dluhů i větší sociální problémy. Už u jejich rodičů se s velkou pravděpodobností vyskytovala návyková nemoc. U těchto seniorů lze předpokládat horší zdravotní stav.

Senioři, kteří začali problémově hazardně hrát až ve stáří. Jejich dluhy a sociální problémy nejsou tak velké. Častěji se u nich vyskytuje úzkostná symptomatologie. Pravděpodobnost návykové nemoci u rodičů je nižší než u první skupiny.

Patologické hráčství u seniorů je spojeno s podobnými riziky jako u mladších lidí, nevyjímaje sebevražedných tendencí. Větší část příznaků souvisejících s hazardem je společná většině patologických hráčů včetně seniorů, ale najdeme některé relativně specifické rysy. I některé rizikové faktory jsou charakterističtější pro starší patologické hráče. Na první místo lze určitě řadit takové zátěžové životní situace jako úmrtí partnera, přítele. K dalším patří odchod do důchodu a následné horší strukturování volného času, nebo samota a sociální izolace. Lidé vyššího věku někdy mají omezenější možnosti, co se týče kvalitního trávení volného času. Nemohou kvůli zdravotnímu stavu provozovat sporty, které jim dříve nečinily problémy. Chronická bolestivá onemocnění často komplikují duševní stav. Nekontrolovaná hazardní hra se také někdy objevuje po nasazení antiparkinsonik, tedy léků, které se používají při léčbě Parkinsonovy nemoci. Ta se nejčastěji vykytuje u lidí nad 50 let. Pokud by se jednalo o vedlejší účinek léků a ne patologické hráčství, po vysazení této medikace nebo jejím snížením by měly ustát problémy s hazardem. Velký problém je také splácení dluhů z hazardu. Dalším velice významným faktorem v Česku je extrémní blízkost a dostupnost hazardu (Nešpor, K., 2011).

V České republice není prozatím hraní starší generace zásadní problém, ale výhledově se tato situace zcela určitě změní. Je určitě varovný vývoj ve světě, hlavně

v Americe, kde hraní mezi staršími osobami v posledních letech výrazně vzrostlo. Starší lidé tam v současné době představují cílovou skupinu reklamních kampaní hráčského průmyslu. Přestože prozatím rozšíření hraní s věkem klesá, nelze se domnívat, že tomu tak bude v budoucnu, a nelze vyloučit, že tyto rozdíly mohou být srovnány a překonány. Už jen to, že hraní je ve světě stále méně společensky odsuzováno, je nutné v budoucnu očekávat, že velikost rozšíření mezi staršími občany se bude na celém světě stále zvyšovat (Pruner., P., 2008, 156).

Rizikové skupiny z pohledu věkové kategorie

Statistika k diagnóze F63.0 z hlediska věkových skupin

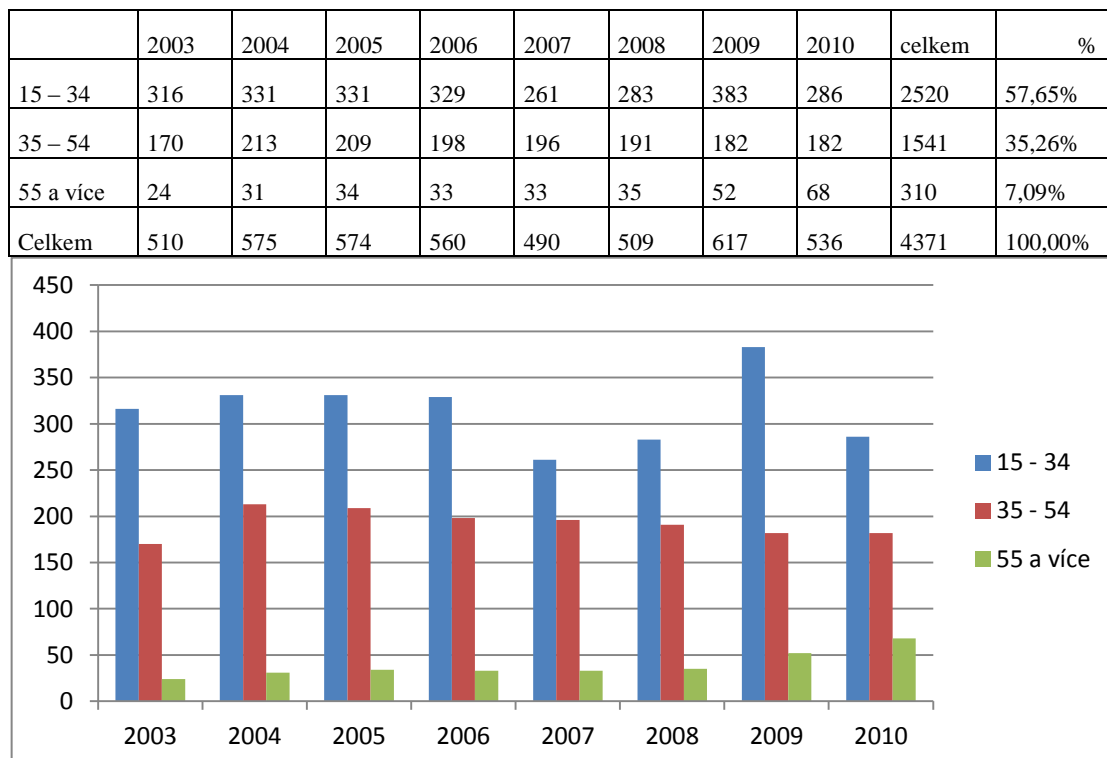
Patologické hráčství je sledovanou diagnózou v rámci drogové epidemiologické studie státu. Hygienická služba sleduje počty evidovaných pro tuto diagnózu. Jsou sledováni všichni pacienti a to jak v ambulantní péči tak ti hospitalizovaní. Následující aktuální informace byly použity na základě údajů Ministerstva zdravotnictví 1-01-Roční výkaz o činnosti zdravotnických zařízení pro obor psychiatrie, kde jsou údaje sledovány podle sídla zdravotnického zařízení, a údaje z Národního registru hospitalizovaných, které se sledují podle trvalého bydliště pacienta.

Během sledovaného období došlo ke změně nejčetnějších věkových skupin. Zatímco v roce 2003 bylo nejvíce hospitalizací ve věkových skupinách 20-24 let a 25-29 let, kdy každá z těchto skupin zaujímala asi pětinu. Tak rok 2005 vykazuje nejčetnější hospitalizace ve skupinách 25-29 let a 30-34 let. V roce 2009 byla hospitalizována pětina pacientů ve věku 25-29 let a téměř čtvrtina ve věku 30-34 let. K největšímu úbytku hospitalizací v roce 2009 proti roku 2003 došlo u věkové skupiny 15-19 let, a to o 39%, a ve věkové skupině 20-24 let, kde došlo k poklesu o více než 12%. K největšímu nárůstu hospitalizací došlo ve věkových skupinách 30-34 let, 55-59 let a 60-64 let, a to více než k dvojnásobnému (Nechanská, B., 2010).

Podle posledních informací ÚZIS dochází v posledních letech ke snížení podílu pacientů léčených pro gambling ve věku 15-19 let z více než 11% z celkového počtu pacientů léčených pro tuto závislost v roce 2008 až na 3% v roce 2010. To se samozřejmě odrazilo i v úbytku hospitalizací. V roce 2010 proti roku 2004, kde došlo k poklesu u věkové skupiny 15-19 let o téměř 60% (Nechanská, B., 2011).

S diagnózou F63.0 byly počty hospitalizací v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic o cca 60% nižší než počty ambulantních pacientů, v průměru 544 hospitalizací ročně. Uvedené počty hospitalizací měly podobný vývoj jako počet pacientů v ambulantní péči (Nechanská, B., 2010).

Počty hospitalizací s dg. F63.0 v psychiatrických zařízeních podle věkových skupin. Zpracované informace poskytnuté ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 49/2010 a 63/2011



Graf č. 1

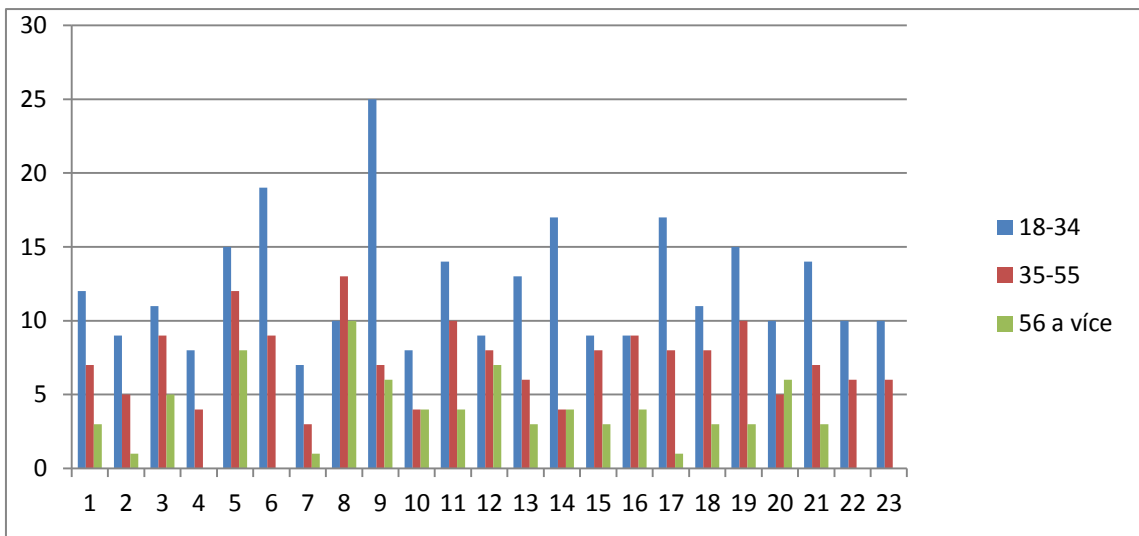
V grafu je patrné největší zastoupení věkovou skupinou 15-34 let a to 58%. Druhá věková kategorie 35-54 let je zastoupena 36%. Nejmenší podíl hospitalizovaných pacientů s diagnózou F63.0 má věková kategorie nad 55 let 6%.

Srovnáme-li zpětně získané údaje, zjistíme, že se měnila také věková struktura pacientů. Došlo ke snížení podílu pacientů ve věku 15 -19 let a to z více než 14% z celkového počtu pacientů v roce 2003 až na necelých 6% v roce 2007. Podíl dětí do 14 let v sledovaných letech je nepatrný, a to od 0,1% do 0,2% z celkového počtu pacientů. Věková skupina pacientů starších 20 let zaznamenala zvyšování, a to z necelých 86% v roce 2003 až na 94% v roce 2007. V roce 2008 došlo k nárůstu podílu dětí do 14 let na 0,4% a nárůstu podílu počtu mladistvých mezi 15 – 19 rokem na více než 11%. Jak uvádí zpráva zdravotnických informací a statistiky České republiky, navýšení počtu pacientů ve věkové kategorii 20 let bylo dáno tím, že v minulých letech problémy mladistvých spojené s počítači byly diagnostikovány jako poruchy chování F90-F98. V posledních letech však tyto problémy lékaři diagnostikují jako patologické hráčství. V roce 2009 se podíl dětí a mládeže s touto diagnózou snížil na 0,2% což je 5,5% z celkového počtu léčených závislých (Nechanská, B., 2010).

Návštěvnosti nonstop herny podle věkových skupin

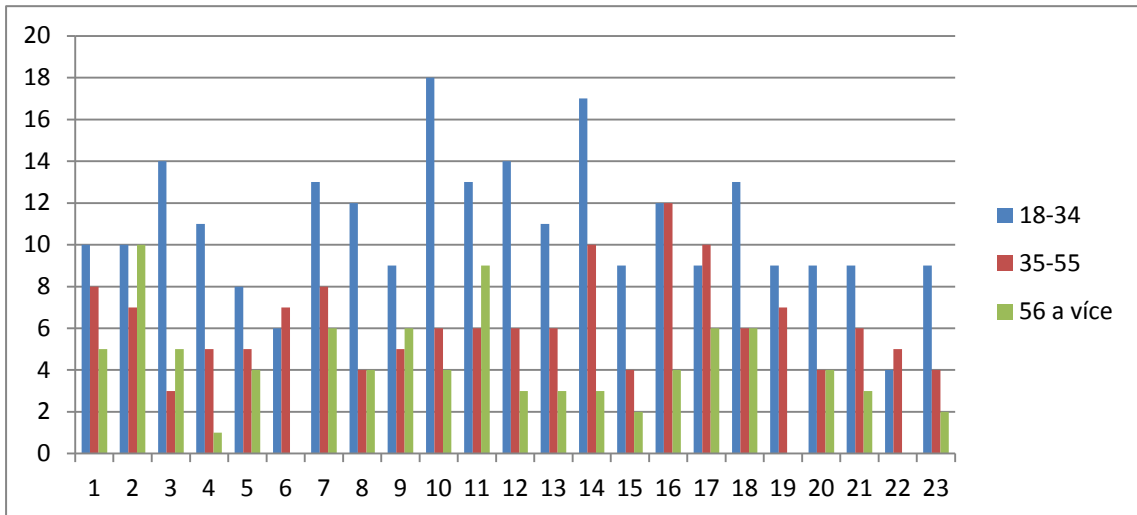
Údaje pro tuto část práce jsem čerpala z vlastního tříletého pozorování v nonstop herně ve středu města Brna. Za každý rok 23 dní po 24 hodinách což je v součtu 69 dní za tři roky a celých 1656 hodin.

V roce 2009 za 23 dní navštívilo hru a realizovalo hru na výherním automatu celkem 517 osob. Ve věkové hranici 18-34 let je to 282 osob, což je nejsilnější věková skupina 53,31%. Ve věkové hranici od 35 – 54 je návštěvnost nižší a to 168 osob, přepočteno na procenta 31,76%. Nejmenší návštěvnost herny má věková kategorie nad 55 let a to 79 osob, což je 14,93%.



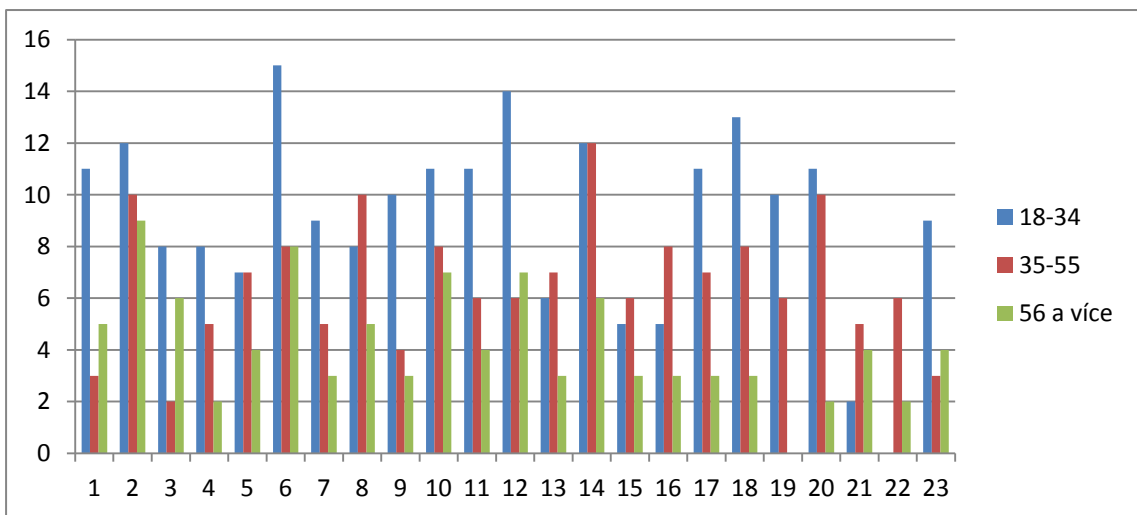
Graf č. 2

Za 23 dní v kalendářním roce 2010 vyhledalo hru na automatech celkem 483 osob. Ve věkové hranici 18-34 let je návštěvnost herny 249 osob, což je nejsilnější věková skupina 51,55%. Ve věkové hranici od 35 – 54 je návštěvnost nižší a to 144 osob přepočteno na procenta 29,81%. Nejmenší návštěvnost herny má věková kategorie nad 55 let a to 90 osob, což je 18,63%.



Graf č. 3

Návštěvnost herny v roce 2011 za 23 dní je 456 osob. Ve věkové hranici 18-34 let je návštěvnost 208 osob, což je nejsilnější věková skupina 45,61%. Ve věkové hranici od 35 – 54 je návštěvnost nižší a to 152 osob přepočteno na procenta 33,33%. Nejmenší návštěvnost herny má věková kategorie nad 55 let a to 96 osob, což je 21,05%.



Graf č. 4

Výsledné zjištění je, že nejpočetnější zastoupení má jednoznačně věková kategorie 18-34 let a to 50% z celkového počtu hrajících návštěvníků herny. Na tuto věkovou kategorii navazuje věková kategorie 35-55 let, která je zastoupena 32%. Nejméně početná věková kategorie je nad 55 let a to 18%.

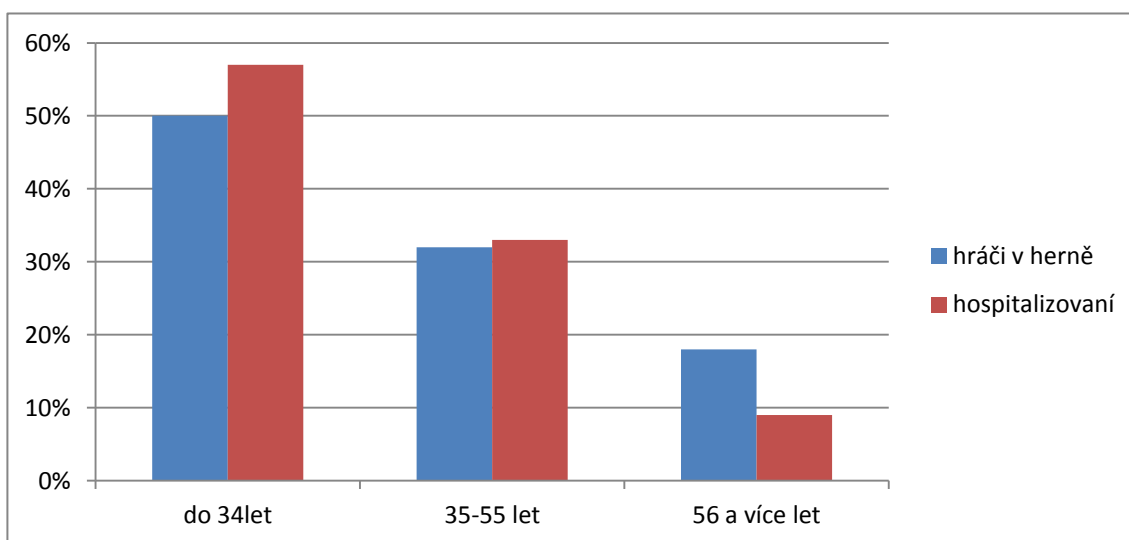
Pro srovnání přidávám zpracované věkové skupiny podle počtu hospitalizovaných od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Je zjevné, jak podle pořadí množství kopírují výsledky z herny. I když první skupina je početnější o věkovou hranici od 15-18 let, která je v zastoupení od 3%-11% z celkového počtu závislých. Údaje jsou totiž ústavem poskytnuty včetně, kdežto můj sběr dat čítá s hranicí od 18 let, protože mladší osmnácti let mají zákaz vstupu do herny a obsluha herny má právo žádat doklad totožnosti.

herna	2009	2010	2011	celkem	% celkem
18-34	282	249	208	739	50%
35-55	168	144	152	464	32%
56 a více	79	90	96	265	18%
součet	529	483	456	1468	100%

hospitalizace	2008	2009	2010	celkem	% celkem
15-34	283	383	286	952	57%
35-55	191	182	182	555	33%
56 a více	35	52	68	155	9%
součet	509	617	536	1662	100%

Celkové procentuelní porovnání věkových skupin hráčů v herně a hospitalizovaných pacientů za tři kalendářní roky.

	do 34let	35-55 let	56 a více let
hráči v herně	50%	32%	18%
hospitalizovaní	57%	33%	9%



Graf č. 5

Provedla jsem tak srovnání hrajících hráčů a hráčů, kteří si již svůj problém uvědomili a vyhledali odbornou pomoc. Procentuálním porovnáním nasbíraných údajů

z nonstop herny s údaji, které pravidelně poskytuje ve svých výročních zprávách Ústav zdravotnických informací a statistiky lze závěrem lze tvrdit, že věková kategorie 18-34 let je nejvíce zasažena a tím i ohrožena gamblingem. Je ale jen otázkou času, kdy se tito jedinci přelijí do následující věkové kategorie tzn. 35-55 let.

Je i vizuálně patrné, jak se věkové kategorie kopírují. Malý nárůst je samozřejmě u hospitalizovaných, protože zahrnuje i věkovou kategorii již od 15 do 34 let, což činí rozdíl 3%-11% z celkového počtu závislých v hospitalizaci. Data z herny v žádném případě nemohou zahrnovat osoby mladší než osmnáct let. Údaje pro tuto část práce jsem čerpala ze statistik o diagnóze F63.0 zpracované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR a vlastní nasbírané údaje z nonstop herny.

3. Léčba patologického hráčství

V České republice probíhá léčba závislých hráčů ambulantní i ústavní léčbou obvykle s léčbou závislostí na alkoholu či jiných drogách. Důvody pro nástup léčby jsou hrozby věřitelů, zaměstnavatele i životního partnera. Závislému hrozí rozvázání pracovního poměru nebo rozvod, pokud nenastoupí léčbu. K dalším důvodům patří bezdomovectví, nařízení ústavní nebo ambulantní léčby soudním rozhodnutím. Při zkoumání důvodů, proč došlo k přerušení léčby, vystupovala u pacienta výrazně nízká frustrační tolerance a duální diagnóza. Efektivita léčby závisí na několika faktorech. Prvním a nejdůležitějším je spolupráce partnera nebo partnerky se schopností konfrontace s realitou plnění doporučení pro úspěšnou léčbu a realitou s jakou jsou návrhy plněny. Druhým nejdůležitějším faktorem je přítomnost gamblerova náhledu na patologičnost svého chování a prožívání (Kalina, K., 2003).

Vyléčení závislosti může být dlouhodobý proces vyžadující často opakování léčby. Je třeba počítat s relapsy tj. návraty k hazardní hře v průběhu léčby nebo po jejím skončení. Léčba má přibližně stejnou efektivitu, ale většinou není možné předpovědět, jaký bude výsledek. Nízký počet léčených patologických hráčů je dán obavou ze stigmatizace a v první řadě popírání problému (Vejrosta, P., 2011, 13). Patologičtí hráči pocházejí z širokého spektra sfér společenského postavení, majetkových poměrů a zaměstnání.

3.1. Efektivní léčba a léčba podle terapeutických cílů

Dá se chorobné hráčství překonat? Na tuto problematiku jsou různé názory. Od naprostého podceňování hazardních her jako neškodné kratochvíle až po chmurné a děsivé předpovědi. Jaká je ale skutečnost. Jak uvádí Nešpor (1994, 31-32), chorobné hráčství se dá léčit. Pokud má být léčba závislosti efektivní, musí obsahovat **čtyři základní části:**

Přerušení hraní – prvotní je úplný souhlas klienta, omezit dostupnost možnosti hazardu a to buď hospitalizací, nebo omezením finančních zdrojů. Již v této fázi bychom v psychoterapii měli pacienta vést k uvědomění si souvislosti mezi jeho hraním a nepříznivými životními souvislostmi. Jinou možností je farmakoterapie pro zvládnání bažení.

Změna při zacházení se svými financemi – je potřeba otevřeně informovat zúčastněné o klientově finanční situaci a naplánovat finanční rozpočet. Je dobré, může-li závislý předat své finance někomu, kdo se o něj postará a kdo po kontaktování věřitelů pomůže naplánovat splácení dluhů.

Prevence relapsu – používá se podobných strategií jako u drogově závislých. Nejdůležitějšími strategiemi zvládnání bažení je zpočátku zajistit nedostupnost předmětu bažení. Týká se to jak výherních automatů, reklamy tak světelných poutacích panelů na Jackpot. Od závislého se tak očekává zvládnání i negativních duševních stavů a emocí. Dlouhodobější strategie se opírá o programové, vědomé lpění na pocitu zlepšování a zvýrazňování negativních původních jevů gamblingu. V bezpečném terapeutickém rámci stav bažení vyvoláváme s přerušováním podmíněného reflexu tím, že přerušujeme automatismy s tímto stavem spojené. Jednoznačně přínosnou strategií u všech závislostí je úsilí dodržovat denní režim tak, aby docházelo co nejméně ke stavům nečekané únavy a vyčerpání, nebo naopak nečekaného přílivu energie, ve kterých by závislý stav svého bažení nezvládl (Nešpor, K., 2011).

Úprava životního stylu - opírá se o vědomí obrovské síly automatismů, které by měl jedinec postupně budovat a které by měly být co možná nejméně slučitelné s hraním. Velký přínos pro závislého je samozřejmě celková změna dosavadního životního stylu k lepšímu i s přehodnocením životních priorit, které mohou zásadně přispět k úspěšnosti léčby. K úpravě životního stylu se vyplácí na základě zkušeností Anonymních Gamblerů přidávat péči o duchovní stav pacienta. Je to navedení pacienta k introspekci, vývoji víry a vztahu s lidmi podobného zaměření (Kalina, K., a kolektiv, 2003, 269-270).

Léčba podle terapeutických cílů

Inventura – tato fáze někdy předchází zastavení hraní, je spíše motivačním procesem, po kterém pak dochází k aplikaci postupů, které jedinci pomohou přestat s hraním. Po základním zklidnění a zajištění nemožnosti hrát zjišťujeme objektivní i subjektivní životní situaci pacienta včetně jeho dluhů a schopnosti splácet. Je třeba, aby jedinec byl ochoten spolupracovat na léčbě a uvědomoval si problém závislosti. Vyjednáváme léčebný kontakt s ním i jeho příbuznými, kteří jsou velmi důležitými faktory v úspěšné léčbě.

Informace – v této fázi by se pacientovi mělo dostat všech informací potřebných pro změnu. Problém je ale jeho negativismus, který znemožňuje adekvátní zpracování informací a je třeba aplikovat celý léčebný systém, aby klient dovedl tyto informace použít k svému vyléčení. Pomáháme mu ujasnit si rizikové situace s ohledem na gambling a učíme ho zvládat stavy bažení a jiných krizí. Učíme jej uvolnění a zvládnání takových psychických stavů, jako je stres, zlost, deprese nebo transových stavů vášně.

Iniciativa – pacient pochopil svůj problém a je si vědom, že je potřeba jeho spolupráce a hlavně iniciativy. Sám propracovává techniky jak lépe a efektněji řešit problémy a pracovat na zkvalitnění myšlení pozitivním směrem. Hlavním programem je prevence relapsu, zvýšení sebekontroly a předejití recidivě. Důležitý je nácvik sociálních dovedností, jako je komunikace, asertivita, zvládnání konfliktů a nově i nácvik odmítání nabídek na hraní.

Idea – v této fázi prochází klient doléčováním a je směřován ke zkvalitňování svého nového životního stylu a buduje si svou novou identitu. Zabývá se možnostmi ovlivnění svého osudu, případně jeho kvalitní naplnění. Pracuje na sebepojetí v rámci rozvoje své profesní dráhy a svých zájmů. Učí se vytvářet a udržovat intimitu v partnerském vztahu, která spolu s důvěrou obvykle při závislosti bere za své (Kalina, K., a kolektiv, 2003).

Je naprosto zřejmé, že závislost nemá jedinou příčinu, a proto se také v léčbě používá více postupů. I vývoj léčby během času seznal změny. Uvedené lze ilustrovat na příkladu léčebného programu, který před lety vytvořil doc. Skála. Jeho program nejprve začínal s jedinou metodou a to averzivním podmiňováním, v dnešní době překonaným. K tomuto programu postupně přibývaly ostatní komponenty jako skupinová terapie, socioterapeutický klub, rodinná terapie atd. a tak vznikl komplexní a účinný program (Nešpor, K., 2007, 57).

Samozřejmě platí, že čím dříve si hráč uvědomí nebezpečí a rozhodne se přestat se hrou, tím je to snazší a tím větší má naději, že bude v léčbě úspěšný. Profesionální léčba může poctivou snahu o překonání problému podpořit a cestu ke dravému způsobu života usnadnit.

3.2. Terapie

Charakteristika terapie vychází z faktu, že náprava stereotypů, modelů chování a návyků představuje náročnější, složitější a také dlouhodobější proces než vlastní utváření osobnosti při výchově. Jde o proces samozřejmě i nákladnější s relativně nízkou a špatně předvídatelnou efektivitou (Kraus, B., 2008, 151).

Pohled na léčbu není jednotný stejně jako cíle léčby. Hraní je útekem od reality všedních dní, neschopností čelit každodenním problémům. Na vznik této závislosti je třeba nahlížet ze strany vnitřního nevyřešeného problému, tenze, úzkosti. Tuto úzkost lze farmakologicky potlačit a snížit míru hraní, stejně tak je možné behaviorální terapií potlačit míru hraní, ale neřeší se tím zásadní problém a to vnitřní konflikt. Byly zkoušeny terapie:

- **Psychodynamické terapie:** příčina patologického hráčství je brána z pohledu psychoanalytiků jako příčina častých ztrát a deprivací nebo v dětském věku prožitý konflikt, který zapříčinil gamblerovu potřebu ztrácet.
- **Behaviorální terapie:** zde je tendence vidět patologické hráčství jako naučené chování, které je iniciováno a udržováno pozitivním a negativním posilováním. Prvotní cesty behaviorálních terapeutů byly zaměřeny na averzivní techniky. Nověji jsou zkoušeny techniky desenzitizace, relaxace, které potlačují úzkost, čímž se snižuje i potřeba hraní.

- **Kognitivní terapie:** terapie zahrnuje korekci mylných představ o základních pravidlech náhodnosti a má čtyři složky. Terapeut vysvětlí, že každá hra je nezávislá a neexistuje strategie kontrolovat výsledek. Navodí tak porozumění pravidlům náhodnosti. Další složkou je vysvětlení mylnosti iluze o schopnosti hráče kontrolovat hru. Třetí složkou terapie je uvědomování si nesprávných vjemů během hry a poslední složkou je kognitivní korekce mylných vjemů. Výsledky ukázaly, že v příčinách patologického hráčství sehrávají velmi důležitou úlohu kognitivní vzorce, a že jejich úprava může být jednou z hlavních léčebných strategií.
- **Kognitivně-behaviorální terapie:** zahrnuje sebezpozorování, kontrolu stimulu, prevence odpovědi, kognitivní restrukturalizaci, intervenci v rodině a prevenci relapsů.
- **Multimodální terapie:** kombinace více technik, individuální, rodinná a skupinová terapie, výchova, psychodrama, svépomocné skupiny a účast v Gamblers Anonymous. Úspěšnost tohoto způsobu terapie je vysoká 50-70%.
- **Farmakoterapie:** u této terapie se vychází z příbuznosti patologického hráčství se závislostí na drogách, proto byla použita k léčbě látka, která je známá jako účinné antidotum narkotik a při terapii a diagnóze předávkování ovoidů (Šerý, O., 2011, 163)

3.3. Společenství Anonymních Gamblerů v České republice

Anonymní gambleři jsou společenství mužů a žen, kteří navzájem sdílejí zkušenost síly a naděje, aby vyřešili svůj problém. Jedinou podmínkou členství je touha přestat hazardně hrát a sázet. GA vycházejí z dvanácti kroků programu uzdravení a dvanácti bodů programu jednoty. Anonymita je duchovním základem GA, která jim navždy připomíná, že principy je třeba stavět výše než osobnosti dle preambule GA, která sděluje že Gamblers Anonymous není spojeno s žádnou sektou, církví, politickou organizací či institucí. Nepodporuje, ale ani neodporuje žádným podobným zařízením mimo GA.

Jedná se o celosvětové společenství se svoji centrálou v USA. Jednotlivá společenství mají svůj název, adresu, přesný čas mítinků minimálně v týdenních intervalech, svůj vnitřní řád, dvanácti krokový program uzdravení, dvanáct tradic jednoty. Svěpomocné skupiny Anonymních Gamblerů nejsou propojené s žádnou organizací či odbornou veřejností a pracují samostatně.

Anonymní Gambleři (Gamblers Anonymous) vznikli po vzoru organizace Anonymních alkoholiků (AA) v USA. Na základě setkání dvou mužů, kteří prožili zdrcující problémy a neštěstí v důsledku patologického hraní. Začali se scházet, a jak plynuly měsíce, ani jeden se k hazardní hře nevrátil. Dospěli během svých debat k závěru, že proto, aby předešli recidivě, musí dosáhnout určitých povahových změn

u sebe samých. Aby se jim to podařilo, převzali duchovní principy, které používají tisíce lidí překonávající jiné závislosti. Slovo „duchovní“ vyjadřuje ty rysy lidské mysli představující její nejvyšší a nejkrásnější kvality jako laskavost, velkorysost, poctivost a pokoru. Cítili také, že k tomu aby si udrželi vlastní abstinenci je životně důležité poselství naděje předávat jiným patologickým hráčům. První setkání Anonymních gamblersů se uskutečnilo v pátek 13. září 1957 v Los Angeles v Kalifornii. Od té doby toto společenství stále roste a přibývá skupin po celém světě (Nešpor, K., 1994, 113).

Anonymní Gambleři v Česku jsou velmi mladým společenstvím v porovnání se západním světem. AA u nás působí oficiálně již od dob převratných politických změn, alkohol však byl na rozdíl od gamblingu problémem již v totalitním režimu. Mnoho významných lékařů, odborníků na závislosti, chápajících význam a poselství svépomocných anonymních skupin pomohlo při vzniku této svépomocné organizace.

3.4. Systém péče o patologické hráče v České republice

Systém péče o závislé hráče není v České republice tak ucelený jako pro uživatele návykových látek. Efektivní systém péče by měl splňovat jak kritéria kvantitativní, čímž je myšlena dostupnost a rozsah, tak i kvalitativní kritéria jako je efektivita, provázanost, komplexnost a struktura. Tato kritéria ovšem oblast péče o závislé hráče nesplňuje. Zatímco drogová politika v České republice je dobře definována, financována a strukturována v systému prevence a péče o patologické hráče k téměř žádné organizaci nedochází.

Samozřejmě, že v dnešní době je již patologické hráčství sledovanou diagnózou v rámci drogové epidemiologické studie státu. Hygienická služba sleduje všechny pacienty evidované pro tuto léčbu. Jsou sledováni jak pacienti, kteří podstoupí ambulantní léčbu tak i hospitalizovaní. Pacienti s diagnózou F63.0 byli v roce 2009 léčeni v 273 zdravotnických zařízeních po celé České republice. Je to o deset více než za předešlý rok 2008. Činnost těchto zařízení zajišťovalo celkem 621 odborných zdravotnických pracovníků. Z tohoto celkového počtu pracovníků bylo více než 324 úvazků lékařů, z nichž 311 mělo specializaci v oboru psychiatrie. Počet zdravotnických pracovníků lékařů s odbornou způsobilostí činil necelých 214 úvazků, psychologů více než 58 úvazků a ostatních odborných pracovníků téměř 25 úvazků (Nechanská, B., 2010).

Oproti jiným vyspělým západním zemím EU v ČR prozatím neexistuje žádný samostatný institut zabývající se touto problematikou. Tečkou je jen stále se zhoršující legislativa upravující provozování výherních automatů a dalších druhů rizikových sázkových her, která ještě celou situaci zhoršuje. Proto se paralelně využívá struktury, vytvořené pro léčbu uživatelů návykových látek, s přihlédnutím na specifika léčby patologického hráčství. Jedná se o:

- Sociální služby základního a odborného poradenství (například dluhové poradenství)
- Sociální práce (sociální případová studie)
- Ambulantní léčba (v zařízeních zdravotnických i nezdravotnických)
- Ústavní léčba (psychiatrické léčebny a oddělení nemocnic)
- Terapeutické komunity
- Doléčovací programy

Přehled psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic s programem léčby patologického hráčství podle krajů v České republice (Vejrosta, P., 2011).

Kraj	Název zařízení
Praha	VFN v Praze, oddělení léčby závislostí Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, pavilon 35
Jihočeský	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr,
Jihomoravský	Psychiatrická léčebna Brno – Černovice, stanice 19
Královéhradecký	Psychiatrická klinika LFHK a FNHK
Karlovarský	není
Liberecký	není
Moravskoslezský	Psychiatrická léčebna v Opavě, oddělení D
Olomoucký	Psychiatrická léčebna Šternberk, oddělení 21, 23B FN Olomouc, klinika psychiatrie
Pardubický	není
Plzeňský	není
Středočeský	Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice, oddělení 7A Psychiatrická léčebna Kosmonosy, pavilon S7
Ústecký	není
Vysočina	Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, pavilon 1 Psychiatrická léčebna Jihlava
Zlínský	Psychiatrická léčebna v Kroměříži, oddělení 10B

3.5. Problémy související s hráčskou závislostí

Hráčská závislost sebou přináší vznik řady sekundárních problémů a nepříznivých následků, které se na sebe navzájem nabalují. Odborníci, orientující se na identifikování rozsahu individuálních obtíží dopadajících na jedince, blízké i vzdálené příbuzné a další osoby, je různým způsobem kategorizují a rozdělují.

Dopady na fyzické zdraví

Jak uvádí Nešpor (2006), během rozvoje patologického hráčství dochází vlivem prostředí, změn ve stravování, relaxačních a pohybových návyků ke vzniku somatických onemocnění chrupu, zraku, zažívání, srdce a krevního oběhu, dýchacího ústrojí. Ve výsledku mohou být vážnějším problémem než patologické hráčství. Problematická bývá i léčba těchto onemocnění, protože závislí hráči špatně spolupracují. Většinou nejsou schopni dodržet léčebný režim.

Američtí psychiatři přirovnávají chorobné hráčství k závislosti na kokainu. V obou případech dochází k nebezpečnému vybičování tělesných funkcí a pak stavům vyčerpání (Nešpor, 1994, 28).

Dopady na psychické zdraví

Nezřídka se stává, že patologický hráč má problém ne s jednou závislostí, ale i se závislostí například alkoholovou, nikotinovou nebo závislostí na návykových látkách. Podle Kaliny (2008, 80) patří psychiatrická komorbidita mezi velmi náročná adiktologická témata, znamená společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených u jednoho jedince. V tomto případě je myšleno v kombinaci s patologickým hráčstvím. Práce s fenoménem psychiatrické komorbiditity představuje mimořádně důležitý faktor při stanovení léčebného plánu pacienta a pro výsledný efekt léčby.

Diagnostika komorbiditity není snadná. Nejde přitom pouze o problémy způsobené podobností některých jejích stavů a jejich snadnou záměnou nebo nutností provést další diagnostické vyšetření, aby bylo možné odlišit některé stavy od sebe. Je docela možné, že se může jednat o prosté skrývání či úmyslné zkreslování některých symptomů ze strany pacienta. Je prakticky nemožné stanovit diagnózu jediným vyšetřením. Například u depresí u závislých je doporučeno před stanovením aspoň měsíc abstinence. Deprese totiž mohla být vyvolána odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo závislosti vyvolaným psychosociálním stresem.

Nešpor (2006) také uvádí, že je třeba zohlednit genderové rozdíly. Například ženy se za závislostní problémy stydí a prezentují pouze duševní obtíže. Významnou roli zde hraje i sociální stigmatizace, a pro mnoho pacientů je přijatelnější jiná psychiatrická diagnóza nežli diagnóza závislosti.

Z hlediska etiologie tvoří primární skupinu psychiatricky nemocní. Je lhostejno, zda skutečně vyhledali odbornou pomoc a psychické problémy u nich tedy diagnostikovány jsou, a jsou též případně léčeny, nebo zda těmito problémy trpí, ale pomoc nevyhledali a nejsou léčeni. Ti většinou nekontrolovaně začínají užívat návykové látky a také hazardně hrát v důsledku těchto potíží. Jedná se o tzv. model sebemedikace. Často je možné se s tímto modelem setkat např. u úzkostných a depresivních poruch, kde patologické hráčství, mimo jiných jako je alkohol, léky bez předpisu, atd., bývá významnou komplikací a kde uvedené látky a hazardní hra mohou dočasně pomáhat pacientovi řešit jeho obtížné stavy. Druhou variantou je pak opačná situace, kdy např. masivní hazardní hra může vést ke vzniku psychických poruch (nejčastěji ze skupiny úzkostných a depresivních poruch), doprovázených většími či menšími kognitivními deficity (Kalina, K. a kol, 2008).

Šerý (2001) uvádí u patologického hráčství existenci několika frekventovaných situací: 45 – 55 % patologických hráčů trpí současně alkoholismem; 65 – 85 % závislostí na nikotinu; kombinované užívání s těmi nejvíce nebezpečnými látkami (zejména s metamfetaminy), případně kombinace těchto látek s alkoholem, tabákem a hazardní hrou.

Dopady na sociální zdraví

Patologický hráč ovlivňuje deset až patnáct osob ve svém okolí rodinném, sociálním, sousedském, volnočasovém i pracovním. Samotní závislí hráči uvádějí jako nejčastější sociální dopady rozvod nebo rozchod partnerem. Asi nejzávažnější je narušení výchovy dětí, osamělost, ztráta zaměstnání a zájmových aktivit. Samozřejmě na základě zadlužení se jedná o hmotnou nouzi a snížení životní úrovně. Za další je omezení kontaktů s blízkými osobami, vyloučení z kolektivu zájmových aktivit nebo veřejná ostuda rodiny.

Z výše uvedeného jen vyplývá, jak uvádí Nešpor (1994, 91), že odbornou pomoc potřebují nejen chorobní hráči, ale často i jejich blízcí, protože život s člověkem, který má tento problém, je těžký. Samozřejmě, že každý potřebuje jinou pomoc, která je závislá od charakteru problémů. Někdo potřebuje například právní poradu, jiný spíše manželského poradce. Tíživá životní situace může otevřít nějaké staré duševní rány a jedinec tak potřebuje soustavnější pomoc. V tomto případě se doporučuje psychoterapie v některém dobrém zařízení.

Velmi častá chyba u rodinných příslušníků gamblerů je podcenění hloubky a rozsáhlosti problému. Obvykle se spokojí s jednou konzultací u odborníka, rychle seženou peníze na splacení gamblerových dluhů a vymámí z něho slib nehraní a žijí nějaký čas v popření pokračujícího gamblingu. Z praxe odborníků je známo, že bližní patologického hráče vykupuje zastavené věci a to i několikrát za sebou. Dokonce tyto věci vrací na svá původní místa s vírou, že se gambler nacvičí je nebrat. Teprve po opakovaném neúspěchu a vyčerpání finančních zdrojů přichází k odborníkovi

s představou další terapeutické intervence. Po počátečním zlepšení však opět přerušují léčbu, přebírají kontrolu nad procesem podle svého. Někdy ji naivně delegují na závislého s představou, že takto projevená důvěra pomůže k nehraní. Další chybou je, že ženy se zdráhají na sebe převzít veškeré rozhodování a dohled ohledně financí. Případá jim to jako ponižování závislého manžela a současně se obávají, že si partnera přestanou vážit. Následující chybou, která plyne často ze strachu z ostudy, je snaha aby se informace o tomto problému co nejméně šířila (Kalina, K., a kol. 2003, 270).

Podle Nešpora (1994, 85) i blízcí gamblerů prochází určitými fázemi:

Fáze popírání

Občas se objevují starosti kvůli hře partnera. Manželka nebo partnerka si je nechává pro sebe. Hru omlouvá, sama o hře uvažuje. Partnerovo hráčství stále neodmítá. Zjišťuje neplacení účtů, ale stále se dá poměrně snadno umluvit. Objevují se nevysvětlitelné finanční problémy. Žena přijímá omluvy hráče.

Fáze stresu

Hráč tráví s rodinou méně času. Objevují se hádky. Žena se cítí partnerem, který podlehl hráčské vášni, odmítána. Klade na hráče požadavky a snaží se jeho hráčství regulovat. Platí dluhy a účty. Hráč se vyhýbá přátelům, dokonce i dětem, přichází osamělost, zvětšuje se nespokojenost.

Fáze vyčerpání

Zhoršuje se schopnost uvažovat. Objevují se tělesné potíže a neschopnost aktivně jednat. Dochází k zuřivým scénám. Přicházejí pochybnosti o vlastním duševním zdraví, úzkost, panika. Následuje beznaděj, hroucení, zneužívání alkoholu, rozvod, sebevražedné pokusy nebo myšlenky.

Samozřejmě, že i uzdravování ve vztahu k manželce nebo partnerce probíhá v několika fázích.

Kritická fáze

Přichází naděje. Začíná hledání pomoci. V rodině je hráčství přijímáno jako nemoc. Znovu jsou navazovány vztahy k přátelům. Důležitá je schopnost realistického pohledu na vlastní záležitosti. Manželka nebo partnerka odmítá platit kauce. Dokáže pracovat se svou nespokojeností. Zmírňují se pocity viny.

Fáze znovuvytváření

Vrací se sebedůvěra. Rodina se opět citově sblížuje. Plány do budoucna se stávají opět realistické. Zlepšuje se schopnost rozhodovat a řešit problémy. Hráč lépe chápe druhé, snadněji se s nimi dorozumí, pomáhá jim.

Fáze růstu

Stále vzrůstá citovost a důvěra mezi partnery i schopnosti sdílet city někoho druhého. Nechybí ochota přinášet oběti. Zmenšuje se napětí. Vracejí se pocity uspokojení i radosti z úspěchu.

Popsané schéma je jen přibližné. Nemusí proběhnout všechna stádia a problém se může vyřešit už v první nebo druhé fázi. Dokonce je to snazší než čekat do konce. Na druhé straně se však nedá zaručit, že proces proběhne tak úspěšně, jak je popsáno.

Pracovní prostředí

Na základě zahraničních pramenů a zkušeností českých lékařů lze konstatovat, že patologické hráčství má dopad i na pracovní stránku závislého. S patologickým hráčem se lze setkat vlastně na jakékoli pracovní pozici. Rizika problémového hazardního hraní se v pracovním prostředí projevují například pozdními příchody, absencí, lhaním a zhoršením kvality práce. Může dojít na zneužívání pracovního telefonu, krádeži, podvodu a je zde i vyšší riziko korupce. Sám závislý má větší pravděpodobnost pracovního úrazu, horší se jeho komunikace a vše je ještě zhoršeno o vyšší riziko souběžného zneužívání alkoholu nebo drog.

Zadluženost a chudoba

Chudoba je definována Světovou bankou jako stav, kdy není jedinec schopen uspokojovat své základní potřeby způsobem, který je běžný ve většinové populaci. Souvislost mezi chudobou a návykovými nemocemi, o to více patologických hráčstvím, je obousměrná. Patologické hráčství může vést k chudobě a chudoba a s ní související stres zvyšuje riziko patologického hráčství.

Materiální pomoc aktivně závislému člověku jeho stav nezlepší, ale někdy dokonce zhorší, zejména pokud by se jednalo o pomoc finanční. Naproti tomu, pouze léčba návykové nemoci u člověka v extrémně špatné sociální situaci je obtížná a naráží i na administrativní překážky, např. poplatky u lékaře, za pobyt v nemocnici, atp. Takový jedinec často nemá v pořádku ani své doklady.

Reklama hazardu motivuje případné zákazníky vidinou zisku. Paradoxně právě patologičtí hráči na tom bývají finančně nejhůře. Řada z nich pak sní o situaci, kdy nebudou mít nic, tj. až splatí své dluhy. Ty často přesahují stokrát i vícekrát jejich měsíční výdělek.

To, co patologičtí hráči vydělají, jim většinou rychle zabaví exekutoři. To dlužníky motivuje k nelegální práci nebo k tomu, že přestávají pracovat a stávají se z nich bezdomovci. Jak uvádí středisko Naděje, je odhadovaný počet bezdomovců závislých na gamblingu 10%. Samozřejmě tím, že je u gamblingu obtížná odhalitelnost

a často je náhodná, je procento zřejmě vyšší. Léčba bezdomovců je komplikovaná, protože nemají fungující zázemí, práci, rodinu ani přátele. Právě tyto hodnoty jsou považovány za velmi důležitý terapeutický nástroj při motivování ke změně. U bezdomovců se právě tento klíčový motiv vzbudit nedaří (Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislosti, Charita Olomouc 23-24).

Sebevraždy

Je patrné, že negativní důsledky patologického hráčství jsou spojeny se sociálními, ekonomickými a vztahovými problémy. Jak uvádí Mühlpachr (2003, 26), fázi sebevražedných pokusů a dopadů sociálních důsledků, jako je odsouzení za delikvenci, rozpad rodiny, označují někteří autoři za čtvrtou fázi závislosti – fázi beznaděje.

Dostupná literatura uvádí, že problémoví hráči, kteří vyhledají léčbu, často uvádějí, že mají sebevražedné myšlenky nebo se pokusili o sebevraždu. V porovnání s ostatními se sebevražedné chování u patologických hráčů vyskytuje v souvislosti s psychickými problémy, alkoholem nebo drogami, vztahovými a finančními problémy. Populační výzkumy naznačují, že sebevražedné chování se vyskytuje častěji u problémových hráčů, než mezi ostatními.

Studie vztahu mezi hazardní hrou a sebevražedným chováním na agregované úrovni poskytly jednoznačné výsledky. Není jasné, zda hazardní hry samy o sobě mohou zvyšovat riziko sebevražedného chování. Nicméně vysoká prevalence sebevražedného chování u problémových hráčů naznačuje, že riziko sebevraždy problémových hráčů musí být zahrnuto v léčbě. Například v případě, kdy manžel pod pohrůzkou ze strany manželky rozvodem reaguje slovy, že se zabije, radí ve své knize Nešpor (1994) nepřistoupit na ústupek, ale navrhnout nebo zprostředkovat odbornou psychiatrickou nebo psychologickou pomoc. Není totiž vyloučeno, že závislý se opravdu o sebevraždu pokusí. Ale opravdový důvod nebude rozvod, ale jeho hráčská závislost.

Některé z psychiatrických léčeben a psychiatrických klinik v České republice, které se zabývají léčbou patologického hráčství, vedou evidenci léčených patologických hráčů, kteří spáchali sebevraždu. Údaje jsou však chráněné a tedy pro účely mé diplomové práce nedostupné. Nicméně podle zdravotnické statistiky se hrubým odhadem uvádí až 600 sebevražd patologických hráčů ročně (Vacek, J., 2010). Je tak zřejmé, že patologické hráčství sebou nese velké riziko sebevraždy.

Kriminalita

Provozování VHP a JTHZ v kontextu s patologickým hráčstvím způsobuje v příčinné souvislosti vznik specifické kriminality. Jedná se v základní podstatě o psychicky podmíněnou potřebu pachatelů, často patologických hráčů, získat finanční prostředky na hazardní hru. Vzhledem k faktu, že patologické hráčství je rizikovým

faktorem pro páchaní trestné činnosti, je pravděpodobné, že zvyšování nabídky hazardních her také zvýší kriminalitu. Typický patologický hráč specifickou majetkovou trestnou činností nepáchá v hernách, kasínech a jejich okolí, ale zejména ve svém sociálním a pracovním prostředí. Na základě zahraničních výzkumů bylo zjištěno, že účinná preventivní opatření na snížení prevalence patologických hráčů povede ke snížení specifické kriminality.

Podle údajů z ambulantní a ústavní péče, z policejních statistik je nejčastějším trestným činem patologických hráčů podvod a zpronevěra. Jedná se v základní podstatě, podobně jako u narkomanů, o vyhocení konfliktu mezi uvědomovaným napětím „cravingem“, předcházejícím hazardní hře a zákonnou možností získat finanční prostředky na hru. Hazardní hra a nezákonné drogy, na rozdíl od alkoholu a tabáku, jsou velmi drahou návykovou závislostí.

4. Prevence patologického hráčství

4.1. Úkol sociální pedagogiky

Výchova pro zdravý, vyvážený způsob života a především prevence se nám projeví v budoucnosti. Je třeba dát lidem takové vzdělání a ponaučení, že se budou schopni vyvarovat toho, co je ohrožuje. Toto je volné pole pro sociální pedagogiku. Sociální pedagogika nejen že může, ale musí napomáhat k rozšíření poznání a vzdělání o tomto problému, protože čím více člověk o problému ví, tím více se nad ním zamýšlí a nespokojí se s obcházením problému, ale naopak se snaží řešit a zvládnout krizové životní situace. K tomuto mají nejbližší právě sociální pedagogové díky široké škále odborné způsobilosti a multioborovému vzdělání ve společenských naukách.

Nelze nezmínit hlavní dvě funkce sociálního pedagoga, a to činnost rozvojovou a činnost integrační. Pokud jde o funkci rozvojovou, je tímto myšlen správný, harmonický a žádoucí rozvoj jedince, jehož výsledkem bude správný a zdravý životní styl. Je tedy zřejmé, že se nejedná o specifické situace, ale o prevenci, která se vztahuje na celou populaci. Oproti tomu integrační činnost se vztahuje právě na případy, které vyžadují podporu a odbornou pomoc. Jde o takové specifické situace, kdy jedinec vystupuje již jako klient. Klient, který se nachází v krizové situaci, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení. (Kraus, B., Poláčková, V., 2001, 34-35)

Náš život přináší nejen běžné sociální situace, ale i situace náročné a bohužel i situace krizové. Krizová situace je definována jako v krátkém časovém období vyostřující stav, jež není jedinec sám schopen překonat a pomocí vlastní strategie zvládnout vnitřní či vnější zátěž. Vnímání krizových situací je odlišné, protože samotné události jsou různě zatěžující. Jiný dopad mají traumatické a nepředvídatelné situace. Odlišně se mohou projevit situace jako důsledek životních změn. Vše je tedy záležitostí značně subjektivní a záleží na síle a vnitřní odolnosti jedince. Samozřejmě, že každá krizová situace má své fáze. Od počáteční, alarmující, kdy jedinec vnímá první signály ohrožení provázené strachem, tísní a zmatkem, doprovázené netečností nebo agresí či šokem. Ve druhé fázi, kritičnosti, může dojít ke ztrátě sebekontroly, začínají převládat emoce a vytrácí se racionalita. Tuto fázi lze označit jako volání o pomoc. Pokud není vyslyšeno, jedinec propadá izolaci, uchyluje se k alkoholu, drogám a nelze vyloučit ani vývoj suicidiální. V třetí fázi, integrační, dochází k integraci sil, hledání řešení a konsolidaci osobnosti. V této fázi již došlo ke krizi a volání o pomoc bylo vyslyšeno. V poslední fázi pak dochází k obnovení narušeného sebevědomí a k orientaci na nové hodnoty a cíle (Kraus, B., Poláčková V., 2001, 150).

Je jen logické, že řešení krizových situací je subjektivní záležitostí, a proto jedinec postupuje víceméně intuitivně. Volání o pomoc zachytí nejdříve ti nejbližší, tj. partner, rodiče, přítel. Jejich pomoc, byť v dobrém míněná, zpravidla nebude

profesionální. V krizové situaci je potřebné použít objektivních technik, které se navodí a postup a řešení situace je řízen. Proto klientovi v nouzi musí být tyto techniky předloženy a toto je právě onen sociálně pedagogický kontext. Nežli použijeme některou z technik, je třeba odlišný přístup ke klientovi. Nepřistupovat k němu jako nemocnému, naopak klienta aktivizovat, aby byl co nejvíce schopen spolupracovat. Aby byla pomoc profesionální, je třeba, aby jedinec v krizové situaci a vychovatel dospěli k společnému či podobnému definování dané krizové situace. A zde je právě sociálně pedagogický přístup ze strany vychovatelů, učitelů (Mühlpachr, P., 2011, 149). V souvislosti s problémem, jako je patologické hráčství, jde spíše o zásah psychologa v poradně či jiném krizovém zařízení.

4.2. Sociální pedagog v oblasti prevence

Z výše uvedeného vyplývá, jak uvádí Emmerová (2008), že včasná a efektivní prevence je nevyhnutná. Prevenci drogových závislostí se věnuje mnohem větší pozornost, ale nemělo by se zapomínat na prevenci nelátkových závislostí. V případě snahy o předcházení vzniku herní závislosti může u dětí a dospívajících velkou úlohu sehrát škola. Obecně platí, že škola je druhým nejsilnějším socializačním činitelem. Musí vykonávat preventivní činnosti hlavně ve vztahu k málo podnětnému prostředí dítěte.

Práce sociálního pedagoga ve škole by se tak měla vyznačovat uměním naslouchat, empatií, autentickým vystupováním, pochopením problémů žáků. Měl by disponovat citem pro navození atmosféry důvěry a zbavovat žáky strachu při svěřování se s problémem. Takový pedagog nesmí mentorovat a moralizovat, ale měl by podporovat pozitivní stránky osobnosti a pozitivní motivaci při zvládání školních povinností. Je samozřejmé, že svými postoji a jednáním musí žáky jednoznačně přesvědčit, že není jedním z učitelů, protože v opačném případě by mohli a priori vnímat jako autoritativní osobu (Kraus, B., 115-116, 2008).

Primární prevence - zde se sociální pedagog zaměřuje na populaci v normě. Ve vztahu k dětem a mládeži je to především prostředí základních a středních škol. Ale nejen do kompetence sociálního pedagoga, ale právě i do kompetencí učitele a vychovatele na všech stupních škol náleží tato činnost. Zdá se, že i ty nejmenší podněty mohou mít nedozírné následky, ale nadměrná úzkostlivost však může ve výchově škodit stejně jako nezodpovědnost. Výchova se promítá do celého života člověka, jde o setkání lidí a nikoli pouze o aplikaci nějaké metody (Pančocha, K., 2006, 43).

Včasnost preventivního působení není závislá na věku oslovených osob. Je limitována hlavně tím, zda se preventivní intervence k danému jedinci dostane dřív než podnět, proti kterému má prevence působit. Jak je z realizovaných výzkumů patrné, v případě herních aktivit je při celoplošném preventivním působení se vhodné zaměřit již

na žáky školou povinné. V některých lokalitách by měli být dokonce preventivně s riziky patologického hraní seznamováni již žáci prvního stupně základní školy. Z dospělých, kteří se ve svém životě s hazardním hraním dosud nesetkali, by to měli být především ženy a senioři a dále pak ty osoby, které se pracovní pohybuji v prostředí, kde je zvýšené riziko kontaktu s těmito aktivitami (Prunner, P., 2008, 199).

Jak uvádí Marhoulová a Nešpor (1995, 87), prevence prostřednictvím výchovy na školách musí být:

- prováděna jako kontinuální proces
- přiměřená věkovým kategoriím a skupinám
- koncipovaná jako získání co nejširších poznatků o sociálně patologických jevech
- zaměřená na získání postojů a dovedností, které klientům umožní nacházet řešení jejich případných nesnází a dokázat vést život bez ohrožení závislostí
- opřena o oblíbené a směřodatné osoby, názorné přístupy a neformální diskusi
- podle potřeby spojená s primární prevencí jiných sociálních a zdravotnických rizika výchovou k občanské odpovědnosti a ke zdravému životnímu stylu
- schopná zapojit rodinu klienta (žáka, studenta, učně) a zlepšit její schopnost komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi.

Účinnost prevence je však podstatnou měrou ovlivněna i nástroji, které jsou v daném procesu použity. Svůj nezanedbatelný podíl zde má odborná vybavenost i celková kvalita osob, které vlastní prevenci realizují. Velký vliv má i prezentovaný způsob vlastní argumentace a možnost dokladování konkrétních patologických jevů.

Sekundární prevence - sociální pedagog se zaměřuje na rizikové jedince či skupiny, kdy cílem je odvrátit jedince od rizika a systematicky jej kontrolovat z důvodu opětovného selhání. Sekundární prevence tak spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již mají zkušenost s tímto problémem. Obvykle je tento pojem užíván jako souborný název pro včasnou intervenci. Léčebné úsilí se obvykle neomezuje jen na jedince, ale zaměřuje se také na jeho rodinu (Kalina, K., 2008).

Terciární prevence - zde vidíme možnost uplatnění sociálního pedagoga v rámci resocializace. Terciární prevence tak znamená předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu sociálnímu poškození jako následku závislosti. Jde tedy za prvé o již zmíněnou resocializaci či sociální rehabilitaci u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do léčby. Za druhé jde o intervenci u klientů, kteří nejsou rozhodnutí se závislostí skoncovat. Pomoc se zaměřuje především na snížení zdravotních rizik. Terciální prevence využívá zejména přístupů z úrovně sociální. K sociální práci patří pomoc při hledání zaměstnání a bydlení, pomoc rodině a zprostředkování cílené zdravotnické pomoci. Patří sem i komplex doléčovacích aktivit,

individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu a edukace rodiny (Kalina, K., 2008, 23).

4.3. Co mohou udělat pro prevenci ostatní

Chorobné hráčství nemá jedinou příčinu, proto i účinná preventivní opatření zahrnují více rovin. Prvotní krok by měl udělat sám jednotlivec a to hazardně nehrát a před hazardní hrou varovat i ostatní.

Co mohou udělat rodiče? Jak radí Nešpor (1994, 96) rodiče by se měli řídit určitými zásadami. Jako je naslouchat dítěti, věnovat mu čas, najít kvalitní zábavu a získat si jeho důvěru. Stanovit zdravá pravidla a být dítěti dobrým vzorem, nedopustit, aby za žádných okolností nezkoušelo hrát hazard. Dítě vycítí, že pro rodiče mají větší cenu poctivě vydělané peníze, než kdyby pocházely z hazardu. Chránit dítě před nevhodnou společností a vštípit mu, že jsou určité věci, které prostě musí umět odmítnout jako je například pozvání k hazardní hře. Samozřejmostí je zdravé posilování sebevědomí dítěte. V případě potřeby spolupracovat se školou i odborníky.

Co mohou udělat zaměstnavatelé? Ti, kdo hazard provozují? Měli by ve vlastním zájmu dodržovat hranici osmnácti let. Také zaměstnanci v tomto oboru by v žádném případě neměli sami hrát. Hrozí jim ve větší míře než ostatním, že se stanou závislými. Pokud k tomu dojde. V tomto vztahu se velmi často používá ultimátum, léčba nebo výpověď. Pro zaměstnavatele je takovýto pracovník hrozbou, že poškodí firmu ekonomicky nebo může uškodit dobrému jménu firmy.

Co mohou udělat masové sdělovací prostředky? Mohou nabízet pozitivní modely lidí, kteří mají kvalitní záliby a tráví volný čas lépe, nežli hazardní hrou. Média mají tu moc, že poskytují velké množství informací. Proto mohou varovat, upozornit na nebezpečí, které přináší hazard. Rozhodně by se sdělovací prostředky neměly propůjčit přímé i nepřímé reklamě. Jak uvádí Kraus (2008, 125), z hlediska příjemce zasluhují zvláštní pozornost děti a mládež, a to protože jde o tu část populace, která je relativně nejvíce ovlivnitelná. Záporné vlivy médií jak po fyziologické, tak po psychické stránce zanechávají výraznější negativní následky než u dospělých. A právě proto je třeba více usměrňovat působení médií na mladou generaci.

Co může udělat společnost? Velký význam má společenské klima společnosti, která nepovažuje peníze jakkoli získané za superhodnotu. Nejúčinnější prevencí je snižování poptávky po hazardní hře a samozřejmě snižování její dostupnosti. Poptávku lze snižovat pomocí účinných programů, jak ze strany jedince, rodiny, školy, vrstevníků tak zejména ze strany sdělovacích prostředků. Dostupnost lze snižovat zákony a omezeními určitých druhů hazardu a samozřejmě dohledem nad dodržováním omezení a zákonů. Totiž úspěšná prevence znamená spolupráci všech složek společnosti (Nešpor, K., 1994).

5. Empirické šetření

Empirická část je pojata jako kvantitativní deskriptivní výzkum, který poslouží k ověření tří hypotéz, vytvořených na základě mých vlastních zkušeností, ale i na podkladě již existujících teorií. Praktickou část jsem tak realizovala pomocí dvou základních metod sběru dat, pozorování a dotazníku. Můj výzkum je tedy kvantitativní, numerický a snaží se zajistit co nejpřesnější měření specifických aspektů sledovaného jevu. Jde o strukturovaný výzkumný přístup.

5.1. Cíl výzkumu a stanovení hypotéz

Cílem výzkumu mé diplomové práce je za prvé potvrdit, že patologické hráčství je prozatím doménou mužů. Píší prozatím, protože do budoucna je těžké odhadnout, jak se tato situace bude vyvíjet. Stejně tak jako počet závislých, který lze jen zhruba vyvozovat podle informací ze zdravotnických zařízení. K verifikaci nebo falzifikaci první hypotézy použiji zpracovaná data, která jsem získala na základě tříletého pozorování v nonstop herně. Dále jsem tyto údaje srovnala s údaji od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Jedná se o vývoj počtu pacientů s diagnózou F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a kraje sídla zdravotnického zařízení. Tyto údaje bylo třeba jinak utřídit pro mé potřeby, aby bylo možno srovnávat. Konečné porovnání mnou získaných údajů z pozorování a údajů ze zdravotnických zařízení dává odpověď na zastoupení mužů a žen jak co se týče návštěvnosti herny, tak podílu na nutnosti vyhledat odbornou pomoc v zdravotnickém zařízení.

Za druhé jsem chtěla zjistit, jak česká veřejnost vnímá hazard. A to jednak z pohledu působení na samotného jedince, ale i jaký postoj a snahu zaujímá stát. K zjištění těchto cílů jsem si stanovila hypotézy, které byly ověřeny u první hypotézy pozorováním a u druhé a třetí anonymním dotazníkem.

Výzkum v této diplomové práci bude tak mít dvě části. První část bude vyhodnocena na základě pozorování a pro vyhodnocení druhé části poslouží dotazník. Můj typ výzkumného problému je popisný, směřuje k popisu reality, vlastně současné situace. Není v žádném případě kauzální, protože nepátrá po příčinách ani nezkoumá vztahy mezi určitými problémy.

Hypotézy

K splnění cíle praktické části mé diplomové práce jsem si stanovila tři hypotézy:

Hypotéza 1. Patologické hráčství preferují v současnosti více muži než ženy.

Hypotéza 2. Česká společnost vnímá gamblerství jako závislost s negativními dopady.

Hypotéza 3. Česká veřejnost vnímá současnou státní politiku v oblasti regulace hazardu za nedostatečnou.

5.2. Metodika výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku

Pro verifikaci první hypotézy bylo použito metody sběru dat přímým, nezúčastněným pozorováním s následným záznamem získaných údajů. Šlo o pozorování, kdy já jako pozorovatel jsem nezaujatě sledovala jev v jeho přirozeném prostředí. Tuto metodu jsem zvolila proto, že umožňuje zachytit a analyzovat reálné jevy a procesy, které není možné pomocí dotazování odhalit. Pro potvrzení nebo vyvrácení první hypotézy, že častějšími hrajícími návštěvníky herny jsou muži a to dokonce více jak z osmdesáti procent oproti ženám, jsem použila nashromážděná data za tři kalendářní roky. Získané údaje jsem následně utřídila do tabulek podle počtu, pohlaví i věkové kategorie. Pozorování a zápis dat se realizovalo v nonstop herně ve středu města Brna po dobu tří let. Za každý rok dvacet tři dní čtyřadvacet hodin což je v součtu 69 dní za tři roky a celých 1656 hodin. Výběrový vzorek pro první hypotézu je tak tvořen všemi hrajícími návštěvníky za 1656 hodin. Nasbíraná data mají posloužit k verifikaci první hypotézy, že více jak 80% návštěvníků herny jsou muži. Průzkum byl uskutečněn v průběhu let 2009, 2010 a 2011.

Pro srovnání doplním svůj výzkum o údaje, které jsem získala od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a to vývoj počtu pacientů s diagnózou F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a kraje sídla zdravotnického zařízení. Použila a utřídila jsem pouze data podle pohlaví do přehledné tabulky a následně do grafu, aby bylo možné sledovat výrazné zastoupení mužů.

Verifikaci druhé a třetí hypotézy jsem realizovala pomocí dotazníku. Průzkum pomocí dotazníkového šetření probíhal podle předem stanoveného plánu:

- stanovení cíle a hypotézy
- výběr výzkumné metody, výběr sledované skupiny výzkumu
- sběr informací
- zpracování empirických dat každé skupiny do souhrnné tabulky s pomocí kvantitativní analýzy vyhodnocení přehledných tabulek a grafů ke každé otázce v podstatě její grafické znázornění
- popis získaných výsledků
- interpretace výsledků

Prostřednictvím dotazníku jsem chtěla zjistit, zda veřejnost vnímá hráčství jako závislost a nebezpečí pro jedince a názor jak se k této problematice staví stát. Pro dotazníkový průzkum jsem se rozhodla pro jeho relativně malé náklady, časovou úsporu, přesvědčivou anonymitu a vysokou standardizace umožňující statistickou analýzu dat.

Průzkum probíhal v lednu 2012 a cílovou skupinou je náhodně vybraný vzorek běžné dospělé populace. Na anonymní dotazník odpovídalo celkem 166 respondentů.

Celkem jsem rozdala 175 dotazníků. Devět se mi nevrátilo do požadovaného času zpracování, proto jsem je nemohla zařadit do výzkumu. Vyplnění dotazníku zabralo dotazovanému kolem tří minut.

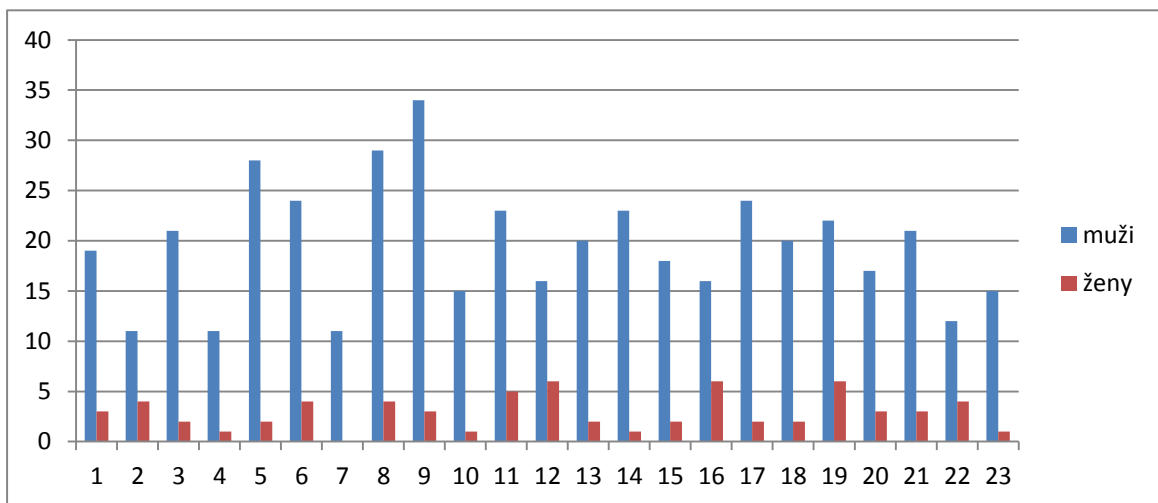
Otázky jsou uzavřené, nabízejí varianty odpovědí a zasahují různé tematické okruhy. Otázky 1 – 4 zjišťují sociodemografické údaje o respondentech. Otázky 5 – 12 zjišťují, jak dotazovaní vnímají hráčství, zda jako závislost nebo nikoli a také jaký podle nich má vliv na jedince. Otázky 14, 15, 18 – 23 odpovídají na to, jak respondent vnímá hazard versus stát. Jaká je informovanost, přehlednost a regulace ze strany státu. Otázky 13, 16, 17 zjišťují, jaké osobní zkušenosti mají dotazovaní s hazardní hrou.

5.3. Pozorování - analýza dat a jejich interpretace

Analýza pozorování návštěvnosti herny z hlediska pohlaví za 2009 -2011

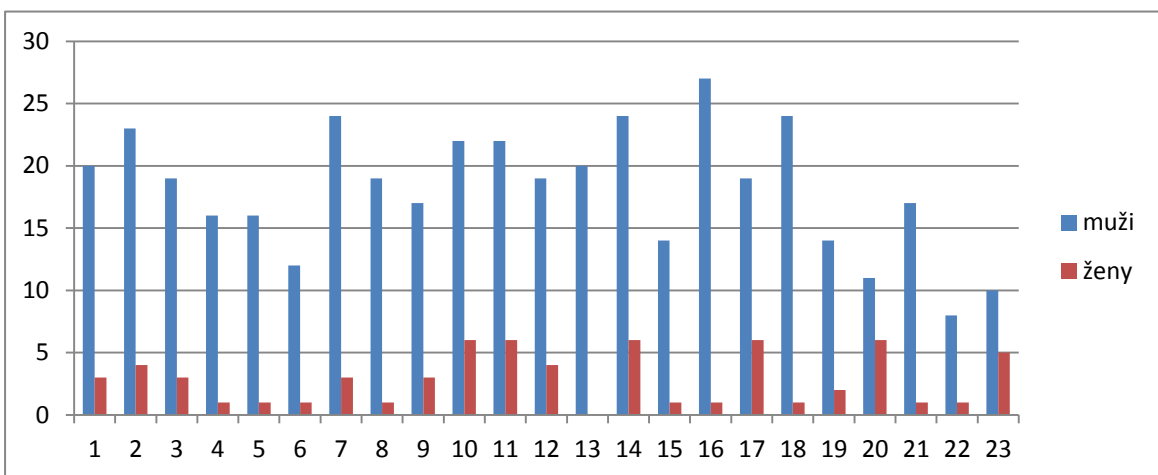
Pozorování a zápis dat jsem prováděla v nonstop herně ve středu města Brna po dobu tří let. Za každý rok dvacet tři dní čtyřicet hodin. Výběrový vzorek pro první hypotézu je tak tvořen všemi hrajícími návštěvníky za čtyřicet hodin. Nasbíraná data mají posloužit k verifikaci první hypotézy, že více jak 80% návštěvníků herny jsou muži. Nasbíraná data jsem utřídila do tří tabulek, za každý rok jedna. Čtvrtá tabulka shrnuje průměr za všechny tři sledované roky.

Návštěvnost herny za rok 2009 je 517 osob za 23 dní. Z toho je 450 mužů a 67 žen, v procentech je to 87,04% mužů a 12,96% žen.



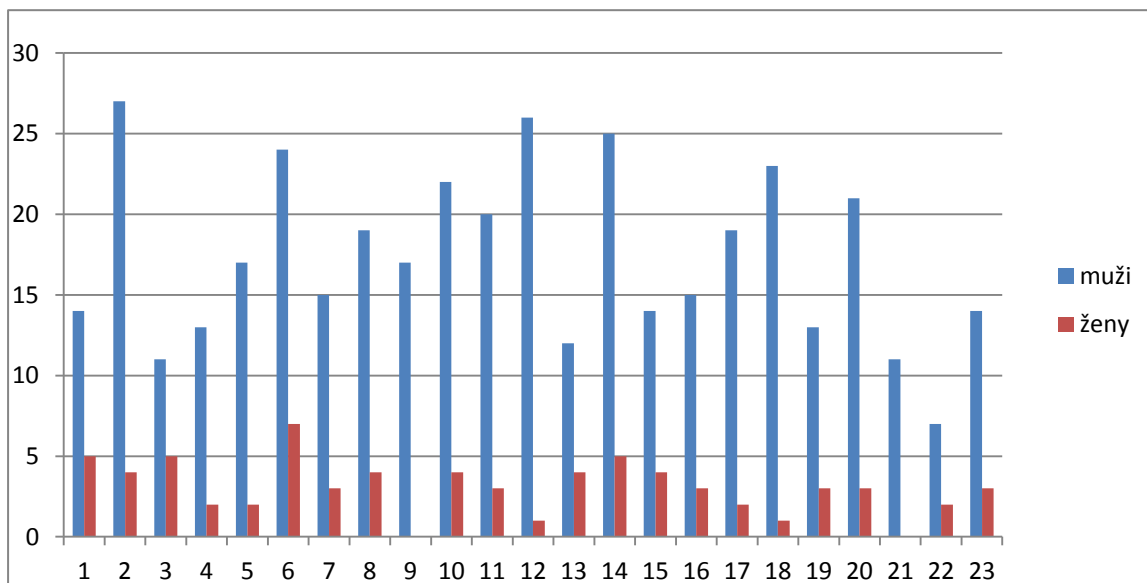
Graf č. 6

Návštěvnost herny za rok 2010 je 483 osob za 23 dní. Z toho je 417 mužů a 66 žen, v procentech je to 86,34% mužů a 13,66% žen.



Graf č. 7

Návštěvnost herny za rok 2011 je 469 osob za 23 dní. Z toho je 399 mužů a 70 žen, v procentech je to 85,07% mužů a 14,93% žen.



Graf č. 8

Ze závěrečné tabulky shrnující roky 2009, 2010 a 2011 je zřejmé, že v závislosti na výherních automatech dominují muži. Na návštěvnosti herny se muži podílejí 86%, zatímco ženy necelými 14%. Je jen otázkou do budoucna zda se tento poměr nezmění. Ale je pravdou, že v padesátých letech byla žena závislá na alkoholu u nás také vzácností a dnes žen s tímto problémem radikálně přibýlo. S patologickým hráčstvím to může být do budoucna podobné. Tak jak se přibližuje mužský a ženský svět, přibývá hazardních hráček a v statistikách se zvyšuje poměr žen, které propadly závislosti.

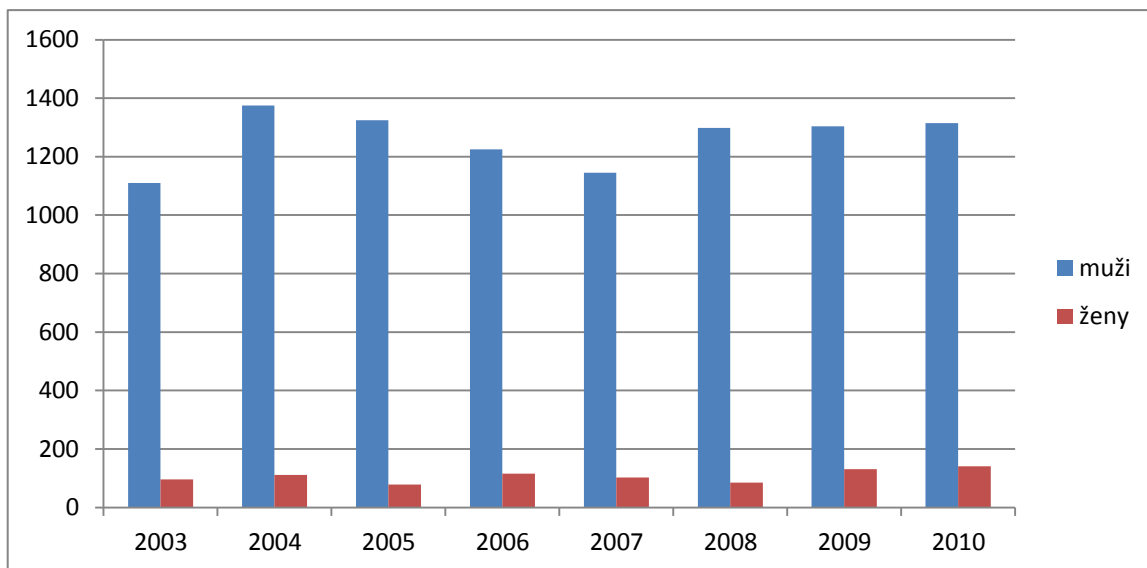
Výsledná tabulka návštěvnosti herny podle pohlaví za rok 2009, 2010 a 2011.

pohlaví	2009	2010	2011	celkem	%
muži	450	417	399	1266	86,18%
ženy	67	66	70	203	13,82%

Pro srovnání doplním svůj výzkum o údaje, které jsem získala od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Jedná se o vývoj počtu pacientů s diagnózou F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a kraje sídla zdravotnického zařízení. Použila a utřídila jsem pouze data podle pohlaví a let, aby bylo možné sledovat jak je výrazné zastoupení mužů. Od roku 2003 do roku 2010 je průměrný podíl mužů na ambulantní péči s diagnózou patologického hráčství 92% oproti ženám, které se podílí pouze necelými 8%. Nelze si ovšem nepovšimnout narůstajícího počtu žen.

Počet pacientů v ambulantní péči od roku 2003 do 2010 z hlediska pohlaví.
Zpracované údaje z ÚZIS zpráva č:49

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	celkem	v %
muži	1110	1375	1325	1225	1145	1298	1304	1315	10097	92,13%
ženy	96	111	79	116	103	85	131	141	862	7,87%
muži	92,04%	92,53%	94,37%	91,35%	91,75%	93,85%	90,87%	90,32%	10959	100%
ženy	7,96%	7,47%	5,63%	8,65%	8,25%	6,15%	9,13%	9,68%		



Graf č. 9

5.4. Závěr šetření

Hypotéza 1. – Patologické hráčství preferují v současnosti více muži než ženy – **se potvrdila.**

Po závěrečném zpracování nasbíraných dat je zřejmé, že v závislosti na výherních automatech dominují muži. Po zpracování nasbíraných dat za tři kalendářní roky je průměrná návštěvnost herny rozdělena podle pohlaví následující: muži se podílejí 86%, zatímco ženy necelými 14%. Samozřejmě, že pouze z návštěvnosti herny nelze vyvozovat závěr, že herní závislost zasahuje výrazně pouze mužskou populaci. Proto doplňuji své šetření i o údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR - vývoj počtu pacientů s diagnózou F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních. Tyto dostupné informace jsem zpracovala podle pohlaví a let do přehledné tabulky a výsledkem je zjištění, že od roku 2003 do roku 2010 je průměrný podíl mužů na ambulantní péči s diagnózou patologického hráčství 92% oproti ženám, které se podílí pouze necelými 8%. Tento výsledek opravdu podporuje teorii, že patologické hráčství je v současné době doménou mužské populace. Úmyslně uvádím, že v současné době, protože nelze předjímat, jak se tento poměr do budoucna změní.

Z výše uvedených zjištění je patrný rozdíl mezi pohlavími. Patologické hráčství je vnímáno jako doména mužů. V současnosti jsou ve vazbě na problémové hráčství zjišťovány různé odlišnosti mezi hrající populací mužů a populací žen. Tyto rozdíly jsou důležité pro vytváření léčebných postupů a při samotné léčbě. Hodnoty velikosti rozšíření patologického hráčství jsou závislé na podobě sociálních norem, které ovlivňují hráčské chování. Ještě před tím, než se přístupnost hraní nabídla široké veřejnosti, byl gambling rozhodně výrazně převažující doménou mužů. Jednalo se povětšinou o sportovní sázky, karty a závodění. V této době pak jen logicky měly ženy nesrovnatelně menší možnosti, jak k vlastní realizaci herních činností, tak i zákonitě zde byla výrazně omezena pravděpodobnost přechodu na problémové hraní nebo vznik patologického hraní. Při dnešních možnostech vystavení mladých žen a dívek hraní nelze vyloučit, že během následujících let procentuální rozlišení pohlaví a hráčů zcela vymizí (Pruner, P., 2008, 158).

Návykové problémy u žen mají svá specifika, která lze vysvětlit například na závislosti alkoholové. Poměr počtu přijetí do lůžkových zařízení pro poruchy vyvolané alkoholem. Ještě v roce 1974 připadlo na jednu hospitalizovanou ženu s diagnózou závislosti na alkoholu 12 mužů, v roce 1987 byl již tento poměr 1:5 (Jilčík, T., Plšková, A., Zapletal, L., 2005, 31) V roce 1996 činil tento poměr už jen 2,6 mužů na jednu ženu jak uvádí Nešpor (2007). Ženy bývají mnohem zdrženlivější ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům jako je i hazardní hra. Tak lze vysvětlit jejich relativně menší počet v porovnání s muži. To ovšem není stav neměnný, protože žen s návykovými problémy přibývá podstatně rychleji. Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované

partnerce. Jakoukoli závislost u žen odsuzuje okolí daleko tvrději než závislost u mužů. Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostmi, ale méně často u nich bývají poruchy osobnosti a méně se dopouštějí trestných činů a násilného jednání vázaného na závislost. Ženám více záleží na tom, jak vypadají, působí na okolí, a také disponují silnějším pudem sebezáchovy než muži. Byla prokázána souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumací alkoholu. Období před menstruací je v tomto směru rizikovější. Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí a také snadněji vytváří zdravější životní styl. Ale pozor, rodina i děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů (Nešpor, K., 2007, 53-54).

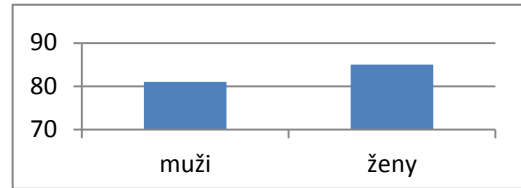
Společenská situace, ve které se v dané době žena nachází, může také napomoci ve vysvětlení, proč jsou citové stavy častějším spouštěcím mechanismem pro vznik herní závislosti. Kupříkladu domácí prostředí patologických hráček je nestabilní, stresující, neschopné pomoci a neschopné podpořit ženu pokud ji provázejí problémy. Jako spouštěcí mechanismy hraní subjektivně sdělují ženy často motivy, které se váží na jejich aktuální psychický stav a stav emocí. Uvádějí, že unikají ze stresové a neuspokojivé životní situace. Hraní je činnost, při které se ženy údajně zbavují stavů deprese oproti mužům, kteří uvádějí důvody závislé na emočních stavech. Právě emoční stavy, které závislé hráčky uvádějí jako počáteční důvod hraní, patrně korelují s typem hraní, jaký preferují ženy.

Přestože výběr hráčských aktivit prokazatelně závisí na jejich dostupnosti, ukazuje se, že ženy upřednostňují nestrategické hry. Například bingo, hrací automaty. Jejich problémové hraní na nich většinou začíná a i se dále vyvíjí. Právě nestrategické formy hraní mohou být více orientované na únik před problémy a tím mohou více vyhovovat ženám, které se chtějí pomocí zabránit do hry odpoutat od svých aktuálních starostí a problémů. Oproti tomu, strategické hry orientované na akci přitahují mužskou část populace (Pruner, P., 2008, 160).

5.5. Analýza dotazníkového průzkumu

Otázka č. 1. Pohlaví respondentů

pohlaví	počet	% celkem
muži	81	49%
ženy	85	51%
celkem	166	100%

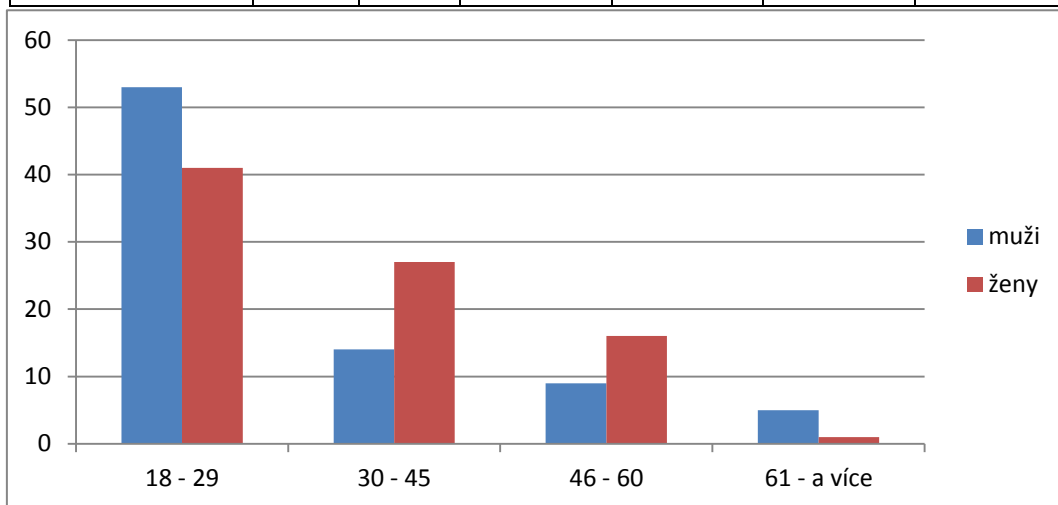


Graf č. 10

Na dotazník odpovídalo 81 (49%) mužů a 85 žen (51%). Celkem tedy 166 respondentů.

Otázka č. 2. Věk respondentů

věk	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
18 - 29	53	41	65%	48%	94	57%
30 - 45	14	27	17%	32%	41	25%
46 - 60	9	16	11%	19%	25	15%
61 - a více	5	1	6%	1%	6	4%
celkem	81	85	100%	100%	166	100%

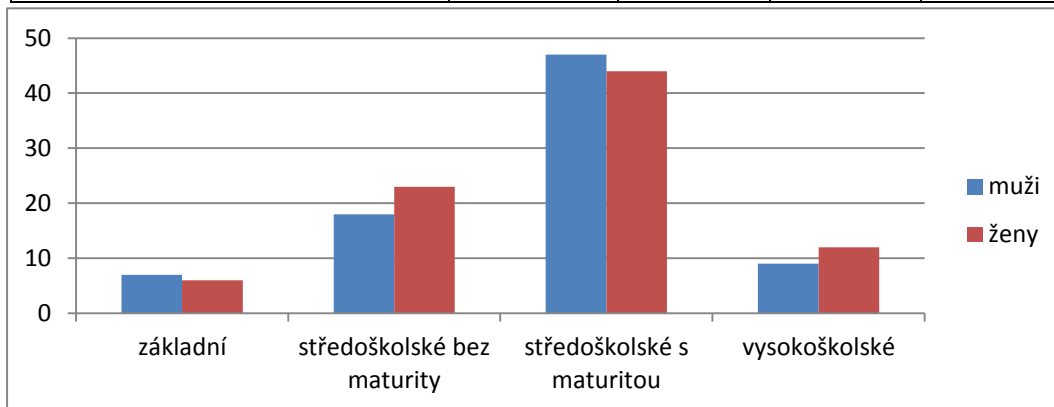


Graf č. 11

Na dotazník odpovídalo nejvíce osob z věkové skupiny 18-29 let (65%), další věkovou skupinou se zastoupením 41 (17%) dotazovaných je 30-45 let, 46-60 je reprezentováno 25 respondenty, což je 11% a poslední věkovou kategorií je nad 61 let 6 (6%) respondentů.

Otázka č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

	muži	ženy	celkem	% celkem
Základní	7	6	13	8%
středoškolské bez maturity	18	23	41	25%
středoškolské s maturitou	47	44	91	55%
vysokoškolské	9	12	21	13%
Celkem	81	85	166	100%

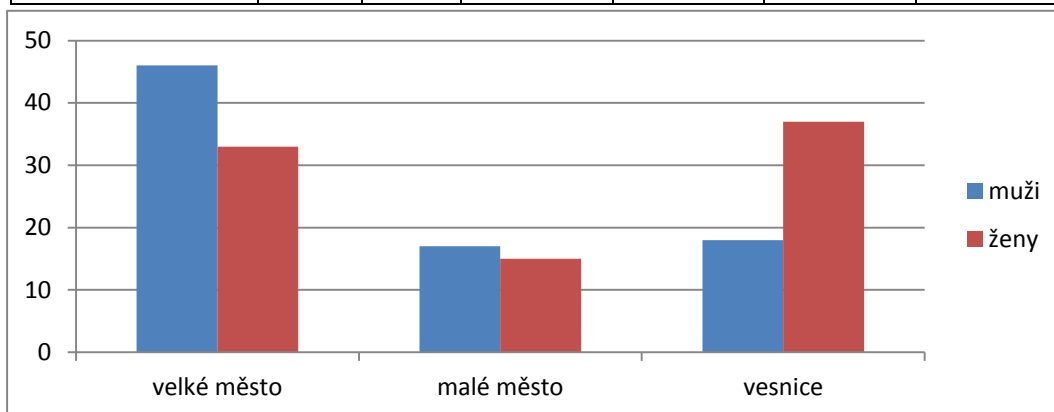


Graf č. 12

Mezi dotazovanými osobami převládají lidé se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou a to celými 55%. Následují dotazovaní jedinci se středoškolským vzděláním bez maturity a to 25%. Vysokoškolsky vzdělaní jedinci jsou zastoupeni 13% a základní vzdělání mělo 8% respondentů.

Otázka č. 4. Bydliště

Bydliště	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
velké město	46	33	57%	39%	79	48%
malé město	17	15	21%	18%	32	19%
Vesnice	18	37	22%	44%	55	33%
Celkem	81	85	100%	100%	166	100%

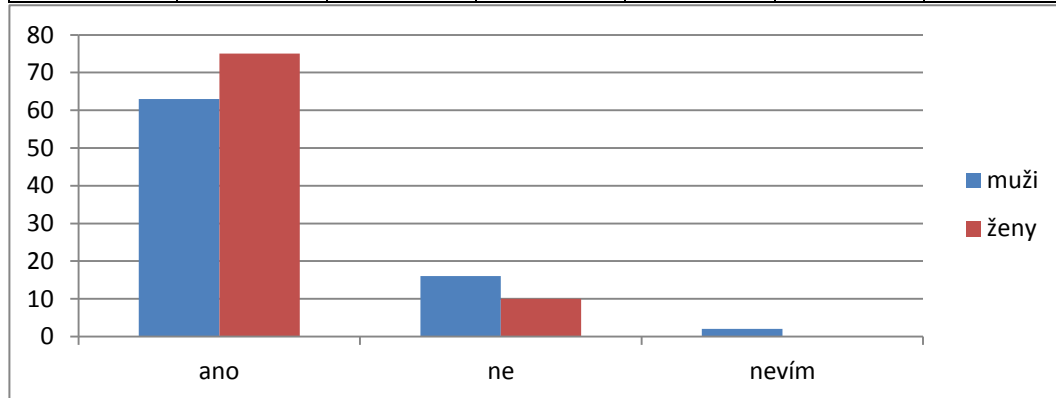


Graf č. 13

Nejvíce respondentů bydlí ve velkém městě, 48% následují jedinci z vesnice 33%, nejmenší zastoupení a to 19% mají lidé z malého města.

Otázka č. 5. Myslíte si, že gamblerství je velmi blízké drogové nebo alkoholové závislosti?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	63	75	78%	88%	138	83,13%
ne	16	10	20%	12%	26	15,66%
nevím	2	0	2%	0%	2	1,20%
součet	81	85	100%	100,00%	166	100,00%

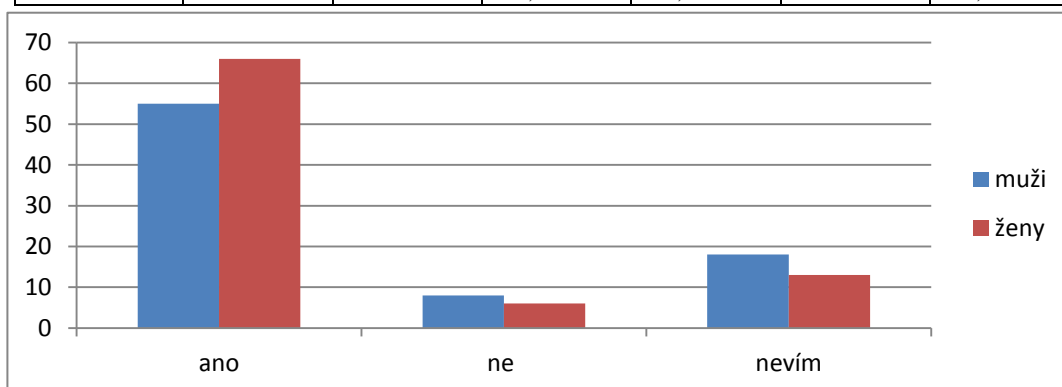


Graf č. 14

Z odpovědí vyplynulo, že drtivá většina respondentů 88% vnímá gamblerství jako závislost, která se neliší od jiných závislostí. Zajímavé je srovnání mezi muži a ženami, kdy muži pro alternativu ne jsou zastoupeni 20% oproti ženám, kterých odpovědělo ne pouze 12%.

Otázka č. 6. Souhlasíte, že patologické hráčství je medicínský problém a je označován jako psychiatrická diagnóza?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	55	66	67,90%	77,65%	121	72,89%
ne	8	6	9,88%	7,06%	14	8,43%
nevím	18	13	22,22%	15,29%	31	18,67%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

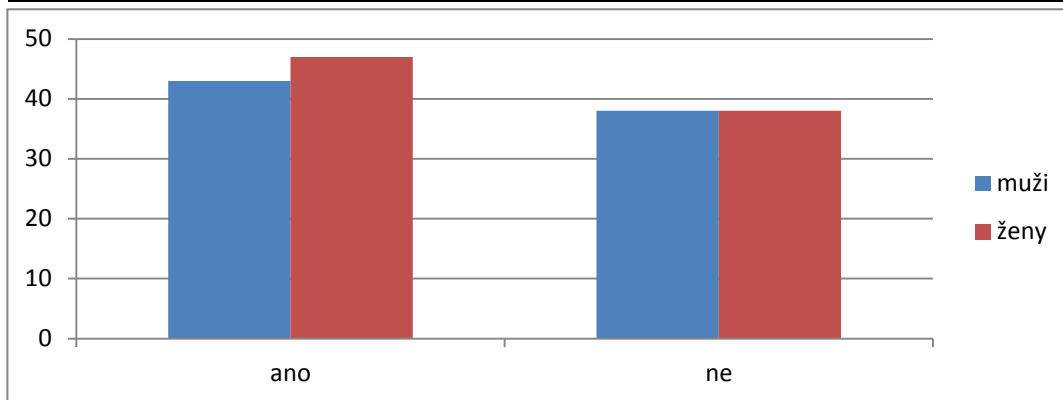


Graf č. 15

Většina respondentů 72,89% souhlasí, že patologické hráčství je medicínský problém. Nevím odpovědělo 18,67% a ne 8,43% odpovídajících.

Otázka č. 7. Máte představu, kam se obrátit o odbornou pomoc v případě, že vy sami nebo někdo z blízkých má problém s hráčskou závislostí?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	43	47	53,09%	55,29%	90	54,22%
ne	38	38	46,91%	44,71%	76	45,78%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

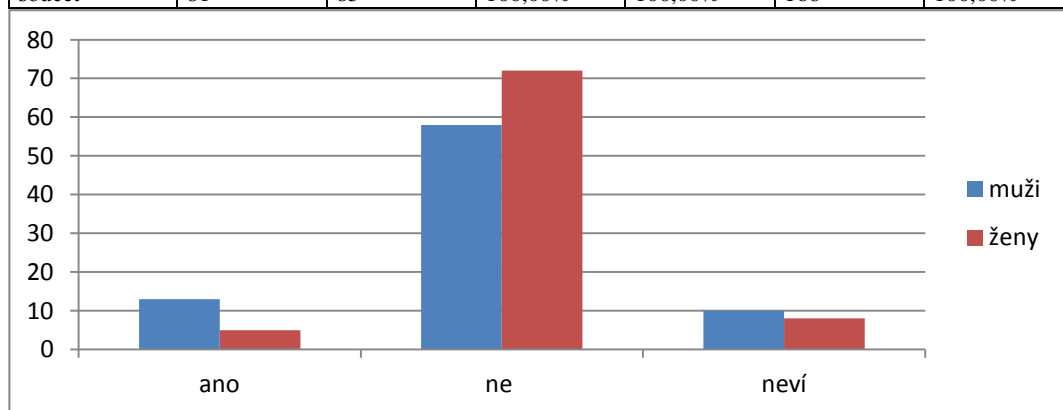


Graf č. 16

Kam se obrátit o odbornou pomoc ví 54,22% dotazovaných, to je jen něco málo přes polovinu. Takže necelá polovina 45,78% neví kde hledat odbornou pomoc při tomto problému.

Otázka č. 8. Myslíte si, že je snadné léčení gamblerství?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	13	5	16,05%	5,88%	18	10,84%
ne	58	72	71,60%	84,71%	130	78,31%
neví	10	8	12,35%	9,41%	18	10,84%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

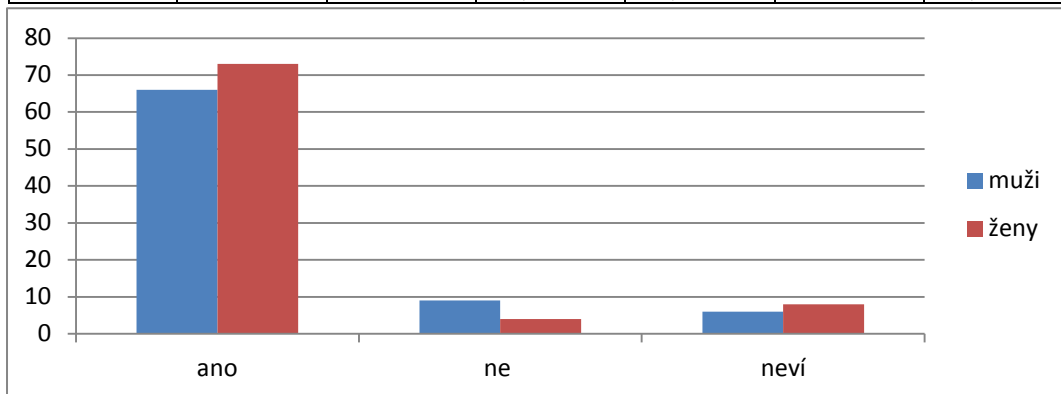


Graf č. 17

Většina respondentů správně tuší, že léčení závislosti je nelehké. Pro tuto alternativu se rozhodlo 78,31% dotazovaných. Procentuálně stejně, a to 10,84% odpověděli ti, co byli pro snadné léčení i ti, kteří nemají představu o léčení této závislosti. Je ale zřejmé, že muži opět mají tendenci podceňovat tento problém.

Otázka č. 9. Souhlasíte, že u patologického hráče dochází v souvislosti se závislostí k poškozování fyzického i duševního zdraví?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	66	73	81,48%	85,88%	139	83,73%
ne	9	4	11,11%	4,71%	13	7,83%
neví	6	8	7,41%	9,41%	14	8,43%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

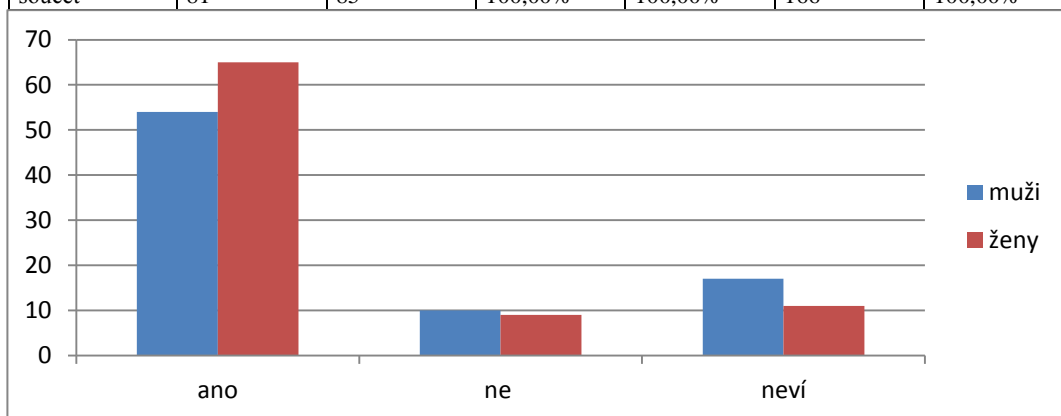


Graf č. 18

Pro názor, že u závislého dochází k negativnímu působení na fyzický i psychický stav jedince se vyslovilo kladně 83,73% dotazovaných. Pro nesouhlas se vyslovilo 7,83% respondentů. Zbýlých 8,43% dotazovaných nevědělo.

Otázka č. 10. Je podle vás snadné propadnout závislosti na hře?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	54	65	66,67%	76,47%	119	71,69%
ne	10	9	12,35%	10,59%	19	11,45%
neví	17	11	20,99%	12,94%	28	16,87%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

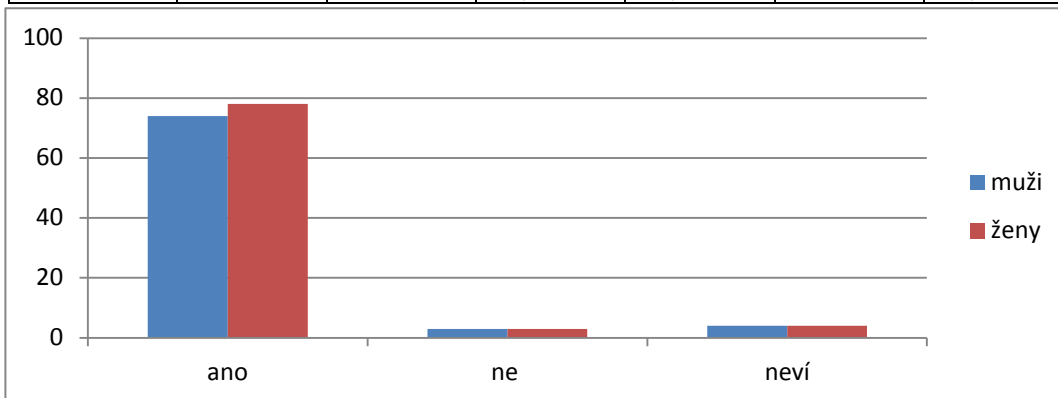


Graf č. 19

Získat závislost na hře je snadné podle většiny, tj. 71,69% respondentů, ve větší míře se pro tuto eventualitu kloní ženy. Neví 16,87% dotazovaných a 11,45 s tímto tvrzením nesouhlasí.

Otázka č. 11. Ovlivňuje negativně závislý gambler své blízké okolí, jako rodinu, příbuzné?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	74	78	91,36%	91,76%	152	91,57%
ne	3	3	3,70%	3,53%	6	3,61%
neví	4	4	4,94%	4,71%	8	4,82%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

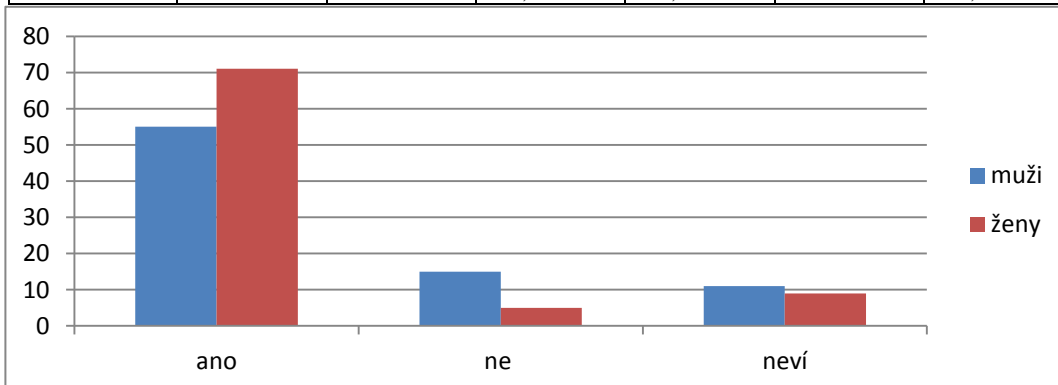


Graf č. 20

S tvrzením, že závislost je zatěžující i pro okolí závislého odpovědělo ano 91,57% dotazovaných. Pouhá 3,61% odpovědělo ne a zbylých 4,82% nevědělo odpověď.

Otázka č. 12. Myslíte si, že hráčská závislost může končit sebevraždou?

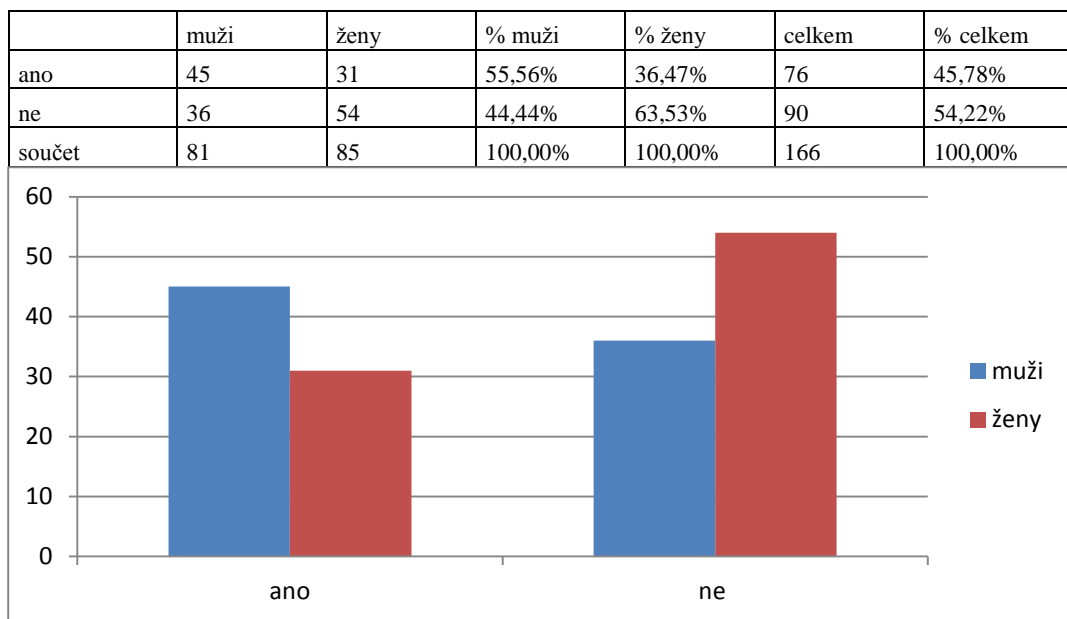
	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	55	71	67,90%	83,53%	126	75,90%
ne	15	5	18,52%	5,88%	20	12,05%
neví	11	9	13,58%	10,59%	20	12,05%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%



Graf č. 21

Že hráčská závislost může končit i sebevraždou, odpovědělo ano 75,90% dotazovaných. Pokud rozlišíme muže a ženy, ženy opět souhlasí více nežli muži. Celkem ne odpovědělo 12,5% respondentů. Odpověď nevědělo také 12,5% dotazovaných.

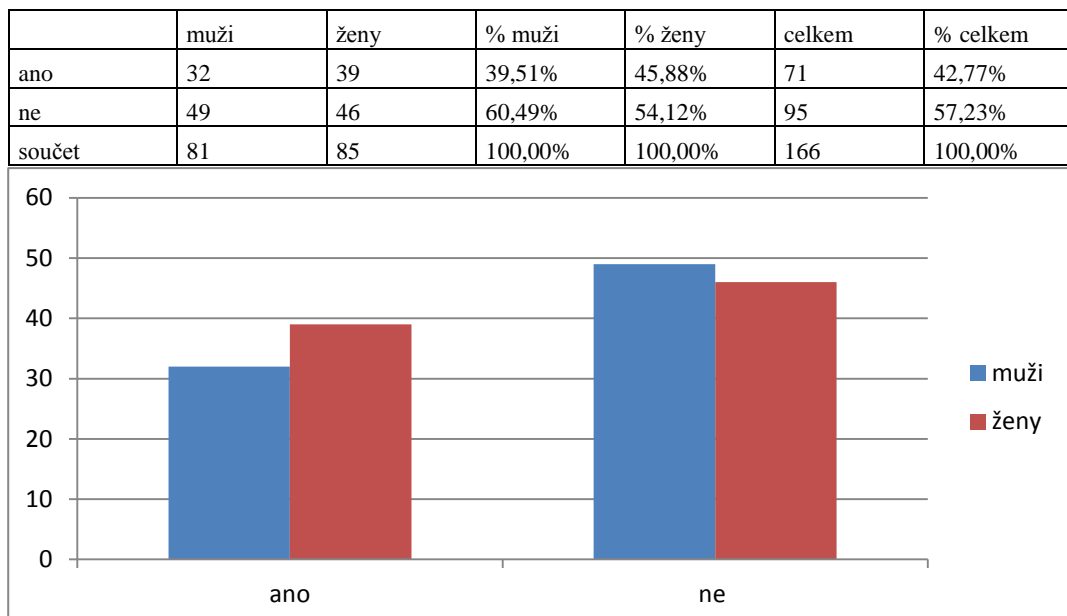
Otázka č. 13. Vy sám jste vyzkoušel hru na výherním automatu?



Graf č. 22

Celkem 45,78% dotazovaných odpovědělo ano. Pokud ale budeme rozlišovat pohlaví, muži mají rozhodně větší zkušenosti s výherními automaty.

Otázka č. 14. Znáte ve Vašem okolí někoho se závislostí na výherních automatech?

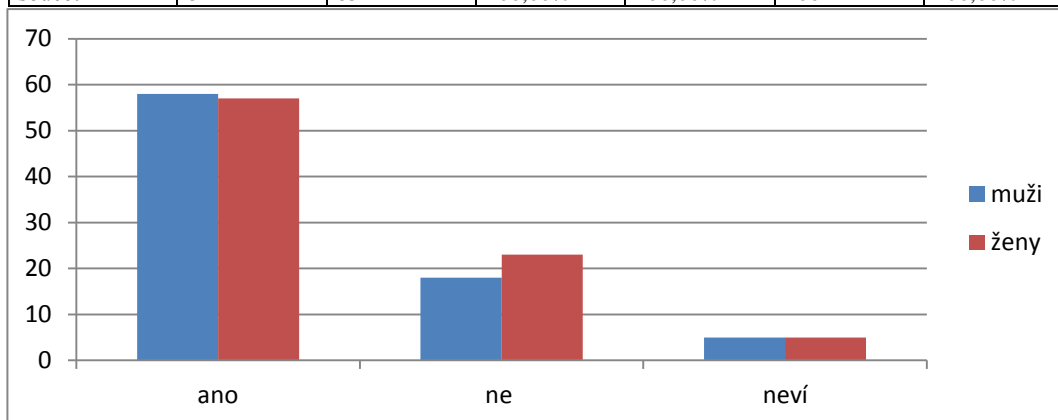


Graf č. 23

Celkem 42,77% zná ve svém okolí někoho s hráčskou závislostí.

Otázka č. 15. Nachází se v blízkosti Vašeho bydliště herna?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	58	57	71,60%	67,06%	115	69,28%
ne	18	23	22,22%	27,06%	41	24,70%
neví	5	5	6,17%	5,88%	10	6,02%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

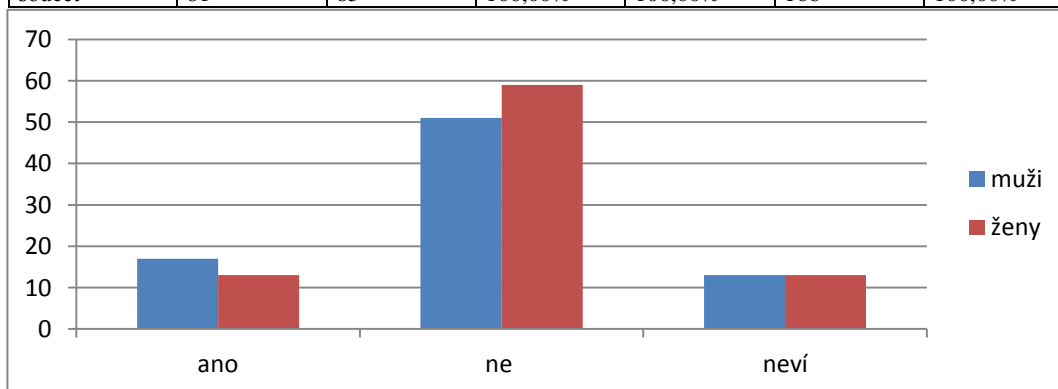


Graf č. 24

Z celkového počtu odpovídajících, kteří bydlí jak ve městě, tak na vesnici má v blízkosti bydliště herna 69,28%. Ne odpovědělo 24,70% respondentů a zbylých 6,02% neví, zda v okolí jeho bydliště je herna.

Otázka č. 16. Je podle Vás informovanost o takovém celospolečenském problému, jako je patologické hráčství dostatečná?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	17	13	20,99%	15,29%	30	18,07%
ne	51	59	62,96%	69,41%	110	66,27%
neví	13	13	16,05%	15,29%	26	15,66%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

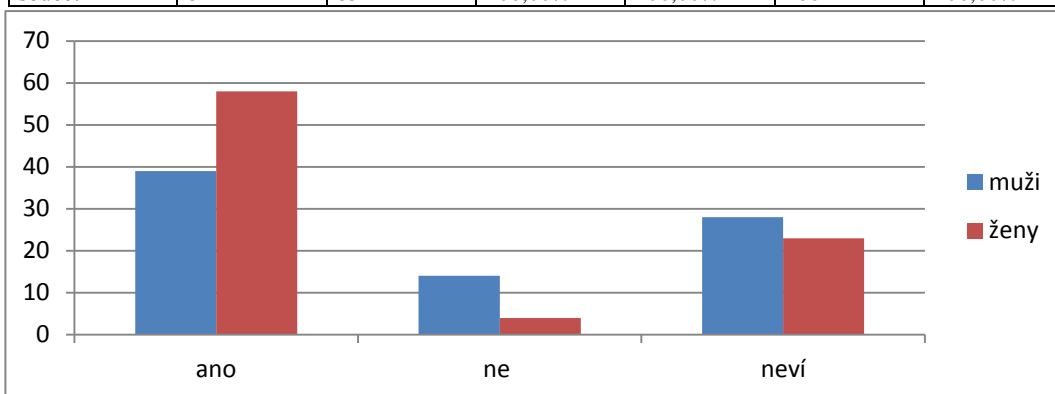


Graf č. 25

Názor, že informovanost není dostatečná, zastává 66,27% dotázaných respondentů. Spokojenost s dostatkem informací k tomuto problému vyjádřilo 18,07% a 15,66% neví odpověď.

Otázka č. 17. Domníváte se, že závislých na automatech bude do budoucna přibývat?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	39	58	48,15%	68,24%	97	58,43%
ne	14	4	17,28%	4,71%	18	10,84%
neví	28	23	34,57%	27,06%	51	30,72%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

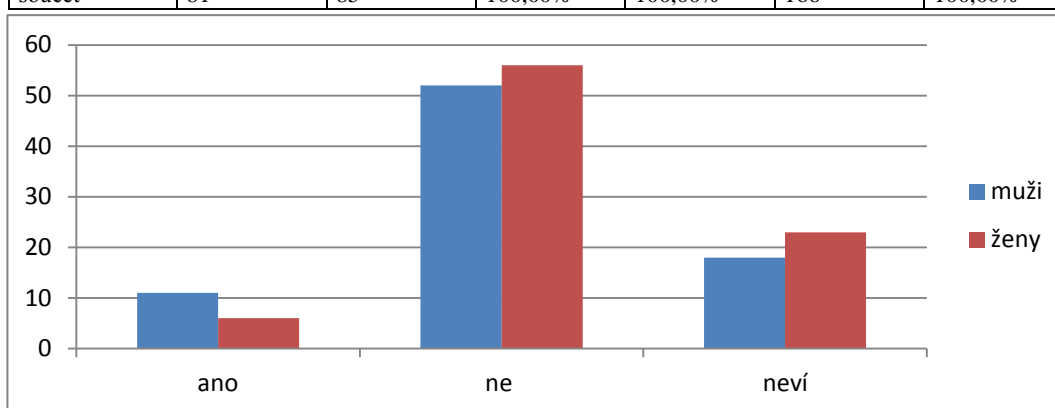


Graf č. 26

Více jak polovina, přesněji 58,43% dotazovaných si myslí, že gamblerů do budoucna bude přibývat. Celkem 30,72% respondentů neví, jak se bude situace do budoucna v této problematice vyvíjet a 10,84% odpovídajících se domnívá, že závislých nebude přibývat.

Otázka č. 18. Domníváte se, že umístění heren a jejich provoz je dostatečně regulován?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	11	6	13,58%	7,06%	17	10,24%
ne	52	56	64,20%	65,88%	108	65,06%
neví	18	23	22,22%	27,06%	41	24,70%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

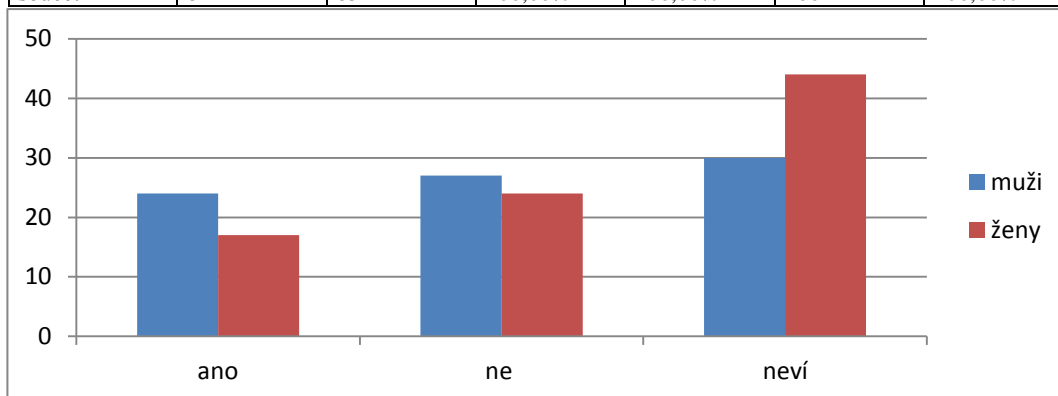


Graf č. 27

Na otázku zda umístění a provoz heren je dostatečně regulován, odpovědělo ano celkem 10,24% respondentů. Je to výrazně méně než odpověď, že regulace je nedostatečná od 64,06% odpovídajících. Poměrně velké procento 24,70% nemá představu, a proto neví odpověď.

Otázka č. 19. Myslíte si, že obce mají zájem zvyšovat počet heren tím i počet automatů?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	24	17	29,63%	20,00%	41	24,70%
ne	27	24	33,33%	28,24%	51	30,72%
neví	30	44	37,04%	51,76%	74	44,58%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%

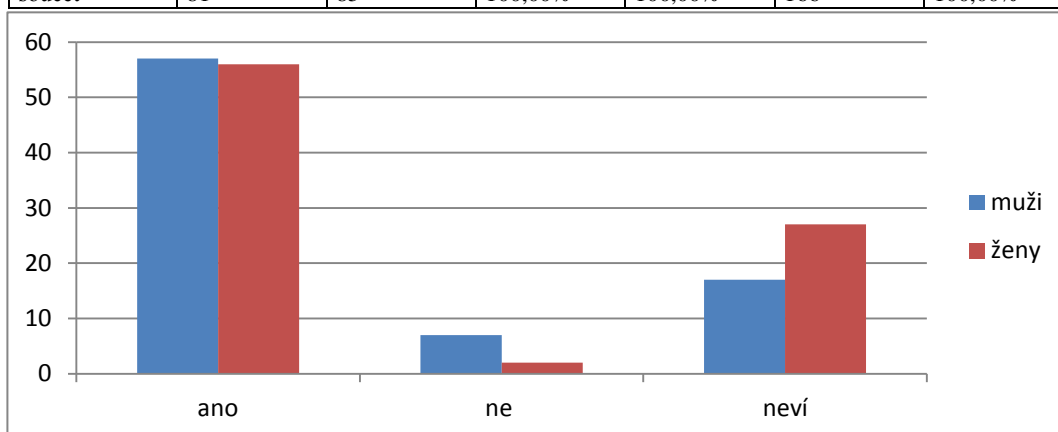


Graf č. 28

Je patrné, že vzhledem k této problematice je menší, protože na otázku odpovědělo neví celkem 44,58% dotazovaných. Celkem 30,72% respondentů odpovědělo, že obec nemá zájem zvyšovat počty výherních automatů. Zbýlých 24,70% odpovědělo ano, obce chtějí zvyšovat počty výherních automatů.

Otázka č. 20. Má obec možnost ovlivnit počet heren a tím i počet výherních automatů?

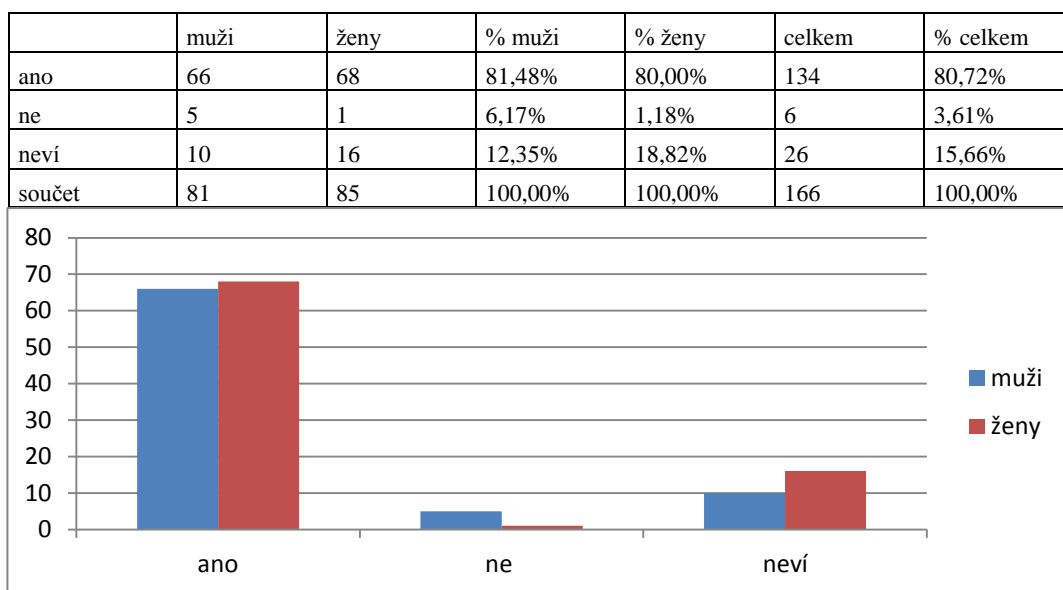
	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	57	56	70,37%	65,88%	113	68,07%
ne	7	2	8,64%	2,35%	9	5,42%
neví	17	27	20,99%	31,76%	44	26,51%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%



Graf č. 29

Celkem 68,07% respondentů má představu, že obec může ovlivnit počet heren a výherních automatů. Pouhých 5,42% si myslí, že obec tuto možnost nemá a 26,51% o této problematice nemá povědomí, proto označili odpověď neví.

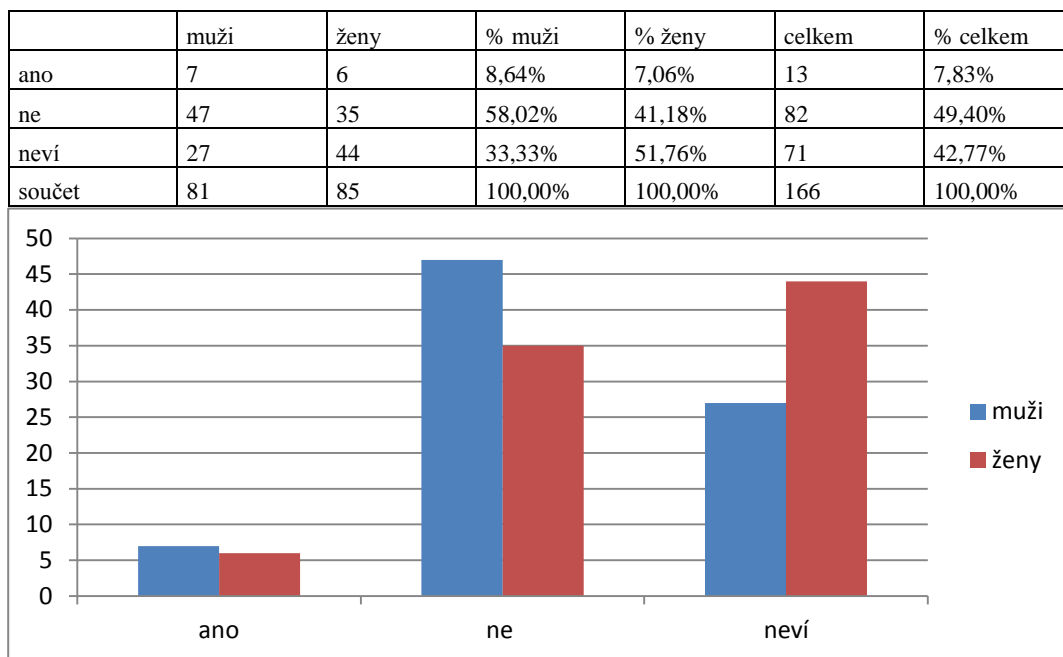
Otázka č. 21. Pripadá Vám, že počet heren a tím i počet automatů je vysoký?



Graf č. 30

Většina respondentů 80,72% si uvědomuje, že počet heren je vysoký, pouze 3,61% dotazovaných má názor, že počet heren není vysoký. Zbýlých 15,66% odpovědělo nevim.

Otázka č. 22. Myslíte si, že zdanění hazardu je dostatečně vysoké a daňově přehledné?

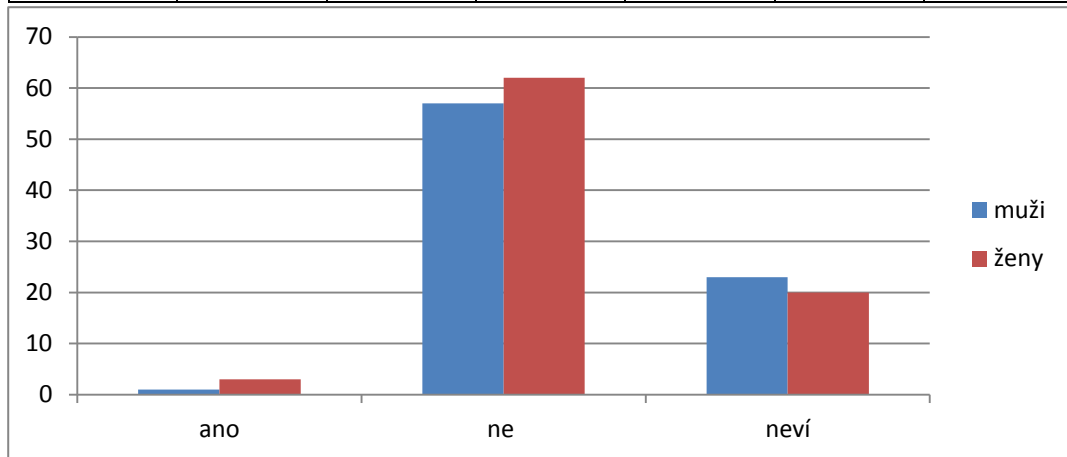


Graf č. 31

Téměř polovina dotazovaných odpověděla, že finanční toky z hazardu nejsou přehledné, přesněji 49,40%. Nelze si nevšimnout, že muži se lépe orientují v této problematice. Celkem nevim odpovědělo 42,77% respondentů a pouhých 7,83% bylo pro variantu ano.

Otázka č. 23. Domníváte se, že současná regulace hazardu ze strany státu je dostatečná?

	muži	ženy	% muži	% ženy	celkem	% celkem
ano	1	3	1,23%	3,53%	4	2,41%
ne	57	62	70,37%	72,94%	119	71,69%
neví	23	20	28,40%	23,53%	43	25,90%
součet	81	85	100,00%	100,00%	166	100,00%



Graf č. 32

Celkový názor, že stát nedostatečně reguluje hazard má 71,69% dotazovaných. Pouhých 2,41% má pocit, že stát si v této oblasti plní svou funkci. Nevědělo odpovědět 25,90% respondentů.

5.6. Vyhodnocení dotazníkového šetření

Pro verifikaci či falzifikaci hypotézy č. 2. a hypotézy č. 3. jsem uskutečnila dotazníkové šetření. Na dotazník odpovídalo celkem 166 respondentů a to 81 mužů a 85 žen. Dotazovaní byli zastoupeni čtyřmi věkovými kategoriemi, nejpočetnější 18-29 let s 57%, následovala kategorie 30-45 let zastoupená 25%, 46-60 let je reprezentována 15% a poslední věková kategorie nad 61 let s 4%. Podle nejvyššího dosaženého vzdělání je zastoupení dotazovaných se základním vzděláním 8%, středoškoláků bez maturity 25%, středoškoláků s maturitou 55% a s vysokoškolským vzděláním 13%. Celých 48 % respondentů má bydliště ve velkém městě, 19% na malém městě a zbylých 33% bydlí na vesnici.

Hypotéza č. 2. – Česká společnost vnímá gamblerství jako závislost s negativními dopady – se potvrdila

Pro potvrzení či vyvrácení druhé hypotézy posloužily otázky číslo 5-12. Výsledné odpovědi zřetelně potvrzují druhou hypotézu.

- Gamblerství vnímá 83,13% dotazovaných jako závislost, podobnou jako je závislost alkoholová nebo drogová.
- 72, 89% respondentů souhlasí s tím, že patologické hráčství je medicínský problém a je označován jako psychiatrická diagnóza.
- O poznání méně dotazovaných odpovědělo ano na otázku č. 7., kam se obrátit pro odbornou pomoc vědělo pouze 54,22% dotazovaných.
- Celkem 78,31% respondentů si myslí, že léčení herní závislosti není snadné.
- To že u patologického hráče dochází v souvislosti se závislostí k poškozování fyzického i duševního zdraví byla zodpovězena souhlasně 83,73% dotazovanými.
- Názor, že je snadné propadnout závislosti na hře, zastává 71,69% dotazovaných.
- Na otázku zda negativně ovlivňuje závislý gambler své blízké okolí, jako je rodina nebo příbuzní odpovědělo ano 91,57 dotazovaných.
- Překvapivě velké procento dotazovaných tuší, jak závažné konce může mít hráčská závislost. Na otázku zda závislost může končit i sebevraždou odpovědělo ano 75,90% respondentů.

Česká veřejnost opravdu vnímá gamblerství jako závislost stejně závažnou a nebezpečnou jako je závislost alkoholová nebo drogová. Závislost, ze které není snadné se vyléčit, ba dokonce, že může končit i sebevraždou. Souhlasí i s názorem, že herní závislost má negativní dopad nejen na závislého, ale i na jeho okolí.

Hypotéza č. 3 – Česká veřejnost vnímá současnou státní politiku v oblasti regulace hazardu za nedostatečnou – se potvrdila

Pro verifikaci či falzifikaci hypotézy mi posloužily otázky 13-23. Otázky 13-15 spíše ověřují, jakou vlastní zkušenost mají dotazovaní s hazardem. Zbýlých osm otázek pak zjišťuje názor jak dalece je hazard dostupný a regulovaný.

- Vlastní zkušenosti dotazovaných jsou následující. Celkem 45,78% si vyzkoušelo hru na výherním automatu. Osobu s hráčskou závislostí ve svém okolí zná 42,77% dotazovaných a dokonce 69,28% má v blízkosti svého bydliště hernu. Z těchto údajů jde usuzovat, že respondenti na následující otázky budou mít ze svého pohledu kompetentní názor.
- Na otázku č. 16. zda je informovanost o takovém celospolečenském problému, jako je patologické hráčství dostatečná. Odpovědělo 66,27% , že informovanost je nedostatečná. Pouze 18,07% vyjádřilo spokojenost s dostatkem informací. Současná skutečnost je taková, že informovanost o gamblingu je ve srovnání s drogovou nebo alkoholovou závislostí malá.
- Více jak polovina respondentů, tedy přesně 58,43% si myslí, že závislých gamblerů bude do budoucna přibývat. Představu o tom, jak se bude počet závislých vyvíjet, nemá 30,72% a zbývajících 10,84% se domnívá, že závislých nebude přibývat.
- Umístění heren a jejich provoz je nedostatečně regulován podle 64,06% dotazovaných. Pouhých 10,24% tento dojem nemá a domnívá se, že provoz i umístění heren je dostatečně usměrněn. Zbývajících 24,70% nemá o tomto problému představu, a proto neví odpověď.
- Následující otázky číslo 19 a 20 dávají odpověď na vztah obce a hazard z pohledu obyčejného občana. Názor, že obce mají zájem zvyšovat počet heren, zastává 24,70% respondentů, 30,72% má opačný názor. Nejvíce, tj. 44,58% dotazovaných, nevědělo odpovědět na tuto otázku. Na dotaz zda mají obce možnost ovlivnit počet heren a tím i počet výherních automatů odpovědělo ano 68,07% respondentů, pouhých 5,42% si myslí, že obec tuto možnost nemá a zbývajících 26,51% nemá povědomí o této věci a proto označili odpověď nevim. Z odpovědí na tyto dvě otázky vyplývá, že informovanost o tom jaké možnosti mají obce v oblasti hazardu, je malá.
- To, že zdanění hazardu je dostatečně vysoké a daňově přehledné, si myslí pouhých 7,83% dotazovaných. Téměř polovina, přesněji 49,40% respondentů odpovědělo, že finanční toky z hazardu nejsou přehledné a poměrně vysoké procento tj. 42,77% dotazovaných odpovědělo nevim. Na této otázce se opět ukazuje, jak malá je informovanost v této oblasti, či spíše je vidět, že není snahou státu se o této problematice šířit.
- Na otázku zda je současná regulace hazardu ze strany státu dostatečná odpovědělo ne 71,69% dotazovaných, pouhé 2,41% odpovědělo ano. Zbýlých 25,90% požilo odpověď nevim.

Česká veřejnost opravdu vnímá současnou státní politiku v oblasti regulace hazardu za nedostatečnou. Počínaje malou informovaností o povolování a umístování heren, tak samozřejmě i finanční odvody z hazardu. Většina respondentů vnímá hazard jako rozbujelý a do budoucna narůstající problém společnosti.

Závěr

Zamýšleným cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké postoje zaujímá česká společnost vůči patologickému hráčství. Pokud uvádím společnost, mám na mysli ne jen názory jedinců, které jsem zjišťovala pomocí dotazníkového šetření, ale i samotnou celou společnost jako takovou. Proto začínám vymezením soudobé společnosti, pokračuji významem hry pro člověka. Výsledný postoj celé společnosti k hazardu, pak vyplývá z toho, jakou právní úpravu zvolila, jak dalece chrání jednotlivé členy společnosti před rizikem vzniku závislosti na hazardním hraní. Bohužel, smutným výsledkem je, že tato právní úprava nahrává přebujelosti hazardu, kdy výsledkem jsou marné boje obcí s ministerstvem financí o počty videoloterijních terminálů a umístění heren kousek od škol, zdravotnických zařízení nebo charitativních středisek. Legislativa, která vznikla před více jak dvaceti lety za úplně jiných podmínek, kdy se hazardní hraní týkalo pouze početně menší specifické skupiny jedinců, zcela jistě nemůže vyhovovat současným podmínkám, kdy kromě výrazného nárůstu příležitosti ke hraní se zvětšila i variabilita nabídky. Herní průmysl tak díky technickému rozvoji je schopen nabízet specifitější druhy her, aby oslovil co nejširší spektrum obyvatelstva a zaujal tak všechny věkové kategorie.

Postoj, který zastává Česká republika k riziku vzniku gamblerství, je velmi podceňující, a není to jen ve vztahu k legislativě nebo k počtu kasin a heren. Malá pozornost je i věnována všemu, co s hazardem souvisí. Počínaje exaktním vědeckým pozorováním, informovaností, prevencí a péčí o potencionální ohrožené jedince. Také systém péče pro závislé hráče nesplňuje provázanost, komplexnost ani rozsah a dostupnost. Proto se souběžně využívá struktury vytvořené pro léčbu uživatelů návykových látek s přihlédnutím na specifika léčby patologického hráčství. I když je v současné době patologické hráčství sledovanou diagnózou v rámci drogové epidemiologické studie státu, doposud v České republice neexistuje samostatný institut zabývající se touto problematikou.

V empirické části práce jsem chtěla ověřit teorii, že patologickým hráčstvím je více zasažena mužská část populace. Hypotéza zastávající tento názor se potvrdila. K verifikaci hypotézy byla použita zpracovaná data, která jsem získala na základě tříletého pozorování v nonstop herně. Při pozorování jsem zaznamenávala návštěvnost herny z hlediska pohlaví, za každý rok dvacet tři dny čtyřicet hodin. Za tři roky je to celkem 69 dní a 1656 hodin. Průměrná návštěvnost herny za tři roky z pohledu pohlaví vyšla následovně: muži se podíleli 86,18% a ženy pouhými 13,82%. Pro porovnání, že muži jsou hazardem zasaženi více, mi posloužily údaje, které poskytuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR o vývoji počtu pacientů s diagnózou F63.0 podle pohlaví a kraje sídla zdravotnického zařízení. Po zpracování a utřídění dat podle pohlaví do přehledné tabulky bylo možné opět sledovat výrazné zastoupení mužů a to

92,13 muži a 7,87% ženy. Je patrné, že mužská část populace je v současné době více ohrožena možností propadnutí hazardnímu hraní.

Dále jsem se snažila odhalit, jak vnímá česká společnost hazard, tedy přesněji přímo jak tento problém vnímá samotný jedinec. K tomu mi posloužil anonymní dotazník. Výsledkem dotazníkového šetření byla následující zjištění. Česká veřejnost opravdu vnímá gamblerství jako závislost stejně závažnou a nebezpečnou, jako je závislost drogová nebo alkoholová. Závislost, ze které není snadné se vyléčit, ba dokonce, že může skončit i sebevraždou. Většina respondentů souhlasí i s tím, že herní závislost má negativní dopad nejen na závislého, ale i na jeho okolí. Názory respondentů na regulaci a dostupnost hazardu dopadly následovně. Česká veřejnost vnímá současnou státní politiku v oblasti hazardu za nedostatečnou. Počínaje malou informovaností o povolování a umístování heren, tak samozřejmě i finanční odvody z hazardu. Většina respondentů vnímá hazard jako rozbujelý a do budoucna narůstající problém společnosti.

Úplným závěrem lze říci, že velký význam má společenské klima společnosti, že není nejdůležitější získávat peníze, ale z čeho byly získány. Nejúčinnější prevencí je snižování nabídky a dostupnosti hazardu. Dostupnost lze snižovat omezeními určitých druhů hazardu a dodržováním těchto omezení. Poptávku je možné snižovat pomocí účinných programů jak ze strany jedince, tak i rodiny, školy, vrstevníků a zejména sdělovacích prostředků. Samozřejmě, že nejúčinnější prevence by byla v případě spolupráce všech složek společnosti.

Resumé

Diplomová práce „Postoj české společnosti k patologickému hráčství“ pojednává o přístupu a postoji české veřejnosti a státu k hazardu. Práce je strukturovaná do pěti kapitol, začíná vymezením současné společnosti s orientací na hru a význam hry v životě jedince. Následuje výčet druhů hazardu a současná právní úprava tohoto odvětví.

Druhá kapitola se věnuje pojmům jako je definice, vznik, etiologie a diagnostika patologického hráčství. Následuje teorie vzniku herní závislosti. V závěru druhé části je popsána typologie patologických hráčů a rizikové skupiny.

V třetí části navazuji tím, co by nastalo s největší pravděpodobností i v reálném životě, a to léčbou patologického hráčství. Jak je důležitá efektivní léčba podle terapeutických cílů a vlastní terapie. Nemůže chybět zmínka o společenství Anonymních Gamblerů v ČR. Dále popisuji současný dostupný systém péče o závislé jedince v ČR. Na toto téma pak navazuje popis problémů související s hráčskou závislostí.

Prevence, úkol sociální pedagogiky a sociálního pedagoga v oblasti prevence je tématem čtvrté kapitoly. Zejména prevence se nám projeví do budoucna, protože gamblerství jako sociálně patologický jev má za posledních dvacet let stoupající tendenci.

Praktická část uvádí výsledky prováděného výzkumu. Potvrzuje hypotézu číslo jedna, že patologickým hráčstvím je více zasažena mužská část populace. Dále jsem chtěla zjistit, jak česká veřejnost vnímá hazard a to z pohledu jak působí na samotného jedince, ale i jaký postoj a snahu o regulaci zaujímá stát. Zjištění postojů bylo pak obsahem druhé a třetí hypotézy, k jejichž verifikaci bylo použito anonymního dotazníku.

Anotace

Diplomová práce pojednává o postoji české společnosti k patologickému hráčství. Teoretická část se věnuje pojmům jako charakteristika současné společnosti, hra a její význam pro člověka, druhy hazardu a současná právní úprava. Práce dále popisuje definici, vznik, diagnostiku a teorii vzniku závislosti. Na tyto pojmy navazuje popis efektivní léčby, terapie a dostupný systém péče o závislé v ČR. Teoretická část je ukončena prevencí a úkolem sociální pedagogiky v této oblasti.

Praktický výzkum je rozdělen na dvě části. První na základě pozorování potvrzuje hypotézu, že patologickým hráčstvím je převážně postižena mužská část populace. Druhá část výzkumu se zabývá postoji, které zaujímají jedinci k hráčské závislosti a rozšíření a dostupnosti hazardu.

Klíčová slova

Gambling, gambler, patologické hráčství, závislost, hazard, hazardní hra, herna, loterie, výherní hrací přístroje, technické hry

Annotation

The thesis discusses the stance of Czech society towards pathological gambling . The theoretical part emphasis on terms such as characteristic of current society, the game and its significance for the individual, classification of gambling and contemporary legislative policy. Furthermore the study describes definition, development, diagnosis and the theory of addiction development. This concept is followed by description of an effective treatment, therapy and the addiction recovery system available in the Czech republic. The theoretical part is summed up by the prevention and the role of social pedagogy in this field.

The practical research is divided into two parts. The first part verifies hypothesis, which states that mainly male population suffers from pathological gambling, on the basis of observation. The second part of the research studies the individuals' attitude towards hazardous addiction and distribution and accessibility of gambling.

Keywords

Gambling, gambler, addiction, gamble, litteries, gaming machina, games of

Použitá literatura

Zákony:

Zákon č. 202/1990 Sb. o loteriích a jiných podobných hrách

Knihy, syntetické práce a monografie:

1. BERNARD, F., KRANZOVÁ, R. O sebevraždách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, spol.s.r.o., 1998, 145 s. ISBN 80-7106-234-0
2. BLACKMOREOVÁ, S. Teorie memů. Praha: Portál, spol.s.r.o., 1999, 236 s. ISBN 80-7178-394-3
3. CSÉMY, L. s kol. Evropská školní studie o alkoholu a drogách ESPAD. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 114 s. ISBN 80-86734-94-3
4. DAWKINS, R. Sobecký gen. Praha: Mladá fronta, 1998, 320 s. ISBN 80-204-0730-8
5. ECO, U. Jak napsat diplomovou práci. Olomouc: Votobia, 1997, 271 s. ISBN 80-7198-173-7
6. EMMEROVÁ, I. Prevencia sociálno pedagogických javov v školskom prostredí. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2007, 125 s. ISBN 978-80-8083-440-1
7. FERENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, spol. s.r.o., 2000, 253 s. ISBN 80-7178-367-6
8. FROUZOVÁ, M. Gambling. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 23 s. ISBN 80-7071-078-0
9. HERETIK, A. a kol. Klinická psychológia. Priedviza: Psychoprof, spol.s.r.o., 2007, 795 s. ISBN 978-80-89322-00-8
10. JILČÍK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L. Sociální patologie. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2005, 51 s.
11. KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 314 s. ISBN 80-86734-05-6
12. KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 338 s. ISBN 80-86734-05-6
13. KRAMÁŘ, K., HUŠÁK, A. Herní právo. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006, 181 s. ISBN 80-86898-80-6
14. KALINA, K. A KOL. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
15. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. Člověk – prostředí – výchova. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2
16. KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3

17. KOHOUT, P. Jsem hazardní hráč. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000, 80 s. ISBN 80-7169-958-6
18. MARHOULOVÁ, J., NEŠPOR, K. Alkoholici, fenci a gambleři. Praha: Empatie, 1995, 112 s. ISBN 80-901618-9-8
19. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. Cesty pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2004, 69 s. ISBN 80-7315-078-6
20. MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2003, 84
21. MÜHLPACHR, P. Problémy současné společnosti vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2004, 79 s.
22. MÜHLPACHR, P. Sociopatologie. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 192 s.
23. NAKONEČNÝ, M. Psychologie osobnosti. Praha: Nakladatelství Academia, 2010, 615 s. ISBN 978-80-200-1680-5
24. NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. Praha: Nakladatelství Academia, 2009, 491 s. ISBN 978-80-200-1679-9
25. NEŠPOR, K. Hazardní hra jako nemoc. Ostrava: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1994, 145 s. ISBN neuděleno
26. NEŠPOR, K. Léčba patologického hráčství – interaktivní semináře, 2011, 33 s. ISBN neuděleno
27. NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, spol. s.r.o., 2007, 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
28. NEŠPOR, K. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006, 84 s.
29. PANČOCHA, K. Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006, 153 s. ISBN 80-86633-61-6
30. PRUNNER, P. Psychologie gamblersství. Praha: Aleš Čeněk, spol. s.r.o., 2008, 242 s. ISBN 978-80-7380-074-1
31. RADVAN, E., VAVŘÍK, M. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 57 s.
32. REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6
33. ŘEHOŘ, A. Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 44 s.
34. SEKOT, A. Úvod do sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 187 s. ISBN 978-80-210-5261-1
35. Sborník z konference Olomouc 7. Prosince 2006: Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislosti. Olomouc: Charita Olomouc, 2007, 48 s. ISBN 978-80-239-9765-1
36. TKÁČ, J. Patologické závislosti. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2008, 71 s.
37. TKÁČ, J. Psychopatologie. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2007, 97 s.

38. UHL, A. Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislosti. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 17 s. ISBN 978-80-87041-39-0
39. URBAN, L. Sociologie trochu jinak. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2493-5
40. VACEK, J., Nelátkové závislosti-behaviorální závislosti. Výukový text. Praha: Centrum adiktologie, 23 s. ISBN neuděleno
41. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3
42. VÁGNEROVÁ, M. Základy psychologie. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80-246-0841-3
43. Zdravotnická statistika: Psychiatrická péče 2009, Praha: ÚZIS ČR, 2010, 121 s. ISBN 978-80-7280-903-5

Články:

1. HUPKOVÁ, I., Vybrané aspekty problematiky patologického hráčstva. Sociálna prevencia. Bratislava: Národné osvetovné centrum, 2009, roč. 4., č. 2., s. 17-18 ISSN 1336-9679
2. ŠERÝ, O. Patologické hráčství. Psychiatrie pro praxi. Olomouc: Solen s.r.o. 2001, roč. 2, č. 4, s. 161-164 ISSN 1213-0508
3. ZAHRADNÍK, P., Patologické hráčství-psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii. Psychiatrie pro praxi. Olomouc: Solen s.r.o. 2005, roč. 6, č. 42s. 87-90 ISSN 1213-0508

Internet:

VEJROSTA, P., Občané proti závislostem. [online] [cit-2011-22-12]
<http://www.obcaneprotizavislostem.cz/products/phdr-petr-vejrosta/>

NECHANSKÁ, B., Péče o pacienty s diagnózou F63.0. [online] [cit-2012-22-2]
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-0>

ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky. [online] [cit-2012-22-2]
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/patologicke-hracstvi>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážený respondente,
dovoluji si Vás oslovit tímto jednoduchým dotazníkem k získání informací,
které poslouží pro zpracování diplomové práce. Vaše odpovědi jsou anonymní a důvěrné.
V žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.
Děkuji Vám za spolupráci.

1.	pohlaví	muž žena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
2.	věk	18 - 30 31 - 45 46 - 60 61 - a více	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
3.	nejvyšší dosažené vzdělání	základní středoškolské bez maturity středoškolské s maturitou vysokoškolské	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
4.	bydlíte	velké město malé město vesnice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
5.	Myslíte si, že gamblerství je velmi blízké drogové nebo alkoholové závislosti?		<table border="1"><tr><td>ano</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>nevím</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
ano	<input type="checkbox"/>								
ne	<input type="checkbox"/>								
nevím	<input type="checkbox"/>								
6.	Souhlasíte, že patologické hráčství je medicínský problém a je označován jako psychiatrická diagnóza?		<table border="1"><tr><td>ano</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>nevím</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
ano	<input type="checkbox"/>								
ne	<input type="checkbox"/>								
nevím	<input type="checkbox"/>								
7.	Máte představu kam se obrátit o odbornou pomoc v případě, že vy sami nebo někdo z blízkých má problém s hráčskou závislostí?		<table border="1"><tr><td>ano</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>nevím</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
ano	<input type="checkbox"/>								
ne	<input type="checkbox"/>								
nevím	<input type="checkbox"/>								
8.	Myslíte si, že je snadné léčení gamblerství?		<table border="1"><tr><td>ano</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>nevím</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
ano	<input type="checkbox"/>								
ne	<input type="checkbox"/>								
nevím	<input type="checkbox"/>								
9.	Souhlasíte, že u patologického hráče dochází v souvislosti se závislostí k poškození fyzického i duševního zdraví?		<table border="1"><tr><td>ano</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>nevím</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
ano	<input type="checkbox"/>								
ne	<input type="checkbox"/>								
nevím	<input type="checkbox"/>								

10. Je podle Vás snadné propadnout závislosti na hře?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
11. Ovlivňuje negativně závislý gambler své blízké okolí, jako rodinu, příbuzné?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
12. Myslíte si, že hráčská závislost může končit sebevraždou?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
13. Vy sám jste vyzkoušel hru na výherním automatu?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
14. Znáte ve Vašem okolí někoho se závislostí na výherních automatech?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
15. Nachází se v blízkosti Vašeho bydliště herna?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
16. Je podle Vás informovanost o takovém celospolečenském problému jako je patologické hráčství dostatečná?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
17. Domníváte se, že závislých na automatech bude do budoucna přibývat?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
18. Domníváte se, že umístění heren a jejich provoz je dostatečně regulován?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
19. Myslíte si, že obce mají zájem zvyšovat počet heren a tím i počet automatů?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |
20. Má obec možnost ovlivnit počet heren a tím i výherních automatů?
- | | |
|-------|--|
| ano | |
| ne | |
| nevím | |

21. Případá Vám, že počet heren a tím i počet automatů je vysoký?

ano	
ne	
nevím	

22. Myslíte si, že zdanění hazardu je dostatečně vysoké a daňově přehledné?

ano	
ne	
nevím	

23. Domníváte se, že současná regulace hazardu ze strany státu je dostatečná?

ano	
ne	
nevím	