

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Resocializace gamblerů po absolvované léčbě

Bakalářská práce

Autor: Barbora Richterová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Richterová**
Osobní číslo: **U12162**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální a charitativní práce**
Název tématu: **Resocializace gamblerů po absolvované léčbě**
Zadávací katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Resocializace gamblerů po absolvované léčbě v České republice Obsah: vymezení pojmů (patologické hráčství), struktura poskytovaných služeb zaměřených na gamblery, průběh léčby, terapeutické skupiny Výzkum: kvalitativní strategie, metoda: strukturovaný rozhovor

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

L.S.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

ředitel

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Jméno autorky a podpis (modrým perem)

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu práce, Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph. D., za jeho podporu, cenné rady a pomoc při psaní této práce. Děkuji také organizacím, které byly ochotné se mnou spolupracovat.

Abstrakt

RICHTEROVÁ, Barbora. Resocializace gamblerů po absolvované léčbě. Hradec Králové, 2015. s. 54. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

Název bakalářské práce je Resocializace gamblerů po absolvované léčbě. Teoretická část se věnuje pochopení problematiky patologického hráčství.

Zabývá se popisem jednotlivých termínů, které s patologickým hráčstvím souvisejí. Umisťuje patologické hráčství do kontextu impulzivních poruch.

V teoretické části se zabývá i oblastmi, které patologické hráčství ovlivňuje. Dále se zaměřuje na možnosti léčby. Zaměřuje se na služby, které jsou pro patologické hráče dostupné.

Poslední část teoretické části je věnována opětovnému navrácení do života, tedy resocializaci a pomoci, kterou stát, organizace a svépomocné skupiny nabízejí.

Cílem empirické části je zjistit, jaké jsou možnosti resocializace patologických hráčů v České republice. Při zpracování tématu jsou použity: strategie kvalitativního výzkumu a metoda polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: patologické hráčství, resocializace, gambling, léčba, služby

Abstract

RICHTEROVÁ, Barbora. Resocializace gamblerů po absolvované léčbě. Hradec Králové, 2015. 54 p. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

Title of Bachelor thesis is Rehabilitation gamblers after therapy. The theoretical part is devoted to understanding the problems of pathological gambling. It describes the various terms that are related to pathological gambling. Placed in the context of pathological gambling impulse control disorders. The theoretical part deals with areas that pathological gambling affects. Next, I will focus on treatment options. It also focuses on the services available for pathological players. The last part of the theoretical part will be given again return to life, ie, socialization and assistance by the State, organizations and self-help groups offer. The aim of the empirical part is to find out what are the possibilities of rehabilitation of pathological gamblers in the Czech Republic. The topic will be used qualitative research strategies and semistructured interview method.

Keywords: pathological gambling, resocialization, gambling, therapy, service

Obsah

Obsah	7
Úvod	9
I. Teoretická část.....	11
1. Závislosti.....	11
1.1 Definice patologického hráčství, charakteristika patologického hráčství podle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	11
1.2 Charakteristika podnětů podporujících patologické hráčství	13
1.3 Motivace hráčského chování	14
1.4 Vznik a průběh závislosti na hře.....	17
1.5 Typologie hráčů	19
2. Prevence a léčba patologického hráčství	22
2.1 Prevence patologického hráčství	22
2.2 Léčba patologického hráčství	24
2.2.1 Ambulantní léčba.....	26
2.2.2. Pobytová léčba	27
2.3 Terapeutické komunity	28
2.4 Svépomocné skupiny	30
2.4.1 Anonymní gambleři	30
2.4.2 Socioterapeutické kluby.....	33
3. Resocializace	34
3.1 Charakteristika pojmu	34
3.2 Služby zaměřené na resocializaci	35
3.3 Recidiva k závislostnímu chování	36
II. Metodická část	38
4. Možnosti resocializace patologických hráčů po absolvované léčbě v České republice	38

4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle	38
4.2 Zvolená výzkumná strategie a její zdůvodnění	38
4.3 Transformace dílčích cílů do zkoumatelné podoby	38
4.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru	39
4.5 Popis organizace a průběh výzkumu	40
4.5.1 Dům pod svahem	40
4.5.2 Ambulance pro alkoholismus a jiné toxikomanie	41
4.5.3 A Kluby České republiky, o.p.s.	41
4.5.4 Centrum Advaita	42
4.6 Způsob analýzy získaných údajů	42
4.7 Reflexe etických rizik výzkumu	43
5. Interpretace dosažených výsledků	44
Závěr	49
6. Seznam použitých studijních zdrojů	52
Přílohy	I
Seznam příloh:	I
Příloha A: Záznamový arch	II
Příloha B: Ukázkový rozhovor s respondentem	III

Úvod

Závěrečná bakalářská práce s tématem „Resocializace gamblersů po absolvované léčbě“ se bude orientovat na problematiku patologického hráčství, na gamblery, kteří absolvovali léčbu a na jejich návrat do běžného života.

Cílem práce je vytvořit orientační přehled o problematice opětovného zařazení do života. Teoretická část práce je věnována popisu a vyjasnění problematiky patologického hráčství a oblastí, které patologické hráčství ovlivňuje. Bude se zabývat službami, které mají možnost hráči využít. Cílem metodické části bude výzkum zaměřený na možnosti resocializace patologických hráčů v České republice. Výzkum bude proveden kvalitativní strategií, metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, závislosti, prevence a léčba patologického hráčství a resocializace, u kterých práce jednotlivými podkapitolami vysvětlí problematiku patologického hráčství, důvody jeho vzniku a následky, které způsobuje. Metodická část by měla vytvořit přehled o poskytovaných službách a zjistit míru jejich dostatečnosti a využívání.

První kapitola, závislosti, se bude zabývat charakteristikou cílové skupiny a její problematiky, tedy definováním patologického hráčství a jeho charakteristikou podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Dále se bude zabývat vysvětlením podnětů podporujících patologické hráčství. Následující podkapitola se bude zabývat vznikem a průběhem závislosti na hře, poté se bude zajímat o motivace vedoucí k hráčskému chování, poslední podkapitola bude věnována typologii hráčů.

Druhá kapitola, prevence a léčba patologického hráčství, se bude zabývat vyjasněním způsobů prevence a možností léčby. V podkapitolách se bude práce zabývat prevencí patologického hráčství a úrovněmi prevence, zaměří se také na subjekty, které by se měly prevencí věnovat. Poté se budu zabývat léčbou ve svých specifických formách, jako je léčba ambulantní, léčba pobytová, léčba v terapeutických komunitách a činnost svépomocných skupin.

Třetí kapitola, resocializace, se bude zabývat procesem, který nastává po absolvování léčby. Podkapitoly jsou věnovány charakteristice pojmu resocializace a vysvětlení množství pojmových obměn resocializace zaměřených na klienta po návratu z léčby do běžného života. Zaměří se na služby, které resocializaci poskytují a jakým

způsobem. A nakonec se bude práce zabývat recidivou k závislostnímu chování, jejímu možnému předcházení a zastavení.

V praktické části práce budu pracovat především se strategií kvalitativního výzkumu, konkrétně s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila kvůli její přesnosti v odpovědích a při nejasnostech možnosti doptávání, které ostatní metody neposkytují. Hlavním výzkumným cílem práce je zjistit, jaké jsou možnosti resocializace patologických hráčů v České republice. Od hlavního cíle se odvíjí dílčí cíle, ve kterých chci zjistit teoretické přístupy používané při resocializaci, zjistit metody práce používané při resocializaci a třetí dílčí cíl je zjistit, jaká pravidla jsou uplatňovaná při resocializaci.

Výsledek výzkumu by měl ukázat, jaká je struktura a možnosti péče o patologické hráče po ukončené léčbě, kteří se navrací zpět do života.

Teoretická část práce je zaměřena na vysvětlení problematiky patologického hráčství a obeznámení se se službami pro patologické hráče. Následně se metodická část zaměřuje přímo na služby, které jsou vhodné pro patologické hráče po ukončené léčbě. Výzkum se zajímá o práci s klientem, její teoretický základ a pravidla.

I. Teoretická část

1. Závislosti

V následujících podkapitolách se budu zabývat vysvětlením pojmu patologického hráčství, jeho zařazením v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Charakterizují podněty podporující patologické hráčství. Popíši motivace k hráčskému chování. A rozeberu vznik a průběh závislosti na hře. V poslední podkapitole se budu věnovat výčtu typologie hráčů.

Závislost nebo jinak syndrom závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí říká, že závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi vážil více. Hlavní charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. K definitivní diagnóze závislosti je potřeba, aby byly přítomny některé z následujících příznaků (Nešpor, 2011):

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku, craving, bažení
- potíže v sebeovládání
- tělesný odvykací stav
- průkaz tolerance k účinku látky
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Je patrné, že u uvedené definice se nehovoří o patologickém hráčství, které není závislostí v pravém slova smyslu. Nelze však popřít, že má se závislostí určité společné rysy. A ve velké míře ovlivňuje život jedince.

1.1 Definice patologického hráčství, charakteristika patologického hráčství podle Mezinárodní klasifikace nemocí

V úvodu je důležité si rozlišit množství slov, které jsou s patologickým hráčstvím spojeny. Terminologie je určena především místem, ze kterého termín pochází. Gambling, pojem, který je v angličtině používán jako univerzální, u nás má mnoho překladů, jako je hraní, hráčství, hazardní hráčství, karban, chorobné nebo nutkavé hráčství. Světová zdravotnická organizace hovoří o patologickém hráčství. Americká psychiatrická asociace užívá termínu patologické hazardní hráčství. Je důležité ujasnit si stejnost všech pojmů,

kteře jsou s patologickým hráčstvím spojovány. Nejedná se tedy o nějaký vyšší nebo nižší stupeň patologického hráčství, ale pouze o synonyma. (Křížek, 2011)

Dále bych chtěla rozlišit hazardní hru a patologické hraní. Hazardní hra je hrou, v níž si hráč může koupit výhru. Hra je založená na riziku, napětí a možnosti vysokých finančních výher či ztrát. Ve valné většině bývá impulzivní, bez uvědomování možných důsledků. Pro hazardní hru je typické, že hráč si zaplatí naději vyhrát, která je založena na štěstí a jedinec nespořádá na své schopnosti. (Prunner, 2008)

Patologické hráčství můžeme označit jako přímý produkt hazardního hraní. Patologické hraní je určitým druhem závislosti, má řadu shodných znaků s jinými druhy závislostí. Patologický hráč je člověk, který permanentně opakuje svoji herní činnost a často zvyšuje její intenzitu i přes negativní důsledky této činnosti. Intenzivní bažení nutí hráče k návratu ke hře i přesto, že ztěžuje život sobě i všem osobám, se kterými přichází do styku. (Prunner, 2008)

Bažení má různou intenzitu. Pocit vzrušení stoupá v místě, kde je objekt touhy nejbližší. Pro patologického hráče může být podnětem například blikající upozornění vně herny na výši jackpotu.

Dle Nešpora (1999) lze bažení považovat za zcela subjektivní. Lze ho dle projevů rozvrstvit do následujících skupin:

1. Vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky (např. uvolnění) nebo na pocity při hazardní hře nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru.

2. Nepříjemné tělesné pocity: Svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třes, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení.

3. Nepříjemné duševní pocity: Silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, úzkosti, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost.

Craving u patologických hráčů je zmiňován jako silnější než u drogových nebo alkoholových závislostí.

„Hlavním projevem poruchy je trvalé a opakující se hráčství, které se stává dominantním životním zájmem a narušuje sociální, rodinnou, osobní a pracovní oblast. Jedinec je zaujat hraním, přemýšlí o hře nebo o způsobu, jak na hru získat peníze. Patologičtí hráči i přes úsilí kontrolovat nebo zastavit hraní nedokážou přestat, pokud

nehrají, jsou neklidní a napjatí. Mnohdy potřebují k dosažení úrovně vzrušení další zvyšování rizika“ (Bouček a kolektiv, 2006, s. 193)

Podle Nešpora existují typy hráčství, které nemůžeme považovat za patologické. Jsou to následující tři druhy (Nešpor in Prunner, 2008):

- hráčství a sázkařství: typ častého hraní pro vzrušení anebo jako pokus vyhrát peníze. Při stavu nouze bude tento zvyk jako první omezen.
- nadměrné hráčství u manických pacientů
- hráčství u sociopatických osobností

Patologické hráčství se řadí v mezinárodní klasifikaci nemocí mezi „návykové a impulsivní poruchy“. Je označeno MKN- 10 diagnóza F 63.0. Za patologické hráčství lze podle MKN označit stav, kdy se během období nejméně jednoho roku vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství. Je důležité, že tyto epizody nejsou pro jednotlivce výnosné, opakují se i přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život. U jedince se vyskytuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat. Jedinovo myšlení je oproštěno od veškerých jiných myšlenek, které se netýkají hraní, není schopen se věnovat aktivitám běžného života.

1.2 Charakteristika podnětů podporujících patologické hráčství

Vznik závislosti ovlivňuje mnoho jiných faktorů. Faktory ovlivňující hráčské závislosti mohou působit jak stimulačně tak inhibičně. To znamená, že mohou vznik hráčské závislosti a její průběh posilovat. Mohou ji ale ve formě prevence či léčby utlumovat. Podle Nešpora je patologické hráčství závislostí, které nemá pouze jednu příčinu a vzniká a udržuje se nepřetržitým, vzájemným a často i zpětnovazebným působením různých systémů. Působí na nás čtyři základní systémy, které se v různé míře u různých lidí podílejí na vzniku patologického hráčství. Model obsahuje (Prunner, 2008):

- Psychický systém- někteří lidé jsou zranitelnější (v důsledku těžké životní situace), nebo v souvislosti s určitými osobnostními charakteristikami (vyhledávání vzrušení a rizika za každou cenu).
- Fyzický systém- patologické hráčství nezpůsobuje tělesné odvykací stavy, ale psychiku a celkovou kondici ovlivňuje.

- Rodinný systém- rodina může před vznikem patologického hráčství chránit, ale může mu také napomáhat.
- Sociální systém- společnost má významný podíl na vzniku nebo prevenci patologického hráčství. Legalizuje a upravuje formy hazardní hry.

Ve společnosti existují skupiny osob, které jsou vznikem patologického hráčství ohroženy více, než skupiny jiné. Samozřejmě je tento výběr ovlivněn mnohými zkušenostmi odborníků s častějším výskytem těchto osob, ale neznamená to, že nikoho jiného se to netýká. Uvedení osob s větším rizikem vzniku závislosti je pouze orientační.

Řadí se sem především mladí lidé a dospívající. V tomto životním období vznikají závislosti všeho druhu mnohem rychleji a náročnější je i jejich léčba. Potencionálně ohrožení jsou i staří lidé, kteří se vznikem závislosti dostávají rychleji do finančních obtíží. Další ohroženou skupinou patologickým hráčstvím jsou muži, kteří více inklinují k hazardu. Ale začínají se v současné době objevovat i ženy hráčky. Ohrožení jsou i profesionální hráči. Profesionální hazardní hráč je schopen nějakou dobu na hře vydělávat, naučil se mnohým podvůdkům a trikům, existují jedinci, kteří jsou schopni takto si vydělávat celý život, ale poté jsou osoby, které jsou v součinnosti dalších rizikových faktorů více ohrožení vznikem závislosti. Riziko, že takový jedinec propadne patologickému hraní je značně veliké. Do rizikových skupin můžeme zařadit i osoby s nebezpečným povoláním, jako jsou číšníci, hoteliéři, lidé pracující s velkou hotovostí peněz. Za rizikové se v některých situacích dají považovat i děti hyperaktivní a děti s poruchami pozornosti. Dále můžou propadnout patologickému hráčství lidé nezaměstnaní a ti, kteří selhali ve škole nebo v učení. (Nešpor, 1999)

1.3 Motivace hráčského chování

V oblasti hledání motivů vedoucích k hráčskému jednání vede značná nejednotnost, a proto zde uvedu několik možných teorií a domněnek.

První teorie hovoří o tzv. modelech pozitivní podpory, která vzniká ze začátečního vyhrávání. Pozitivní podpora je založena na principu úvodních kladných zážitků, které podporují jedince k následným a opakovaným návratům. Hlavní pozitivní podporou je pro hráče vidina výhry. Výskyt nepravidelných výher představuje stimul, který posiluje víru ve velkou výhru. A pokud začne převažovat období prohrávání, i v tu chvíli se jedinec upíná na vysněnou výhru. Vymizení pozitivní stimulace může být velice zdoluhavý proces,

mnohem větším problémem je, pokud pozitivní stimulace plyne např. ze společenského okolí, z materiální podpory (bonusy pro hráče), vlivy okolí (stimulačně zajímavé a proměnné prostředí kasin), kognitivní podpora (informace o jiných vyhrávajících hráčích) a fyziologické vzrušení. (Prunner, 2008)

Další teorie je založená na modelech negativní podpory, která říká, že pokud daný jedinec zahájí činnost, která nepřináší očekávaný zisk, vyburcuje ho k ještě větší aktivitě a pokračování činnosti. Pokračuje ve hře, v důsledku zvýšené potřeby vyhnout se pocitu vázaného na nesplněné očekávání. Tyto motivy by mohly vysvětlit, proč jedinci pokračují ve svém neúspěšném hraní během jednoho sezení a to i v případě dlouhého opakování proher a velkých ztrát. (Prunner, 2008)

Následující teorie dává motivaci k hráčskému chování do přímé souvislosti s teorií sociálního učení. Autoři teorie sociálního učení tvrdí, že jedinci mají sklon napodobovat učení, které vidí u druhých a především v případech, kdy je sociálním okolím podporováno. Teorie říká, že jedinci, kteří sledují hraní u svých přátel, rodinných příslušníků, nebo u významných osobností prostřednictvím medií, mají zvýšenou tendenci hrát sami. Velkou podporu hazardu tvoří i reklamy a různá lákadla na sázky. V médiích je věnována velká pozornost vítězům, ale o prohrách se nemluví. Existuje velké množství zvýraznění výherců, toto množství může vést ve společnosti k názoru, že vyhrát je snadné. (Prunner, 2008)

V jedné z dalších teorií vidí její autoři možnou vazbu na kognitivní aspekty. Teorie hledá původ patologického hraní v existenci „myšlenkových chyb“ (myšlenkových zkreslení). Nesprávné myšlenkové zpracování si zpracovávají do přímých souvislostí s hráčským chováním. Pomocí identifikace specifických chyb v myšlení autoři došli k určité kategorizaci (Prunner, 2008):

- Pověry. Jedinci vycházejí z přesvědčení, že existují předměty, které přinášejí štěstí. Uchylují se k specifickým a přesně dodržovaným rituálům, které mají zvýšit pravděpodobnost výhry.
- Interpretační předpojatost. Hráči přisuzují výhru schopnostem a zkušenostem hráče. Prohry jsou důsledkem neštěstí nebo špatné trefy.
- Dočasný teleskopink. Hráč věří, že výhry jsou statisticky rovnoměrně rozloženy a oni jsou těmi, kteří na základě pravděpodobnosti vyhrají. Věří, že v jejich případě se výhra dostaví dříve, než je tomu u jiných hráčích.

- Selektivní paměť. U hráče velmi často působí selektivní zapamatování si výher při současném zapomínání proher. Stejně se uplatňuje u sčítání vyhraných peněz a zapomínání prohraných.
- Subjektivně produkované klamné korelace. Hráči připisují příčinné souvislosti „kontextovému stimulu“, který má pouze nahodilý vztah k výhře či prohře. Náhodně se vyskytující souvislosti povyšují na zákonité vzájemné příčinné vazby.

Při hledání motivace byl pozorován „efekt potápějící se lodi“ (sunk-cost effect). Představuje zvýšenou ochotu jedinců zapojit se do jednání, do kterého by za normálních okolností nikdy nevystoupili. Z důvodu velkého množství vsazených peněz a investovaného času do činnosti jsou ochotni vsadit závratné sumy v očekávání velké výhry, kterou vše zaplatí a vyřeší. (Prunner, 2008)

Jedna z dalších teorií zabývající se hledáním motivace vedoucí k patologickému hráčství je ovlivnění určitými dispozičními hledisky majícími vazby na osobnostní konfiguraci daného hráče. Ukazuje se, že konfigurace určitých osobnostních charakteristik mohou podporovat patologické hraní. Potvrzuje se, že jedinci s předpoklady k závislostem mají obvykle společné dva rysy, zaprvé jsou chronicky předráždění nebo se velmi často nacházejí v silném útlumu. A zadruhé zažili nepříjemné zkušenosti v dětství, které vedly k pocitům nedostatečnosti, vznikly u nich silné pocity viny. Chronicky nedostatečně stimulovaní jedinci mohou hrát z důvodu potřeby podnětů k potlačení nudy. A naopak jedinci extrémně stimulovaní mohou svůj stav vyrovnávat sedativy, alkoholem, apod. U dospělých jedinců, kteří byli v dětství odmítáni, může hra a vyhrávání zvyšovat sebevědomí a dodávat pocit osobní úspěšnosti. (Prunner, 2008)

Motivace hraní bývá často kladena do souvislosti s impulzivitou jedince. Impulzivní jednání je jednání bez předchozího zvážení, bez ohledu na možné následky. Rysy impulzivity a sklony k hráčskému jednání jsou uváděny v přímé souvislosti. Patologičtí hráči vykazují vyšší procento impulzivity, než jedinci závislí na jiných návykových látkách. Nadměrná impulzivita u dospívajících je predispozicí k možným problémům s hráčstvím. (Prunner, 2008)

Vystupuje řada autorů, kteří hraní a hráčské chování interpretují jako způsob hledání vzrušení. Jedinci jsou znuděni životem a hledají intenzivní zážitky, které je vzruší. Zážitky jsou typické různými typy risků. Osoby motivované ke hře touhou po vzrušení se

vyhýbají hrám, které jsou pro ně bez potřebného vzrušení. Extrovertně ladění jedinci vyhledávají vzrušení ve společnosti jiných lidí, v kasinech, na dostizích, zakázaných zápasech apod. Na rozdíl od introvertů, kteří inklinují spíše k výherním automatům, internetovému sázení nebo sázení na sport. (Prunner, 2008)

1.4 Vznik a průběh závislosti na hře

Kapitola bude věnována charakteristice vzniku patologického hráčství a jeho rozvoji. Z pohledu geneze gamblingu bývá patologické hraní posuzováno jako progresivní vícestupňová nemoc. Cesta vedoucí k patologické závislosti může být různě dlouhá, probíhá v několika fázích. Z počátku je nenápadná a neodlišitelná od rekreačního hraní. Přejít od rekreačního hraní k patologickému bývá různě rychlý, v České republice trvá přibližně 1 až 3 roky. (Prunner, 2008)

Rozlišují se tři stádia, kterými prochází závislý jedinec. První fáze je vítězná, druhá ztrátová, třetí stadium zoufalství. Někdy bývá uváděna i čtvrtá fáze, ke které může jedinec dojít, fáze rezignace. (Prunner, 2008)

První fáze, stadium vyhrávání, vítězná fáze. Začátek sázení je spojován s prvotním úspěchem. Tato fáze je častěji nacházena u mužů, hráčské „nastartování“ je spojené s počáteční výhrou, která jim umožnila dosáhnout různých pocitů. Důležité je zjištění, že mnoho hráčů přisuzuje zdroj prvotní výhry svým schopnostem, než aby výhru přisoudili momentálnímu štěstí. Mnoho hráčů je ovlivněno úspěšností hraní natolik, že od ní odvozuje i své sebevědomí. Hráč získává pocit, že hře rozumí a že ji má plně pod kontrolou. Některé hry považuje za jasné výhry a je ochoten vložit i vysoký finanční obnos. Domnívá se, že velkou výhrou získá vysoké sociální ocenění a stoupne mu jeho sociální statut. Hra získává přímou vazbu na podobu nálady konkrétního hráče. Hru považují za činnost, která umí zlepšit náladu a posílit sebevědomí. To vede k tomu, že při nepříjemné náladě a možnému ponížení se utíkají ke hře, která jim mnohokrát přinesla pocit uspokojení. Patologický hráč dává hře přednost před vším ostatním. Hra neustále pohlcuje a soustavně zaměstnává jeho myšlenky. Do myšlení hráče také často vstupují silné fantazijní myšlenky vztahující se k velkým výhrám, získání ocenění. (Prunner, 2008)

Je samozřejmé, že při vyšší frekvenci hraní nezůstávají jen ty „dobré chvíle“, ale začínají se vyskytovat i okamžiky proher, prohry nejsou vnímány jako povel k ukončení. Hráč je vnímá jako okamžiky smůly, které s další hrou odezní.

Druhá fáze, stadium prohrávání nebo také ztrátová fáze. Podle Nešpora (1999) se v této fázi jedná již o patologické hráčství. Člověk myslí na hraní a s hrou nedokáže přestat. Druhá fáze je typická svou snahou o dobytí „ztracených pozic“. Využívá se pojem „chasing“, který znamená stíhání, štvání výhry. Projevuje se tím, že prohrávající hráč se snaží zběsilým sázením získat ztracené peníze zpět. Vkládá do hraní další a další peníze, místo toho, aby pochopil, že sázením není schopen dosáhnout výher, po kterých touží. Zvyšuje frekvenci hraní a zvyšuje velikost sázek. Z důvodů finanční tísně se dostává do situací, kdy začíná lhát, slibovat. Zpočátku je lhaní nevědomé, má představu, že svým slibům dostojí. S narůstajícími komplikacemi si uvědomuje, že sliby nemůže splnit a vědomě lže. Problémový hráč lže všem ve svém okolí. Tato fáze vede ke zlomu. Někdy si problémový hráč uvědomí, že soustavné hraní nevede ke zlepšení jeho finanční situace a zapírání a lhaní mu také nepomáhá. V daném okamžiku řada problémových hráčů zažije tzv. „crunch“ bod zlomu, je spojen s tím, že hráči dojdou oficiální zdroje peněz. V případě přiznání se rodině, může mu rodina ještě pomoci. Pokud je rodina finančně schopná, může uhradit dluhy a dát hráči možnost na změnu. V této situaci musí být jasně stanoveny podmínky, za kterých to rodina uhradí a také by měl hráč vnímat, že je to poprvé a naposledy. Pokud hráč zjistí, že může rodinu emočně vydírat a půjčí mu znovu, jedinec získá dojem, že jsou jeho „kasičkou“, za kterou může přijít kdykoliv. Hráč má pocit, že má krytá záda a hraje v podstatě bez zábran. Pokud zvyšující se počet proher a narůstající dluhy problémového hráče od hraní neodradí a jedinec v hraní dále pokračuje, začne se roztáčet spirála proher vedoucí ke třetí fázi hraní. (Prunner, 2008)

Třetí fáze hraní, stadium zoufalství. Třetí fáze je naplněna neustálým hledáním řešení vyššího zadlužení a získání vysoké částky pro vysokou výhru. Zadlužující hráč se začíná chovat maladaptivně a uchyluje se k nelegálnímu chování (různé zpronevěry, podvody). Má neustálou představu, že kradе, aby mohl vyhrát neuvěřitelnou částku, výhra už konečně musí přijít, vše splatit a urovnat si život do pořádku. Neustálý stres a stále hlubší propadání se do deprese, vyvolává v psychice stavy, kdy přemýšlí o „úniku“, sebevraždě. (Prunner, 2008)

Prunner říká, že u některých hráčů dochází ke vzniku i čtvrté fáze, je označována jako stadium rezignační (vzdávání se, beznaděj). Hráč se dostává do situace, kdy rezignuje na vyřešení svých problémů vlastní silou. Nachází se ve stavu beznadějného zoufalství, ztrácí schopnost rozhodování, je ve stavu celkové pasivity. Na základě nátlaku osoby, která má v dané době na jedince vliv, je schopen vyhledat lékařskou pomoc. Je přístupný

naslouchat příslušným autoritám, snaží se chovat tak, jak je instruován. Snaží se plnit požadavky a mnohdy si uvědomuje, co svým chováním způsobil. Ve stádiu rezignace se v důsledku silného stresu objevují silné neurotizace a nejrůznější psychické poruchy, dále i psychosomatické odezvy. Hráči trpí vysokým krevním tlakem, nespavostí, střevnímu a žaludečnímu potížení, pociťují silné bušení srdce. (Prunner, 2008)

V České společnosti existuje a používá se pěti bodová stupnice pro popsání intenzity patologického hráčství. Stupnice používá číselné hodnoty 0 – 4 body s příslušným vysvětlením (Kraus, Hroncová, 2007, s. 171):

„úroveň 0 – hra není vůbec pozorována,

úroveň 1 – rekreační hraní, bez jakéhokoliv negativního dopadu do reálného života,

úroveň 2 – hraní přinášející občasný výskyt drobných problémů (jinak označováno již jako problémové hraní)

úroveň 3 – hraní vedoucí ke vzniku velkých problémů a nepříznivých souvislostí, které jsou dostatečně vážné a výraznou měrou negativně zasahují do nejrůznějších oblastí reálného života (jsou splňována klinická kritéria pro patologické hraní)

úroveň 4 – hraní motivované potřebou hledat řešení již existujících problémů spojených s patologickým hraním a to bez ohledu na soustavné prodlužování vzniklých nesnází.“

1.5 Typologie hráčů

Všechny typologie, týkající se člověka, jsou velice složité a stigmatizující. I přesto je občas důležité mít nějaké alespoň orientační rozdělení, které nám pomůže v budoucí práci s jedincem. Pomůže nám částečně odhalit jeho motivy a rysy osobnosti.

Chvíla (in Mühlpachr 2008): ve výzkumné práci uvádí následující typologii patologických hráčů, která nám může sloužit pro sestavení terapií:

- Typ A – je charakterizován silnou snahou zopakovat si hazardní jednání, znovuprožití hráčské zkušenosti s rostoucí potřebou finančního vkladu do hry a stupňování prožitků a nezastaví se ani před nezákonnými činy, jak získat další finance na hru. Jedná se o sociálně narušeného jedince s osobnostními rysy nezdrženlivosti a sociální maladaptace.

- Typ B – má nejvýraznější vyjádřenou potřebu útěku od reality ke hře, hledá náhražku své úzkosti, pocitu viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Nedokáže se k problému přiznat, lže a snaží se problém zakrýt. Předpokládá pomoc a převzetí odpovědnosti za své prohry svými blízkými. Tento typ inklinuje k neurotickému řešení problémů, jedinec je zvýšeně úzkostlivý a nejistotý v sebehodnocení.
- Typ C – má nejvíce vyjádřenou neschopnost kontrolovat hru, projevuje se podrážděností při myšlence či snaze o ukončení hraní, považuje hru za svou potřebu, které se nemůže zbavit a nepřipouští si výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu. Jedná se o typ s výraznou toxikomanickou dispozicí a kompulzivitou v řešení situací.

Důležité je i rozlišení, jaké způsoby hry hráč preferuje. Existuje několik typů hazardních her, se kterými se setkáváme.

V současnosti nejvíce rozšířené a dostupné jsou výherní automaty. Hazardní a nehazardní automaty. Nehazardní automaty jsou automaty zábavné, hráč si na nich kupuje čas, nejedná se o výherní stroj. U hazardních, výherních automatů si hráč kupuje možnost výhry. Výherní automaty jsou někdy děleny na „lehké“ a „těžké“ podle výše vkladu a podle výše výherního obnosu. (Nešpor, 1999)

Kasina jsou další formou hazardní hry. Kasina nejsou dostupná pro širokou veřejnost. To však neznamená, že jejich nebezpečnost je nižší, jedna závratná výhra může rychle nastartovat chorobný návyk. Naopak velká prohra může způsobit nedozírné následky, dopadající na všechny stránky člověka, i když se nemusí jednat o patologického hráče. (Nešpor, 1999)

Sportovní sázky, které vypadají „nevinně“, maskující se za sportovním nadšením, mohou vést k nedozírným následkům. (Nešpor, 1999)

Karetní hry jsou vcelku rozšířenou zábavou, ale i u nich existují hazardní karetní hry, které mohou uškodit. Často jsou kombinovány s další závislostí. (Nešpor, 1999)

Hra v kostky je starobylou formou hazardu. Upínají se k ní především hráči spoléhající na štěstí. (Nešpor, 1999)

„Skořápkáři“ a ostatní. Skořápkáři byli velice dobře organizované tlupy, nyní se u nás v podstatě nevyskytují, jen výjimečně. Do kategorie ostatních můžeme zařadit stírací losy, bingo, sportku. Nešpor říká, že: „*Hranice mezi hazardní a nehazardní hrou je velmi*

neostrá. Tatáž hra může být hazardní, hraje-li se o peníze a nehazardní, hraná „jen tak“. (Nešpor, 1999, s. 11)

2. Prevence a léčba patologického hráčství

Druhá kapitola bakalářské práce je věnována prevenci a léčbě patologického hráčství. První podkapitola se bude věnovat možnostem prevence patologického hráčství a úrovním, na kterých by měla být ovlivňována. Druhá podkapitola rozebírá možnosti léčby patologického hráčství. Věnuje se rozlišení forem léčby a použití různých metod práce. Zahrnuje i služby věnující se patologickým hráčům.

Obecně je již dostatečně známo, že v boji s negativním jevem je prevence účinnější a efektivnější, než následné odstraňování či náprava negativních důsledků. Preventivní opatření se jeví i méně finančně náročné, nežli náklady na léčbu. (Prunner, 2008)

Prevence patologického hráčství na úrovni státní správy by měla probíhat na dvou úrovních. První úroveň by měla být zaměřena na snižování nabídky. V současné době je v moci obcí, aby pomocí obecních vyhlášek upravovaly množství výskytu hazardu. Druhá úroveň by měla být věnována snižování poptávky, prevence by měla klást největší důraz na změnu vnímání společnosti problematiky patologického hráčství a všech sfér k němu se vztahujících. (Velímová, 2010)

Prunner (2008) uvádí, že s ohledem na možnost vzniku závislosti na hře, jsou kvůli nedostatečné prevenci ohroženi jedinci, kteří nemají primárně negativní postoj k hazardu vytvořený. Znamená to, že pokud osoba vystavená působení hazardu nemá vytvořený primárně negativní postoj, její postoj je neutrální nebo dokonce pozitivní a nezáleží na typu předložené hry. Musí pouze poskytovat určitou zábavu, napětí a možnost zvýraznění sociálního statutu.

2.1 Prevence patologického hráčství

Patologické hráčství nemá jedinou příčinu, tedy ani prevence nemůže být zaměřena na jednu oblast. Nejdříve bych rozčlenila prevenci na primární, sekundární a terciární.

„Cílem primární prevence je předcházet nemoci předtím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě předtím, než nemoc způsobila poškození. Cílem terciární prevence je předejít dalším škodám.“ (Nešpor, 2000, str. 133)

Prevenci si rozdělíme podle oblastí, na které je zaměřena. Prevence a media, média a celkově sdělovací prostředky, jsou mocné nástroje, jejich dosah se týká celé společnosti.

Média fungují z reklam, které jsou málokdy cenzurovány a za vysokou odměnu jsou média ochotna odvyšlat ledacos. Stávají se z důvodu finančních pohnutek propagátory hazardu. V současné době je nutné zvýšení ochrany před propagací hazardu v reklamách a televizních spotech. Média jsou spíše na škodu. Programy, které upozorňují na různé problematické oblasti sociální sféry, jsou vysílány v nevhodný čas. (Nešpor, 2011)

Další důležitou oblastí prevence je sféra pracovního prostředí. Preventivním působením se řídí především zaměstnavatelé v USA. Často používají ultimátum „Buď se půjdete léčit, nebo dostanete výpověď“. Ztráta zaměstnání je pro mnoho lidí silnou motivací. Ultimátum z pracovního prostředí vytváří silný motivační tlak k léčbě a abstinenci od hazardu. (Nešpor, 2011)

Oblast prevence týkající se provozovatelů hazardu. Bylo by naivní očekávat, že provozovatelé hazardu budou mít snahu zabránit vzniku patologického hráčství. Prevence by se měla týkat především hranice 18 let. Nešpor upozorňuje pracovníky pomáhajících profesí, aby se provozovatelům hazardu důsledně vyhýbali a nepřicházeli s nimi do jakéhokoliv kontaktu. (Nešpor, 2011)

Důležitá je prevence ve školách. Škola by měla rozhodně prosazovat zákaz jakýchkoli hazardních her ve školní budově a na školním pozemku. Prevencí proti problémům působeným hazardní hrou je zasazení do rámce výchovy ke zdravému způsobu života a její integrace s prevencí škod způsobených návykovými látkami. Pro populaci dětí a dospívající jsou nejúčinnější prevencí interaktivní programy, při kterých se dítě učí sociálním dovednostem, relaxaci, dozvídá se podrobnosti o daných problémech, o možnostech pomoci. Interaktivní programy nabízí různé pozitivní alternativy k rizikovému chování. (Nešpor, 2011)

Velice důležitá je prevence v rodině a rodinné působení. Existuje deset zásad prevence rizikového chování v rodině (Nešpor, 2011, s. 92):

1. *„Získejte důvěru dítěte, naučte se naslouchat tomu, co říká, věnujte mu potřebný čas.*
2. *Opatřete si o hazardní hře a jiných návykových nebezpečích informace, abyste o nich mohli s dítětem zasvěceně hovořit. Vyberte si k takové debatě vhodný okamžik.*
3. *Předcházejte tomu, aby se dítě nudilo. Toho můžete dosáhnout tím, že ho přiměřeně věku zaměstnáváte v rodině nebo mu zprostředkujete dobrou společnost a záliby.*

4. *Stanovte a prosazujte zdravá pravidla. Základním pravidlem pro nezletilé je „nikdy a za žádných okolností hazardní hra“. Za porušení pravidla by měly následovat přiměřené a předvídatelné sankce (např. krácení kapesného). Uvedené se samozřejmě týká i alkoholu a drog.*
5. *Bud'te pro dítě dobrým modelem. Dítě vycítí, že i pro vás mají peníze, které jste si poctivě vydělali, větší cenu, než kdybyste je někde našli nebo vyhráli. Pokud se hazardu vyhýbáte, je to výborné. Samo o sobě to ještě dítě zcela nechrání, protože je vystaveno i dalším vlivům, ale přesto je to důležité.*
6. *Dítě by mělo vědět, že určité věci prostě musí umět odmítnout. Mezi ně patří i pozvání k hazardní hře.*
7. *Chraňte dítě před nevhodnou společností mimo jiné i tím, že mu pomůžete najít vhodné přátele.*
8. *Posilujte zdravé sebevědomí dítěte a oceňujte jeho upřímnou snahu a úsilí. Ukazujte mu jeho dobré možnosti.*
9. *Podle potřeby spolupracujte i s dalšími dospělými, školou nebo odborníky.*
10. *Jestliže se u dítěte objeví problémy s hazardní hrou, je třeba je energicky zvládnout. Využívejte možnosti profesionální pomoci. Čím dříve se začne problém řešit, tím je to snazší.“*

Následujícím typem prevence je prevence na úrovni jednotlivce. Využívá se hlavně peer programů. Jsou to programy, které jsou založené na přátelství vyškoleného dobrovolníka s ohroženým jedincem. Vyškolený dobrovolník je přibližně stejného věku, potýkal se s podobným problémem, má stejné zaměstnání. Efektivita peer programů je vysvětlována především dobrým příkladem člověka v podobné situaci, které je snazší následovat. (Nešpor, 2011)

2.2 Léčba patologického hráčství

Důležitým zjištěním je, že patologické hráčství se dá léčit. Nejčastěji léčba hráčů probíhá společně s alkoholiky a uživateli jiných drog. Důvod, který vede ke společné léčbě je především využívání podobných postupů léčby. (Nešpor, 2006)

Pokud hovoříme o léčbě patologického hráčství, je důležité se při výběru práce s klientem zaměřit na faktory, které hazard posilují nežli hledat příčiny vzniku hazardníhoho

chování. Objevení příčin a jejich pochopení nám nezaručuje vyléčení. Používá se tzv. „matching“, je to volba intervence podle individuálních potřeb klienta. (Nešpor, 2011)

V České republice probíhá léčba patologického hráčství ambulantní a pobytovou formou. Nešpor dále zmiňuje účinnost svépomocných příruček, které mohou pomoci hlavně hráčům, jejichž problém není ještě závažný a devastující. (Nešpor, 2006)

Stejně tak jako existují tři stádia závislosti, tak americké prameny popisují tři stadia uzdravování (Nešpor, 1999):

- Stadium kritičnosti: Hráč hledá pomoc, opouští svět fantazií, přijímá skutečnost a přestává hrát. Začíná uvažovat odpovědně, provede finanční inventuru a sestaví plán splácení dluhů. Začíná řešit problémy, správně se rozhoduje, začíná být spokojenější. Navrací se do zaměstnání.
- Stadium znovuvytváření: Na základě svého finančního rozpočtu splácí dluhy. Má jasné a konkrétní plány, jak napravit škody, které způsobil. Nachází si nové zájmy a záliby, vrací se mu sebeúcta. Vztahy v rodině se zlepšují. Je více trpělivý, tráví více času s rodinou. Vrací se mu klid. Rodina a přátelé mu začínají důvěřovat.
- Fáze růstu: Přestává myslet na hru. Je schopen pohotově řešit různé problémy. Začíná chápat sám sebe a rozumí si. Je schopen pochopit druhé a vcítit se do nich. Nachází nový způsob života.

Další rozdělení průběhu léčby je do čtyř bodů (Frouzová, 2003 in Kalina):

- Inventura: Po zklidnění a zabezpečení nehraní zjišťujeme objektivní i subjektivní životní situaci klienta, včetně dluhů a možnosti splácet. Pracovníci zjišťují hráčův náhled na problém a ochotu spolupracovat na léčbě. Vyjednávání léčebné zakázky s klientem a jeho příbuznými.
- Informace: zajištění adekvátního přísunu a zpracování informací. Pomoc s ujasněním rizikových situací, učí se zvládat stavy bažení. Učí se uvolnění a zvládání psychických stavů, jako je stres, zlost, deprese, agrese.
- Iniciativa: Hráč přijímá patologické hráčství jako svůj problém. Hlavní náplní této fáze je prevence recidivy, která je zaměřena na zvýšení sebekontroly. Nácvik sociálních dovedností.

- Idea: Klient se snaží o změnu svého životního stylu a buduje svou novou identitu. Pracuje na svém sebepojetí v rámci rozvoje své profesní kariery a svých zájmů.

Celkově léčba patologického hráčství, jak pomocí ambulantní formy, tak pobytové, musí splňovat čtyři podmínky ze strany klienta, které jsou potřebné k efektivní léčbě.(Frouzová, 2003, in Kalina):

1. Přerušování hraní
2. Změna při zacházení se svými financemi
3. Prevence relapsu
4. Úprava svého životního stylu

V léčbě patologického hráčství je využívána především psychoterapie. V publikacích se uvádí, že kognitivně- behaviorální postupy bývají při léčbě závislosti účinnější nežli psychoterapie dynamická. Většinou se používá skupinová psychoterapie. Využívají se techniky posilování motivace, psychodrama, nácvik zvládnání obtížných situací, dobré vnímání sebe i vnějšího světa, rodinná terapie nebo párová, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, strategická terapie, desenzibilizace ve fantazii, psychopantomima. Nešpor mezi další užitečné postupy při léčbě zmiňuje poradenství, farmakoterapii, přiměřená tělesná aktivita, relaxační techniky, jóga. Některé meditační techniky zlepšují sebeovládání a sebeuvědomění. (Nešpor, 2011)

2.2.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbou se rozumí proces, kdy klient je ve svém sociálním prostředí, pokud má zaměstnání dochází do zaměstnání a u toho navštěvuje ambulantní léčbu. Zvolení formy péče záleží na mnoha faktorech. Ambulantní léčba patologického hráčství probíhá v adiktologických ambulancích, ambulancích psychiatra nebo klinického psychologa. Existují i denní stacionáře pro patologické hráče. Fungují tísňové linky, centra krizové intervence.

Služby poskytované výhradně patologickým hráčům nejsou ve velkém měřítku rozšířené a všude dostupné. Často jsou spojeny alespoň dvě problematiky, je to dáno i tím, že mnohdy má hráč duální diagnózu. V minulosti nebylo trendem řešit patologické

hráčství, proto nyní vznikají služby pro hráče rozšířením cílové skupiny nějaké již fungující služby.

Ambulantní léčba je vhodná pro klienty, kteří mají kvalitní sociální zázemí, prostředí a jsou motivováni ke spolupráci.

Struktura organizací poskytující pomoc v ambulantní formě by se dala rozdělit na zařízení zdravotnická a nezdravotnická zařízení.

Do zdravotnických zařízení se řadí:

- AT ambulance- ambulance pro léčbu návykových nemocí
- Adiktologické ambulance- pro léčbu závislostí
- Psychiatrické ambulance
- Psychoterapeutická poradna
- Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Léčbu v ambulantních zařízeních můžeme rozlišit na skupinovou a individuální práci s terapeutem. Charakteristika činností ambulantních služeb se věnuje okruhům diagnostiky, poradenství, doléčování závislých osob, medikace, substituční léčba osob závislých na opiátech. Setkání probíhají pravidelně v minimálním intervalu setkání jednou týdně. Výhodou je blízkost ambulance bydlišti.

Do nezdravotnických zařízení poskytující pomoc se řadí:

- Centra krizové intervence
- Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra
- Terénní programy
- Poradenské a léčebné programy pro osoby ve výkonu trestu a následná péče
- Následná péče, doléčovací programy včetně chráněného bydlení
- Denní stacionáře pro patologické hráče

2.2.2. Pobytová léčba

Pobytová forma léčby je poskytována v psychiatrických léčebnách. Může být poskytována na běžných psychiatrických odděleních nebo v psychiatrických léčebnách zaměřených na léčbu návykových nemocí. Délka léčby se rozlišuje na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.

Oproti ambulantní formě má dvě výhody. Zaprvé je poskytována v bezpečnějším prostředí, kde je nepřetržitě k dispozici odborná péče. Je zde nízká dostupnost návykových látek a méně spouštěčů rizikového chování. Druhou výhodou je poskytování intenzivnějšího programu než u ambulantní léčby. Nevýhody pobytové formy léčby jsou především vyšší náklady na pacienta, nemožnost vykonávání zaměstnání. Optimální doba léčení je u každého pacienta specifická. Z výzkumů vyplývá, že kratší léčba může být u osob, které mají kvalitní sociální zázemí. Nejčastější je poskytována střednědobá léčba v rozmezí 14 až 16 týdnů. Maximální délka pobytu může dosáhnout 6 měsíců. (Nešpor, 1999)

Do metod psychiatrických léčeb často bývají zapojeny aspekty terapeutické komunity, které aktivně zapojují pacienty do léčby. Více o terapeutických komunitách v léčbě závislostí v následující kapitole.

2.3 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou všeobecně užívané při léčbě závislostí.

Hlavní principy terapeutické komunity shrnul Kratochvíl (1979, in Nešpor, Csémy, 1996):

- Aktivní podíl pacientů na léčení
- Vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních (mezi pacienty, mezi pacienty a týmem, uvnitř týmu)
- Zvýšená rovnoprávnost v rozhodování
- Kolektivnost
- Sociální učení (člen dostává rychlou zpětnou vazbu)

Terapeutické komunity mají své specifické zvláštnosti, které je odlišují od jiných léčebných metod. V komunitě existuje vnitřní diferenciaci, členové komunity, kteří jsou v ní déle a osvědčili se, získávají nějaké výhody, ale také se od nich očekává vyšší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě. Do většiny komunit není povoleno vnášet alkohol a drogy, přinesení je považováno za vážný přestupek, který může vést k ukončení léčby nebo poklesu v hierarchii komunity. (Nešpor, Csémy, 1996)

Terapeutická komunita má pro svůj způsob práce typické prvky. Pravidelné setkání komunity a týmu, které umožňuje informovat o průběhu dne, zhodnocení aktivit, řešit

aktuální problémy. Komunita má své zástupce, kteří „moderují“ setkání komunity a týmu, probíhá výčet získaných trestných bodů, vznáší se přání, diskutuje se o problémech. Komunita má možnost okamžitě reagovat a řešit problémy společně. (Nešpor, Csémy, 1996)

Dalším typickým prvkem je schůzka týmu, která probíhá mezi členy personálu, ideální jsou každodenní i krátká setkání, během kterých tým probere situaci z předchozího dne, domlouvá další postupy, návrh pomoci s řešením obtíží. Skupinová terapie, která je významnou součástí terapeutické komunity, umožňuje ventilovat pocity, napětí, obavy, zároveň poskytuje jejím členům oporu, je nástrojem změny. (Nešpor, Csémy, 1996)

Další náplní v komunitě jsou role. Každý člen, po nějaké době, dostává roli, kterou musí plnit a hlásit její naplnění na setkání komunity a týmu (př. toxický šerif, který hodnotí, jak hodně se mluví o návykových látkách a jestli se vedou toxické řeči; předseda komunity, zapisovatel, jídelní služba, apod.) všechny tyto role, jsou pro každou komunitu jiné, vytváří si je komunita a tým, a také se všechny obměňují. Během pobytu by každý člen měl projít alespoň jednou rolí. (Nešpor, Csémy, 1996)

Průběh léčby v terapeutických komunitách je podle původních severoamerických vzorů. Léčba se rozděluje do třech stádií (Nešpor, Csémy, 1996):

- Úvodní stadium: do šedesáti dnů, během nich se uchazeč seznamuje s pravidly komunity a komunita posoudí jeho vhodnost k přijetí, uchazeč se připravuje na členství v komunitě.
- Stadium primární léčby: trvá v rozmezí dvou až dvanácti měsíců, během ní dochází k socializaci, rozvoji osobnosti, lepšímu sebeuvědomování, sebepoznání. Člení se do více podstadií.
- „Re-entry“ stadium: stadium návratu do společnosti. Trvá třináct až dvacet čtyři měsíce. V první polovině třetího stadia se člen učí sociálním dovednostem a připravuje se na život mimo komunitu. V druhé polovině třetího stadia člen funguje mimo komunitu, chodí do zaměstnání, vede vlastní domácnost. V komunitě se účastní doléčovacích aktivit, jako jsou svépomocné skupiny, rodinné terapie, konzultace s odborníkem. Interval setkávání se postupně snižuje.

Tento model terapeutické komunity je velmi časově náročný, občas se stává, že klienti nedokončí léčbu. Proto se u nás více uplatňuje model Skály, který naplňuje stejné tradice, ale trvá okolo třech až čtyř měsíců.

2.4 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou „*skupiny lidí pociťující nějaký společný problém, kteří se sdružili, aby s ním něco udělali.*“ (Richardson, Goodman, in Bútor, 1991, s. 32)

„*Svépomocné skupiny jsou založené na předpokladu, že postižené osobě může nejlépe pomoci osoba, která prošla, anebo prochází v současnosti podobnou situací.*“ (Lipson, 1984 cit. dle Bútor, 1991, s.32).

Jsou to tedy skupiny, které se schází v pravidelných intervalech, se shodným problémem, vzájemně se podporují a pomáhají si.

Svépomocné skupiny jsou významnou podporou při léčbě a následné resocializaci. Sdílení společných problémů, pocitů, ztrát, ale i radostí, úspěchů a štěstí pomáhá lidem ve vytrvání v abstinenci. Podpora svépomocné skupiny je zcela nezištná, není ničím ovlivnitelná, svépomocné skupině z klienta neplynou žádné výhody. Proto pro členy představuje nezmanipulovatelné společenství a vnímá ji jako objektivního podpůrce i kritika.

2.4.1 Anonymní gambleři

Svépomocná organizace Anonymní hráči (gambleři) vznikla po vzoru organizace Anonymních Alkoholiků v USA. Svépomocná skupina je brána jako doplnění profesionální léčby. Organizace AG poskytuje podporu svým členům a je všem prospěšná.

„*Anonymní hráči jsou společenstvím mužů a žen, kteří navzájem sdílejí zkušenost síly a naděje, aby vyřešili svůj společný problém.*“ (Nešpor, 1999, s. 86)

Členství ve skupině Anonymní gambleři je podmíněno pouze přáním přestat hrát. Jejich cílem je přestat hrát, pomáhat druhým, aby i oni přestali. Řídí se určitými zásadami, které se snaží v životě uplatňovat, jsou to kroky, které představují program úzdravy (Nešpor, 1999, s. 87) :

1. *„Přiznali jsme si, že ve vztahu k hazardní hře jsme bezmocní, že naše životy se staly nevladatelné.*
2. *Dospěli jsme k závěru, že Síla větší než my sami nás může vrátit normálnímu myšlení a životu.*
3. *Rozhodli jsme se svěřit svoji vůli a své životy péči této Síly, jak jí rozumíme.*
4. *Zkoumali jsme sebe sama a provedli jsme nebojácně vlastní morální a finanční inventuru.*
5. *Přiznali jsme sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
6. *Byli jsme naprosto připraveni se těchto vad charakteru zbavit.*
7. *Pokorně jsme požádali Boha (jak mu rozumíme), aby naše nedostatky odstranil.*
8. *Udělali jsme seznam všech lidí, kterým jsme ublížili, a byli jsme svolní s tím všechny odškodnit.*
9. *Tyto lidi jsme přímo odškodnili, kde to bylo možné, s výjimkou situací, kde by to poškodilo je nebo jiné.*
10. *Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme to přiznali.*
11. *Prostřednictvím modlitby a meditace jsme usilovali o to, zlepšovat vědomý kontakt s Bohem, jak mu rozumíme, a modlili se pouze za to, abychom poznali jeho vůli a měli sílu ji provádět.*
12. *Ve všech záležitostech jsme usilovali tyto zásady uskutečňovat a toto poselství jsme se snažili předávat dalším nutkavým hráčům.“*

Dále se skupina řídí programem jednoty, který posiluje udržení společenství (Nešpor, 1999, s. 87):

1. *„Náš společný prospěch je na prvním místě, osobní úzdrava záleží na jednotě skupiny.*
2. *Naši vedoucí nejsou než důvěryhodní služebníci, nevládnou.*
3. *Jedinou podmínkou členství v Anonymních hráčích je touha přestat hazardně hrát.*
4. *Každá skupina se řídí sama s výjimkou záležitostí týkajících se jiných skupin nebo Anonymních hráčů jako celku.*
5. *Smysl Anonymních hráčů je jediný- předávat toto poselství nutkavým hráčům, kteří dosud trpí.*

6. *Anonymní hráči nesmí propůjčovat své jméno žádnému vnějšímu podniku nebo zařízení, ani ho podporovat nebo financovat, aby nás problém peněz, vlastnictví nebo prestiže neodváděl od našeho prvotního účelu.*
7. *Každá skupina Anonymních hráčů má být plně soběstačná a odmítat příspěvky zvenčí.*
8. *Anonymní hráči mají navždy zůstat neprofesionální, ale naše střediska poskytující služby mohou zaměstnávat specializované pracovníky.*
9. *Anonymní hráči, jako takový, nesmějí být organizovaní, ale můžeme vytvářet rady nebo výbory přímo zodpovědné těm, jimž slouží.*
10. *Anonymní hráči nemají určitý názor na zevní záležitosti, proto organizace Anonymních hráčů nesmí být vtahována do veřejných sporů.*
11. *Naše vztahy k veřejnosti jsou spíše založeny na tom, že lidi přitahujeme, než abychom je přesvědčovali. Vždy potřebujeme zachovat osobní anonymitu, ať na úrovni tisku rozhlasu, filmu nebo televize.*
12. *Anonymita je duchovním základem Anonymních hráčů, který nám vždy připomíná, že principy je třeba stavět výše než osobnosti.“*

Společenství Anonymních hráčů mají podle předlohy vypracovaný i systém patronství. Zahrnuje tři způsoby patronství. Zaprvé patronství skupinové, dobrovolníci jsou přítomni před setkáním, připravují prostory, zdraví příchozí, informují nováčky, jaký bude průběh, rozdají jim informační materiály. Druhým typem patronství je patronství krátkodobé, trvá asi měsíc, během kterého patron opakovaně nováčkovi telefonuje, povzbuzuje ho k účasti na setkáních, může mu pomoci s vysvětlením rodině. Seznamuje ho s dalšími členy organizace a jejími principy. Třetí, dlouhodobé patronství. Dlouhodobým patronem se může stát dlouho abstinující člen. Patron pomáhá překonávat bažení, krize, případnou recidivu, poskytuje podporu, podílí se s ním o vlastní zkušenosti. Rozhodně opatrovanému nepůjčuje peníze a nehledá práci. Patronství je prospěšné pro obě strany. (Nešpor, 1999)

První společenství Anonymních Gamblerů v České republice, z řad samotných gamblerů, bez podnícení jiných subjektů nebo podpůrných institucí vzniklo dle pravidel AG v Brně dne 17. 1. 2008. Od té doby pořádají pravidelné mítinky a setkání. V roce 2010 byli zaregistrováni na centrále ISO Gamblers Anonymous USA. (Anonymní gambleři Česko, 2015)

Skupiny Anonymních gamblerů jsou na pomalém vzestupu. Další fungující skupina existuje v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Jejich setkání jsou přímou součástí léčby.

2.4.2 Socioterapeutické kluby

Jsou to kluby, které spoléhají na prvek svépomoci a vzájemné pomoci s účastí profesionálů. U nás většinou vznikaly při zařízeních specializovaných na léčbu závislosti. (Nešpor, Csémy, 1996)

Socioterapeutický klub poskytuje pomoc účastníkům, při udržení střízlivosti. Dobře fungující klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící síť sociálních vztahů. Socioterapeutický klub při ambulantním nebo lůžkovém zařízení poskytuje léčeným pozitivní modely osob, kteří do klubu docházejí. Socioterapeutické kluby napomáhají příznivému výsledku léčby. (Nešpor, 2011)

U nás socioterapeutické kluby můžeme najít pod názvem jako je A-klub.

3. Resocializace

Kapitola věnovaná resocializaci bude zaměřená na patologické hráče po ukončené léčbě. V první podkapitole vysvětlím termín resocializace, typy resocializace a průběh. Dále se zaměřím na služby, které se věnují resocializačním programům pro patologické hráče. Nakonec se budu věnovat recidivě k závislostnímu chování a jejímu zvládnutí.

3.1 Charakteristika pojmu

Resocializace v obecném smyslu představuje opětovnou socializaci jedince, u kterého podobný proces již někdy proběhl. V oblasti sociálních služeb se využívá spíše termínu následná péče, doléčování. Předchozí termíny nám dávají najevo, že resocializace probíhá až po něčem, v tomto případě tedy po prodělané léčbě.

Resocializace v širším smyslu představuje proces, během kterého dochází u člověka k sociálním změnám s cílem přizpůsobit se životu ve společnosti nebo v komunitě. (Průcha, Veteška, 2014)

V užším smyslu jde o proces přeměny identity. Lidé se během procesu resocializace učí nové role a odnaučují se některé stránky těch starých. Proces resocializace vyžaduje odnaučení přijatých původních norem, hodnot, názorů a zvyků, aby mohly být nahrazeny novými rolemi a zvyky. Potřeba socializace může vycházet z různých změn v sociálním statusu. (Průcha, Veteška, 2014)

Průběh a úspěšnost resocializace je závislá na schopnosti adaptace jedince na sociální změnu. Významným prvkem je také míra odlišnosti nového prostředí od původního. Podstatný vliv na resocializaci má vliv i samotné prostředí, vztahy jedince k novým členům prostředí. V našem případě hovoříme o resocializaci, kdy se jedince po dlouhém odloučení opětovně navrácí do svého prostředí, po pobytu v cizím prostředí. Musí si opětovně přivykat na nový systém a umět aplikovat své nově získané zkušenosti a chování do svého původního prostředí. (Reichel, 2004)

Resocializací se zabývá resocializační politika, které vychází ze sociální patologie a klinické psychologie, speciální pedagogiky, kulturní a sociální antropologie, sociální pedagogiky.

„Cílem resocializační pedagogiky je vytvoření podmínek pro optimální socializaci a optimální rozvoj jednotlivců, kteří aktivně přetvářejí sebe a své vnitřní a vnější prostředí konstruktivním a kreativním způsobem vedoucím k rozvoji individuální a sociální zodpovědnosti.“ (Průcha, Veteška, 2014, s. 236)

Hlavním cílem doléčování a resocializace je (Problem gambling, 2013):

- *udržet změny v životním stylu a chování,*
- *udržení abstinence od hraní,*
- *získání a prohlubování dovedností, jak předcházet relapsu,*
- *podpora osobního růstu pacienta,*
- *podpora změn v sebepojetí a sebepřijetí,*
- *sociální stabilizace pacienta v oblasti základních sociálních jistot (bydlení, zaměstnání)*

3.2 Služby zaměřené na resocializaci

Resocializační programy jsou založené na bio- psycho- sociálním modelu závislosti. Léčba a rehabilitace se zaměřují na somatická a psychická poškození. Resocializace umožňuje získání potřebných sociálních dovedností a znalostí. V současnosti se prosazuje trend využívání resocializačních programů i během léčby. Příslušné služby resocializace jsou samozřejmě podmíněny osobností klienta a jeho potřebami a schopnostmi. (Drogy-info, 2006)

Služby zaměřené na resocializaci v rámci institucí mají mnoho forem práce, patří mezi ně pracovní terapie, chráněné dílny, sociální poradenství, socioterapeutické kluby, výuka a nácvik sociálních dovedností, rekvalifikační programy.

Resocializace může být a většinou je součástí tzv. následné péče. Hlavním cílem následné péče je udržení abstinence. Následná péče může mít podobu opakovacích léčeb, svépomocných skupin. Dále pomocí individuálních pohovorů zajišťovaných AT ordinacemi, K-centry nebo klinickými psychology. Specializovaná centra na následnou péči se většinou nazývají doléčovací centra. (Drogy- info, 2006)

Další termín figurující v procesu obnovy fungování člověka je pojem doléčování, který představuje soubor všech služeb, které následují po ukončení základní léčby. Pracovníci pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem

doléčování je sociální integrace do prostředí. Při doléčování působí celý multidisciplinární tým, který se zaměřuje především na tyto oblasti: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie, poradenství, volnočasové aktivity, pracovní poradenství, chráněné bydlení, rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle šest až dvanáct měsíců. Jeho využití značně zvyšuje pozitivní důsledky léčby a zkracuje dobu, po kterou je potřebné poskytování následné péče. (Drogy-info, 2006)

3.3 Recidiva k závislostnímu chování

Pojem recidiva je vnímán jako návrat k nemoci, která již byla vyléčena. V poslední době se používá spíše termín relaps. Relaps je vnímán jako vícero „uklouznutí“.

Jednorázové uklouznutí, laps je hodnoceno jako stání na křižovatce se dvěma směry. Jeden směr vede k návratu k závislostnímu chování, tedy relapsu, recidivě. A druhý směr vede k pozitivním změnám v chování. Laps může působit jako silný spouštěč k uvědomění si důvodů pro trvalou změnu. Uklouznutí může být chápáno jako příležitost k novému učení a posílení motivace. (Pomoc v závislosti, 2011)

Nešpor říká, že: *„recidivy a krize je správné vnímat jako přirozenou součást terapeutického procesu a během léčby na jejich možnost pacienty i jejich rodiny připravit.“* (Nešpor, Csémy, 1996, s. 113)

Recidivy, i když mnohdy znamenají pro klienta a jeho blízké zklamání, by neměly být vnímány jako selhání, ale jako možnost k dalšímu rozvoji. Zkušený terapeut by měl umět zasadit recidivu do pozitivního vztahového rámce a vytěžit z ní, co nejvíce možných pozitivních výsledků. (Nešpor, Csémy, 1996)

Existuje mnoho spouštěčů vedoucích k recidivě, jako příklad uvádím (Pomoc v závislosti, 2011):

- podceňování závislosti, falešná sebedůvěra,
- nebezpečná společnost,
- navštěvování rizikových míst, míst, kde v minulosti hrál,
- negativní emoce (hádky, vyčerpání, deprese),
- pozitivní emoce (štěstí, radost, euforie),
- užití jiné látky,

- dlouhotrvající tělesná nepohoda,
- dlouhotrvající psychické potíže,
- situace, které považuje člověk za výjimečné a hodné oslavy

Je pravděpodobné, že každý „abstinující“ od své závislosti, v našem případě od patologického hráčství, projde v průběhu abstinence hrozící, nebo uskutečněnou recidivou. V těchto situacích je důležité vědět, jak lze recidivu zvládnout a umět jí předcházet.

Zvládnutí recidivy je ve třech důležitých bodech (Nešpor, 1999, s. 32):

- *„Recidivu co nejrychleji zastavit. Pokud to dokážete, následuje bod dvě, pokud ne, bod tři.*
- *Poté, co jste recidivu zastavil, důkladně přemýšlejte o tom, v čem vám tato zkušenost byla užitečná. Samozřejmě ještě lépe je moci si o tom s někým rozumným pohovořit.*
- *Zejména kdybyste nedokázal recidivu zastavit sám, hledejte pomoc. Takovou pomocí může být odborník, centrum krizové intervence, linka důvěry, blízký člověk, zdravotnické zařízení. Až recidivu zastavíte, následuje bod dvě, tedy vyhodnocení recidivy jako zkušenosti. To vám může ušetřit podobné problémy v budoucnu.“*

II. Metodická část

4. Možnosti resocializace patologických hráčů po absolvované léčbě v České republice

4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjištění, jaké jsou možnosti resocializace patologických hráčů v České republice. Na hlavní výzkumný cíl navazují tři dílčí cíle, které jsou:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit teoretické přístupy používané při resocializaci.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit metody práce používané při resocializaci.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jaká pravidla jsou uplatňovaná při resocializaci.

4.2 Zvolená výzkumná strategie a její zdůvodnění

K výzkumu ve své bakalářské práci jsem zvolila kvalitativní strategii, metodu polostrukturovaného rozhovoru. Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila z důvodu rozsáhlosti informací, které by například v dotazníkové metodě nebyly zjistitelné. Polostrukturovaný rozhovor mi umožňuje být teoreticky na průběh rozhovoru připravena a zároveň mi umožňuje pokládat doplňující otázky, které pomohou vyjasnit málo vysvětlené otázky. Stejně výhodná jako pro mne je metoda významná i pro respondenty, kteří dostávají možnost plně zodpovědět mé otázky a dovysvětlit nejasné odpovědi.

4.3 Transformace dílčích cílů do zkoumatelné podoby

Již dříve jmenované dílčí cíle jsem transformovala do zkoumatelné podoby, aby bylo možné zjistit jejich pravdivost. Dílčí cíle jsem transformovala do tazatelských otázek, které jsem pokládala vybrané výzkumné skupině. Tazatelské otázky a jejich příslušnost k dílčím cílům je popsána v transformační tabulce.

Hlavní výzkumný cíl: Možnosti resocializace patologických hráčů po absolvované léčbě v České republice	
Dílčí cíle	Tazatelské otázky
Dílčí cíl č. 1: Zjistit teoretické přístupy používané při resocializaci	TO 1: Jakého teoretického základu využíváte při práci s klientem v resocializaci?
	TO 2: Jak pracujete se systémem klientova světa?
Dílčí cíl č. 2: Zjistit metody práce používané při resocializaci	TO 3: Jaké metody práce s klientem používáte?
	TO 4: Podle jakých kritérií a jak uplatňujete jednotlivé metody práce s klientem?
	TO 5: Jaké jsou fáze (kroky, etapy) jednotlivých sezení?
Dílčí cíl č. 3: Zjistit jaká pravidla jsou uplatňovaná při resocializaci	TO 6: Jaká máte kritéria pro výběr klientů?
	TO 7: Jaká jsou vaše pravidla, jejichž plnění požadujete na klientovi?

4.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru

K volbě výzkumného souboru mne vedlo několik důležitých kritérií, která můj výběr určovala. Zaprvé jsem vybírala především služby určené pro pomoc patologickým hráčům. Druhým výběrovým kritériem byl výběr služeb, které poskytují resocializaci nebo spíše následnou či doléčovací péči.

Po vyjmenování předchozích kritérií výběru výzkumného vzorku se dostáváme k otázce dostupnosti služeb věnovaných resocializaci patologických hráčů. Bohužel je velkým problémem dostupnost služeb a jejich pokrytí, které je nízké. Problém

s dostupností služeb ovlivnil i výběr výzkumného vzorku, který se skládá ze čtyř organizací a šesti rozhovorů. Je jasné, že nízký počet výzkumného vzorku může ovlivnit jeho reprezentativnost, ale bohužel jsem neměla možnost zajistit více výzkumných souborů.

Před provedením výzkumu jsem si pomocí výše jmenovaných kritérií vybrala zařízení, která mému výběru vyhovovala a následovně je kontaktovala, ze sedmnácti oslovených organizací byly ochotné se mnou spolupracovat pouze čtyři, bylo skutečně šest rozhovorů.

Zkoumanou jednotkou jsou rozdílné organizace rozmístěné po celé České republice. Zkoumané subjekty jsou tvořeny státními i nestátními organizacemi.

4.5 Popis organizace a průběh výzkumu

V této kapitole se budu věnovat popisu organizací, které jsem v rámci výzkumu navštívila a průběhu výzkumu v jednotlivých zařízeních. Sběr dat do výzkumu proběhl v období únor- březen 2015.

4.5.1 Dům pod svahem

Dům pod svahem je zařízení následné péče v Havířově, zřizovatelem je Armáda spásy České republiky. Služba je určena mužům bez přístřeší starším 18 let závislým na alkoholu nebo gamblingu, kteří se snaží zvládnout svou abstinenci a potřebují pomoc a podporu při opětovném zařazení zpět do běžného života. Služba je poskytována v pobytové formě, využívá práci s jednotlivcem i skupinou. Posláním služby následné péče v Havířově je nabízet pomoc osobám závislým na alkoholu nebo gamblingu. Osobám služba poskytuje podporu v nalezení cesty k trvalé abstinenci a začlenění zpět do společnosti. Délka základního programu služby je 18 měsíců. Kapacita zařízení je 23 místa.

Po představení organizace se dostáváme k průběhu výzkumu. Organizaci „Dům pod svahem“ jsem kontaktovala pomocí emailu. Spojila jsem se se sociální pracovnící, která se uvolila k provedení rozhovoru. Sešly jsme se v budově zařízení následné péče. Před započítím rozhovoru jsem seznámila sociální pracovníci s cílem výzkumu, zeptala

jsem se jí na souhlas s nahráváním, nesouhlasila, a proto jsem využila záznamový arch. Rozhovor se uskutečnil v kanceláři sociální pracovnice, trval přibližně šedesát minut.

4.5.2 Ambulance pro alkoholismus a jiné toxikomanie

AT ambulance je součástí Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Služba je určena osobám starším 18 let, které nadužívají nebo zneužívají alkohol, léky, drogy, hrací automaty, pro jejich rodinné příslušníky a blízké osoby. Služba je poskytována v ambulantní formě, využívá práci s jednotlivcem i skupinou. Primárním posláním služby je odborná lékařská pomoc při ambulantním řešení odvykání, psychologická pomoc, zdravotní péče, sociální pomoc, zprostředkování ústavní odvykací léčby. A sekundárním úkolem je doléčování formou individuálních ambulantních psychoterapeutických konzultací, zařazení do psychoterapeutických skupin.

Prvotní kontakt s adiktologickou ambulancí v Hradci Králové proběhl pomocí emailu, ve kterém jsme s pracovnící domluvily podmínky schůzky. Polostrukturovaný rozhovor proběhl se sociální pracovnicí v její kanceláři. Před začátkem rozhovoru jsem sociální pracovnici seznámila s hlavním cílem výzkumu a zeptala se na její souhlas s nahráváním. Sociální pracovnice souhlasila. Následně jsme se věnovaly mým otázkám, v průběhu rozhovoru jsem se doptávala. Rozhovor trval přibližně 50 minut.

4.5.3 A Kluby České republiky, o.p.s.

A Kluby České republiky jsou obecně prospěšnou společností, jejím posláním je poskytování podpory uživatelům. Služba následné péče je určena uživatelům starším 18 let, kteří absolvovali ambulantní nebo ústavní léčbu závislosti na alkoholu, lécích či hazardním hráčství. Služba pomáhá v udržení abstinence a směřuje k stabilizaci jejich životní situace. Služba je poskytována ambulantní formou, mohou ji využívat osoby starší 18 let. Může probíhat pomocí skupinové nebo individuální terapie. Mezi poskytované služby patří základní sociální poradenství, individuální terapie, skupinová terapie, psychologické poradenství. Cíle, kterých chce organizace dosáhnout jsou: psychická stabilizace, schopnost samostatně abstinovat, schopnost efektivně pracovat s případným relapsem, schopnost řešit finanční situaci, schopnost aktivně využívat volného času, schopnost navázat kontakt s rodinou a vytvářet hodnotné vztahy s okolím.

Organizaci jsem zkontaktovala pomocí emailu, ve kterém jsme se s pracovníky domluvili, kdy se sejdeme. Výzkum proběhl v budově organizace. Polostrukturovaný rozhovor jsem uskutečnila s dvěma psychology- terapeuty. Na úvod jsem je seznámila s cílem výzkumu a zjistila jejich souhlas s nahráváním. Souhlasili. Následně jsme se věnovali mým připraveným otázkám. Rozhovor trval přibližně 50 minut.

4.5.4 Centrum Advaita

Centrum Advaita je zapsaným ústavem (z.ú.), jejím posláním je pomáhat lidem ohroženým škodlivými návyky a závislostí uskutečnit změny, které jim umožní žít zdravější a soběstačný život bez sociálního vyloučení. Mají dva programy. Ambulantní program a doléčovací program, který je zaměřen na osoby závislé na návykových látkách a patologické hráče, kteří prošli léčbou závislosti, abstinují nejméně tři měsíce a jsou rozhodnutí i nadále abstinovat od návykových látek či hazardního hraní. Služby jsou poskytovány ambulantní formou, určeny jsou pro osoby starší 15 let. Pobytové služby osobám od 18 let věku.

Prvotní kontakt se uskutečnil pomocí emailu. Polostrukturovaný rozhovor se odehrál v sídlu organizace. Rozhovor se konal se dvěma terapeuty. Na začátku setkání jsem jim osvětlila cíl své práce, s nahráváním rozhovoru souhlasili. Poté jsme se věnovali mým otázkám. Rozhovor trval přibližně 70 minut.

Každý z rozhovorů jsem si po jejich ukončení a návratu domů znovu poslechla a přepsala na záznamový arch. Odpovědi jsem v počítači přiřadila k tazatelským otázkám a následně přepis rozhovoru vytiskla. Jako záznamové zařízení jsem využila záznamník v mobilním telefonu.

4.6 Způsob analýzy získaných údajů

Získané údaje, které jsem shromáždila po provedení rozhovorů v záznamníku mobilního zařízení, jsem přepsala do záznamového archu (viz přílohy). Odpovědi respondentů jsem si přiřazovala ke svým otázkám, po sepsání jsem vše vytiskla.

Vytištěné rozhovory připravené k analýze jsem si rozložila vedle sebe a pomocí techniky barvení textu jsem rozlišila pasáže, které se věnovaly jednotlivým dílčím cílům. Vyhodnotila jsem shody a neshody mezi jednotlivými organizacemi, k jejichž rozlišení a

zachycení podstatného jsem využila techniku kódování. Ke klíčovým slovům nebo slovním spojením v textu jsem přiřadila určitý kód, který ukazoval spojitost s dílčím cílem a odpověďmi respondentů. Dále jsem pracovala s metodou vytváření trsů.

Metoda vytváření trsů slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Skupiny by měly vznikat na základě vzájemného překryvu mezi identifikovanými jednotkami. (Miovský, 2006)

Metoda vytváření trsů mi pomohla k spojení jednotlivých výroků respondentů na základě jejich podobností. Již vytvořené jednotlivé trsy mi ukazují společné výroky respondentů, které mi pomohly k hledání odpovědi na dílčí cíle a následné shrnutí zjištěných výsledků.

4.7 Reflexe etických rizik výzkumu

K výzkumu jsem využila kvalitativní strategie, metody polostrukturovaného rozhovoru. Práce s kvalitativní strategií je omezena na určitý vzorek, který je sice podrobně zkoumán, ale nemusí pravdivě vypovídat o celkové problematice. Dalším problémem je práce s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor je uskutečňovaný při osobním kontaktu, kdy hrozí riziko porušení mnou přislíbené anonymity. Z pokusu o její co nejpřesnější zachování využívám při vyhodnocování označení respondentů jako respondent 1 a další. Jako další možné riziko vnímám určité podání neúmyslné neúplné informace při výzkumu ze strany respondentů. Respondenti se se mnou setkávají poprvé, mohou považovat mnohé informace za interní anebo nemají pocit, že by pro mne mohly mít význam.

5. Interpretace dosažených výsledků

V této kapitole se budu zabývat rozborem a vyhodnocením získaných dat z provedených rozhovorů. Vyhodnocení bude v posloupnosti dle Transformační tabulky (viz s. 39), podle dílčích cílů a k nim patřících tazatelských otázek. Zjištění mnou prezentovaná ve výzkumu budou potvrzená citacemi odpovědí respondentů. Každý respondent zmiňovaný v textu je označen jasným způsobem, který umožní jeho přesnou identifikaci. Citace jsou přesným opisem z rozhovorů, občas tedy jsou v hovorové češtině.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit teoretické přístupy používané při resocializaci.

Cílem následujících otázek je zjistit, jakého teoretického základu nejčastěji využívají pracovníci pracující s patologickými hráči.

Tazatelská otázka č. 1: Jakého teoretického základu využíváte při práci s klientem v resocializaci?

Odpovědi na otázku jakého teoretického základu při práci s klientem využívají, se v převážné většině shodují. Každý respondent má nějaký výcvik, který určitým způsobem typizuje jeho chování a přístup ke klientovi, ale respondenti říkají, že rigidně netrvají na práci pouze ve svém teoretickém rámci, často využívají různé prvky z jiných teorií. „*Občas integrujeme různé prvky.*“ (respondent č. 5). Respondenti také zmiňovali důležitost individuálních potřeb klienta, které při volbě teorie berou v potaz. „*Snažíme se o terapii šitou na míru klientovi*“ (respondent č. 5). Pro tři ze šesti respondentů je podstatné pracovat v rámci přístupu orientovaného na úkoly. Pociťují jako důležité nejdříve zabezpečit klientovu manipulaci s penězi a náplň volného času. „*U toho hráčství prvotně musíte pracovat na změně jejich chování ve smyslu, že peníze nemůžou mít v ruce*“ (respondent č. 3). Dva z šesti respondentů pracují v rámci kognitivně- behaviorální terapie. Říkají, že je vhodná pro práci s osobami, které jsou závislé, „*Nejčastěji pracujeme s kognitivně- behaviorální terapií*“ (respondent č. 2).

Tazatelská otázka č. 2: Jak pracujete se systémem klientova světa?

Pět ze šesti respondentů pracuje se systémem klientova světa, přesněji řečeno s rodinou. Říkají, že je důležitá práce s rodinou v součinnosti práce s klientem. Pomáhá urovnat vztahy, vyjasnit rozpory a nejasnosti a obnovit rodinnou důvěru. „*Klienti, kteří chodí kvůli problému na alkoholu nebo gamblingu většinou žijí v nějaké rodině. A ta rodina může využít naše služby*“ (respondent č. 6). Jeden z respondentů nabízí služby

rodině, rodinné terapie pravidelně, každý měsíc, „*Každý měsíc máme skupinu pro rodiče a blízké, kam mohou chodit samostatně nebo se mohou společně s terapeutem domluvit a mohou být rodinná sezení*“ (respondent č. 3). Tři ze šesti respondentů poskytují služby rodině podle zájmu. Respondenti s rodinou pracují, pokud do organizace přijde nějaký rodinný příslušník jejich klienta nebo osoba blízká. „*Pracujeme, není to systematické a pokaždé, spíše průběžně, zpětná vazba*“ (respondent č. 2). Jeden ze šesti respondentů uvádí, že práce s rodinou je obtížná, jejich klienti mají dlouhodobě narušené rodinné vazby. „*Jejich systém okolního světa je zčásti nebo zcela narušen.*“ (respondent č. 1).

Shrnutí dílčího cíle č. 1:

Z odpovědí na první dílčí cíl vyplynulo, že většina pracovníků pracujících s gamblery po absolvované léčbě, má nějaký svůj výcvik. Tento výcvik samozřejmě ovlivňuje respondentův náhled a vnímání klienta, ale práce v teoretickém systému pro ně není rigidní. Snaží se především vnímat individualitu klienta. Z výpovědí dále vyplynulo, že se snaží kombinovat různé prvky z různých teorií, aby byli schopni co nejlépe uspokojit potřeby klienta a dovést ho k vytyčenému cíli. Tři ze šesti respondentů považují za nutné před jakoukoliv terapií ošetřit klientovu možnost manipulace s penězi. Vidí ji jako stěžejní na cestě k úspěšné abstinenci. Pět ze šesti respondentů považuje za důležité pracovat s rodinou, pokud klient rodinu má. Považují za nutné, aby měl klient zabezpečeno bydlení, práci, rodinu, aby mohl v klidu a bez stresu pracovat na změně. Pracovníci vidí jako výhodné pořádat rodinná sezení klienta s jeho rodinou, a poté i skupiny pro rodiny a blízké příbuzné, kde se setkávají všichni blízcí se stejným problémem.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit metody práce používané při resocializaci.

Cílem tazatelských otázek k druhému dílčímu cíli je zjistit jaké metody práce jsou nejčastěji používané v resocializaci patologických hráčů.

Tazatelská otázka č. 3: Jaké metody práce s klientem používáte?

Pět ze šesti respondentů poskytuje služby v ambulantní formě. Jeden ze šesti respondentů poskytuje pobytovou službu. Všichni z respondentů poskytují individuální a skupinovou psychoterapii. U dvou ze šesti respondentů převládá individuální psychoterapie. „*Začali chodit do individuálů, kdy říkali, že je to pro ně příjemnější*“ (respondent č. 5). Dva ze šesti respondentů považují za důležité, aby klient využíval individuální i skupinovou terapii a snaží se k tomu klienta vést. „*Chceme, aby co nejvíce*

lidí chodilo do skupiny“ (respondent č. 3). Tři ze šesti respondentů hovoří o hráčských skupinách, tvořených členy s totožnou závislostí. Pracovníci je považují za dobrou motivaci pro nově příchozí členy do psychoterapeutické skupiny. *„Často tam chodí dlouhodobě abstinující, kteří jsou dobrou inspirací pro jiné“* (respondent č. 4).

Tazatelská otázka č. 4: *Podle jakých kritérií a jak uplatňujete jednotlivé metody práce s klientem?*

Všichni z respondentů uvádějí, že jasně nastavená kritéria nemají a záleží spíše na terapeutovi, jaký způsob práce zvolí u daného klienta jako nejvhodnější. *„Je to spíše na citu terapeuta“* (respondent č. 3). Respondenti také zmiňují, že v kritériích a práci s klientem nemají rozdílný přístup než u jiných závislostí. Trošku jinak přistupují k člověku, který je na první pohled plačtivý, neurotický nebo agresivní. *„Pokud je člověk více plačtivý, neurotický, apod. přistupuje se k němu trošku jinak nežli k nějakému lidově řečeno buřiči.“* (respondent č. 2). Dva ze šesti respondentů uvádějí, že jim především záleží na rozkódování potřeb klienta, který k nim přichází, snaží se přihlížet k tomu, na co se klient cítí, co by chtěl vyzkoušet. *„Tak záleží na potřebě toho, kdo k nám přichází.“* (respondent č. 6).

Tazatelská otázka č. 5: *Jaké jsou fáze (kroky, etapy) jednotlivých sezení?*

Všichni z respondentů říkají, že začátek spolupráce je věnován především vzájemnému seznámení klienta se službou a pracovníka s klientem. Zjišťuje se, jaká jsou očekávání klienta, klient se dozvídá, jaké požadavky je služba schopná splnit a jaké ne. *„Prvních pár sezení, kde dochází k seznámení člověka s tou službou.“* (respondent č. 6). Dva ze šesti respondentů se po úvodním setkání věnují poradenství a stabilizaci psychického stavu. *„Na začátku probíráme takové to poradenství.“* (respondent č. 3). *„Je potřeba stabilizovat jeho psychický stav.“* (respondent č. 2). Všech šest respondentů dále pracuje na dojednávání zakázky s klientem a poté se věnují terapeutické péči. *„A následně začíná terapeutický proces, kdy mluvíme o tom konkrétním, s čím přichází.“* (respondent č. 5).

Shrnutí dílčího cíle č. 2:

Z odpovědí na tazatelské otázky spadající pod druhý dílčí cíl vyplynulo, že pět ze šesti respondentů pracují s klientem v ambulantní službě. Dále se všichni respondenti shodují na důležitosti individuální psychoterapie, kterou považují za stěžejní. Pět ze šesti respondentů výrazně doporučuje i práci ve skupinové terapii a vzájemné střídání

individuálních a skupinových sezení. Dva z šesti respondentů umožňují setkávání přímo v rámci hráčských psychoterapeutických skupin. Respondenti se shodují na názoru, že kritéria nejsou specifitější než u jiných závislostí. Jako kritérium, které vnímají vždy, berou pouze psychický stav a osobnostní naladění klienta. U jednotlivých fází práce s klientem se u všech respondentů shodují zahajovací kontakty, které jsou ve všech organizacích v zásadě stejné. U čtyř z šesti respondentů nastává rozdíl při stanovování zakázky, která je z počátku určená pro práci sociální pracovnice a následně terapeuta, apod.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit jaká pravidla jsou uplatňována při resocializaci.

Cílem třetího dílčího cíle je zjistit, jaká jsou kritéria a pravidla pro práci s klienty v resocializaci.

Tazatelská otázka č. 6: Jaká máte kritéria pro výběr klientů?

Čtyři ze šesti respondentů mají jako důležité kritérium pro přijetí nebo nepřijetí klienta stanovenou věkovou hranici 18 let. „*Věk je od 18 let.*“ (respondent č. 5). Dva ze šesti respondentů přijímají do programu doléčování klienty od 15 let. „*Osoby od 15 let.*“ (respondent č. 3). Dalším důležitým kritériem pro všechny respondenty je splňování cílové skupiny, tedy osoba závislá na alkoholu, lécích, drogách, hracích automatech. „*Pokud splňuje naše dvě důležitá kritéria, věk a problém.*“ (respondent č. 6). Pro čtyři ze šesti respondentů je kritériem pro přijetí do služby minimální abstinence tři měsíce, dále podstupená léčba, ať ústavní nebo ambulantní. „*Do doléčování musí mít splněnou léčbu a nějakou dobu abstinovat.*“ (respondent č. 3). Pro jednoho ze šesti respondentů je důležitá abstinence alespoň 14 dnů, buď svépomocí, nebo za odborné pomoci. „*Závislí na alkoholu nebo gamblingu abstinující minimálně 14 dnů.*“ (respondent č. 1). Jeden ze šesti respondentů bere v potaz místní příslušnost klienta při žádosti o službu. „*V současné době jsou klienti z Královéhradecka.*“ (respondent č. 2).

Tazatelská otázka č. 7: Jaká jsou vaše pravidla, jejichž dodržování požadujete na klientovi?

Všichni z respondentů považují za důležité základní pravidlo abstinenci, střízlivost klienta při schůzkách, dále stanovují pravidlo, aby žádný z klientů nedonášel do zařízení drogy nebo alkohol. „*Nemůže být opilý nebo pod vlivem jakékoliv látky*“ (respondent č. 3). Čtyři ze šesti respondentů považují za důležité pravidlo motivaci klienta k léčbě. Klient do těchto zařízení chodí dobrovolně, měl by být tedy do nějaké míry motivovaný. „*Určitě by*

to měl být člověk do určité míry motivovaný“ (respondent č. 5). Všichni z respondentů požadují pravidlo absence agrese, vůči pracovníkům, jak fyzické, tak verbální. *„Máme pravidlo zákazu hrubé agrese“* (respondent č. 1). Pět ze šesti respondentů požaduje pravidelnou docházku, a pokud není návštěva v dříve domluveném termínu z nějakých důvodů možná, požadují omluvu. Po opakovaném porušení může hrozit ukončení spolupráce. *„Když už řekne, že přijde, měl by přijít, ale samozřejmě se může omluvit“* (respondent č. 4). Pro dva ze šesti respondentů jsou pravidla oboustranná, kdy se oni zavazují splňovat principy anonymity, bezplatnosti a mlčenlivosti. *„Pravidla jsou oboustranná, nejsou jen na straně klientů, ale i na nás“* (respondent č. 5). Dva respondenti ze šesti považují za důležité pravidlo vysvětlit, proč si s nějakými klienty tykají a s jinými ne. *„Pokud je někdo z doléčováku na skupině, tak s tím z doléčováku si tykáme, takže občas vysvětlujeme, proč to tak je“* (respondent č. 4).

Shrnutí dílčího cíle č. 3:

Z odpovědí na otázky spadající pod třetí dílčí cíl vyplynulo, že pro čtyři ze šesti respondentů je důležitá věková hranice 18 let. Pro dva ze šesti respondentů je přijatelná hranice 15 let. Důležité kritérium pro všechny respondenty je problematika, s kterou klient přichází, musí splňovat kritéria jejich cílové skupiny. Pro čtyři ze šesti respondentů je důležitá předchozí léčba, ať ústavní nebo ambulantní a také minimálně tři měsíční abstinence. Jednomu ze šesti respondentů stačí délka abstinence minimálně čtrnáct dní. Jeden z respondentů vnímá důležitost místa, odkud klient pochází, při posuzování o poskytnutí služby nebo ne, toto kritérium má především z důvodu nízké kapacity personálu a vysoké poptávky klientely. Všichni z dotazovaných respondentů považují za podstatné pravidlo abstinence, požadují nedonášení návykových látek a alkoholu do budovy zařízení. Čtyři ze šesti respondentů stanovují jako svoje pravidlo i motivaci klienta, který do služby přichází. Všichni z respondentů důrazně odmítají jakékoliv agresivní a hrubé chování, ať fyzické nebo verbální, ze strany klienta vůči jejich osobě. Pět ze šesti respondentů požaduje pravidelnou docházku a očekává omluvu, pokud se klient nemůže dostavit.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti resocializace patologických hráčů po absolvované léčbě v České republice. Závěrečná práce měla pomoci objasnit problematiku patologického hráčství, oblastí, které ovlivňuje a služeb, které patologickým hráčům pomáhají.

Dílčích cílů a cíle hlavního bylo dosaženo, především pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Dílčích cílů a naplnění hlavního cíle jsem dosáhla pomocí vykonání rozhovorů s pracovníky různých zařízení poskytujících resocializaci patologickým hráčům. Pracovníci, kteří zodpovídali mé dotazy týkající se práce s patologickými hráči. Zjistila jsem, jaké teoretické přístupy považují za nejvhodnější pro práci s klientem v resocializaci. Také jsem zjistila, jak ovlivňuje pracovníkův výcvik v nějaké teorii jeho další práci a zda jsou ochotní kombinovat různé prvky, aby vyšli co nejvíce vstříc klientovi. Výzkumem bylo zjištěno zapojení systému klientova světa do práce s jeho opětovným začleněním. Pět ze šesti respondentů potvrdilo velký význam rodiny při práci s patologickým hráčem. Respondenti dokonce vyjádřili mínění velké potřeby zapojení práce s rodinou, protože gambleři nejsou v průběhu své závislosti schopni vést kvalitní vztahy a často mají po návratu z léčby problém se znovu nalezením důvěry u rodiny. Služby následné péče se považují za dobrý prostředek k pomoci s obnovou vztahů na kvalitní úroveň.

Výzkumná metoda polostrukturovaných rozhovorů se kterou jsem pracovala, se ukázala jako vhodná pro vybranou cílovou skupinu. Díky otevřeným odpovědím jsem respondenty nepřiváděla do úzkosti z délky odpovědí a nechala jsem je na dané téma obsáhle hovořit. Částečná strukturovanost rozhovoru mi umožnila doptávání se v nejasných pasážích, anebo v částech, kdy mi respondentova odpověď přišla stručná a nezodpověděla moji otázku. Díky metodě rozhovoru jsem navštívila několik organizací a poznala různé lidi. Osobní kontakt mi pomohl při rozkódování odpovědí, měla jsem možnost sledovat pracovníky při rozhovoru, viděla jsem, jaký je jejich způsob seznámení, vystupování, síla hlasu, barva hlasu, mohla jsem pozorovat jejich posturiku, mimiku, gestiku. Všechny tyto neverbální projevy doplňovaly rozhovor, ukazovaly pasáže, které byly pro respondenty důležité a které méně. Osobní kontakt mi vyhovoval hlavně ve chvílích, kdy došlo, podle nonverbálních projevů respondenta, k nepochopení mé otázky. Já jsem mohla doplnit otázku nějakým dovysvětlením či nějakou další jinak položenou

otázkou. V rozhovorech jsem se snažila vyvarovat sugestivních a jinak ovlivňujících otázek, které by zapříčinily možnou manipulaci odpovědí.

Teoretická část mi umožnila spojení poznatků z teorie s praxí. Teoretická část byla věnována rozboru patologického hráčství. Věnovala se vysvětlení motivací, které vedou k hráčskému chování, popisovala vznik a průběh závislosti na hře. Zajímala se o prevenci a léčbu patologického hráčství. Rozvíjela různé možnosti léčby a následné resocializace. V závěru se teoretická část věnovala především vysvětlení pojmu resocializace, službám, které umožňují resocializaci patologickým hráčům po absolvované léčbě. Veškeré předcházející teoretické poznání bylo nutné k pochopení výzkumu metodické části výzkumu. Výzkum byl navazující na teoretickou část, která vysvětlila problematiku a výzkumná část ověřuje její praktické provedení, tedy jak služby pracují s gamblery navracejícími se z léčby do běžného života.

Přínosem závěrečné práce by měl být teoretický podklad pro osoby potýkající se s problematikou patologického hráčství a pro jejich blízké. Praktická část práce by měla pomoci gamblerům, kteří hledají, co si počít po léčbě. Mohla by také pomoci k uvědomění si, že pouhá léčba nestačí a je důležité neustále si opakovat důvody, které hráče vedla k abstinenci.

Mám pocit, že patologické hráčství je ještě společností opomíjené, nebo spíše ještě není vnímáno jako závažný problém. Pro zpracování tohoto tématu jsem se rozhodla především z důvodu, že mám pocit nedostatečnosti prevence, nedostatečnosti informovanosti. Samozřejmě, že všechno souvisí se vším a je mnoho gamblerů, kteří nikdy nepřijdou do kontaktu se systémem a tím pádem společnost nemusí vnímat patologické hráčství, jako alarmující problém. Dovoluji si však říci, ze svého laického pohledu, kdy pouze procházím například městem Hradec Králové, že by gamblerství bylo stále ještě malým problémem. Potkávám totiž velké množství heren a různých loterijních kanceláří, které vydělávají na „závislých“ lidech a jejich neštěstí. „Závislí“ lidé následně zvyšují kriminalitu, zvyšují náklady na zdravotní péči, zvyšují možnou pravděpodobnost sebevraždy, snižují ekonomickou prosperitu, zapříčiňují rozpad rodin, dávají podněty k rozvoji nebankovních společností, které poskytují půjčky s lichvářským úrokem. Rozhodně nesouhlasím s názorem, aby peníze z hazardu, byly věnovány na sportovní aktivity pro mládež a tím se umlčela malá část protestující veřejnosti. Stejně jako MUDr. Karel Nešpor zastávám názor, že hazard způsobuje mnohem více problémů, než jsou výhody z něho vytěžené. Sám dr. Nešpor v publikaci „*Kolik stojí společnost hazard*“,

kteřou naspal ve spolupřáci s PhDr. Vladislavem Csěmy, říká, že i když není prozatím metodika hazardu dobře rozpracována jako problematika alkoholismu, tak i přesto odhadují výši škod působenou hazardem na 26,5 miliard Kč ročně. Tato částka je podstatně vyšší nežli daňový odvod z hazardních her. Proč jich je i nadále tolik, tomu nerozumím. Společnost se prozatím chová v tomto směru velmi iracionálně. Proto doufám, že by má práce, zaměřující se na návrat gamblera do běžného života, mohla pomoci pochopit závažnost problematiky patologického hráčství.

Shrnutí metodické části

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti resocializace patologických hráčů po absolvované léčbě v České republice.

Závěrečné shrnutí výzkumu odhalilo zjištění, že resocializace pro patologické hráče v České republice funguje. Vyhodnocení výzkumu odhalilo, že je velká provázanost mezi ambulantními službami a službami následné péče, zaměřenými na resocializaci. Často se prolínají. Tři ze šesti respondentů mají stejné klienty v následné péči i doléčování.

Možnosti resocializace jsou, ale jejich rozšířenost není celorepubliková. Jako největší problém vnímám dostupnost, často se služby následné péče nacházejí ve větších městech. Pro gamblery, kteří bydlí třeba hodinu cesty od daného města je nemyslitelná docházka několikrát do týdne. Klient je často ve finanční tísní, splácí několik dluhů a výdej peněz na jízdné i dvakrát do týdne by se stal velice záhy vysokou položkou v jeho rozpočtu. Jako další problém vnímám nízkou apelaci na klienta v ústavní léčbě, aby i nadále navštěvoval následnou péči a předcházel vzniku možného relapsu. Tento problém není samozřejmě zaviněn přístupem pracovníků, často je pouze ve vnímání uživatele, který má představu, že po absolvované léčbě se mu již nemůže nic stát a je naprosto zdrav. Výzkum zaměřený na možnosti resocializace odhalil, že resocializace je možná v ambulantní i pobytové formě. Pobytová forma může být primárně určena doléčování a resocializaci, ambulantní služby následné péče poskytují i možnost chráněného bydlení. Výzkum dále odhalil, že pracovníci často pracují s kombinací několika závislostí a málokdy se střetnou s „čistým“ gamblerem.

6. Seznam použitých studijních zdrojů

Monografie a další odborné zdroje

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 244 s. ISBN 802441354x.

BÚTORA, Martin. *Překročit svůj stín: kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví*. Vyd. 1. Překlad Lubor Pok. Praha: Avicenum, 1990, 234 s. ISBN 8020100865.

CSÉMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 8085121522.

CURRIE, Billye B. *Hazardní hráč: svádění Štěstěny: studie z jungiánské psychologie*. Vyd. 1. Překlad Štěpán Kaňa. Brno: Emitos, 2012, 99 s. Studie (Emitos), 21. sv. ISBN 9788085880687.

HUGHES, Joanna a Lisa USTOK. *První kroky z hráčské závislosti*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, 2013, 81 s. První kroky, tady začni, 10113. ISBN 9788072971176.

KOHOUT, Petr. *Jsem hazardní hráč, aneb, Zpověď gamblera*. Praha: Grada, 2000, 79 s. Zdraví, sv. 16. ISBN 8071699586.

KRAMÁŘ, Květoslav a Aleš HUŠÁK. *Herní právo*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006, 181 s. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 8086898806.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 325 s. ISBN 9788070418963.

MARHOUNOVÁ, Jana, Nešpor, Karel. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vydání. Praha: Empatie, 1995. 110 stran. ISBN 80-9016-189-8.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 331 s. ISBN 80-247-1362-4.

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 159 s. ISBN 9788026200093.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 9788073679088.

PRUNNER, Pavel. *Gamblerství, aneb, Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, 360 s. ISBN 9788073804527.

PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 273 s. ISBN 9788073800741.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014, 320 s. ISBN 9788024747484.

S., Martin. *Já, hráč: zpověď opravdového gamblera*. Praha: Daranus, 2011, 303 s. ISBN 978-80-87423-19-6.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 260 s. Andragogika. ISBN 8086432807.

VELÍMOVÁ, Š.: *Patologické hráčství a osobnost gamblera: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví, 2010, 87 l. Vedoucí diplomové práce: RNDr. Alice Prokopová, PhD.

Internetové zdroje

ARMÁDA SPÁSY. *Dům pod svahem* [online]. 5. 3. 2015 [cit. 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.armadaspasy.cz/havirov/dum-pod-svahem>

ČESKÝ INSTITUT PRO VÝZKUM ZÁVISLOSTÍ. *Doléčování patologického hráčství* [online]. 17. 3. 2013 [cit. 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.problemgambling.cz/news/dolecovani-patologickeho-hracstvi/>

KŘÍŽEK, Jaromír. *Patologické hráčství mladistvých a raně dospělých* [online]. Olomouc, 2011. 77 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, katedra psychologie. Ved. práce Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. [cit. 20. 2. 2015]. Dostupné z: https://theses.cz/id/7oon9s/diplomov_prce.pdf

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI. *Obecně o závislostech. Relaps, recidiva* [online]. 7. 12. 2010 [cit. 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/relaps--recidiva>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Resocializace* [online]. 7. 12. 2010 [cit. 28. 2. 2015]. ISSN 1214- 1089. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Vladislav. *Kolik stojí společnost hazard?* Bulletin sdružení praktických lékařů ČR. 2014, roč. 24, č. 5, s. 35- 38. ISSN 1212- 6152. Dostupné také z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha A: Záznamový arch

Příloha B: Ukázkový rozhovor s respondentem

Příloha A: Záznamový arch

Název organizace:

Jméno respondenta:

Pracovní postavení v organizaci:

1. Jakého teoretického základu využíváte při práci s klientem v resocializaci? (Psychoanalýza, systemický přístup, přístup orientovaný na úkoly, kognitivně-behaviorální teorie).
2. Jak pracujete se systémem klientova světa?
3. Jaké metody práce s klientem používáte? (forma ambulantní, terénní; práce s jednotlivcem, se skupinou, komunitou).
4. Podle jakých kritérií a jak uplatňujete jednotlivé metody práce s klientem?
5. Jaké jsou fáze (kroky, etapy) jednotlivých sezení?
6. Jaká máte kritéria pro výběr klientů?
7. Jaká jsou Vaše pravidla, jejichž plnění požadujete na klientovi? (chování, docházka..)

Příloha B: Ukázkový rozhovor s respondentem

1. Jakého teoretického základu využíváte při práci s klientem v resocializaci? (Psychoanalýza, systemický přístup, přístup orientovaný na úkoly, kognitivně-behaviorální teorie).

„Myslím, že od všeho něco, záleží jaký kdo má výcvik. Já mám SUR výcvik a rodinnou terapii výcvik. Čerpám ze svých zkušeností. U toho hráčství prvotně musíte pracovat na změně jejich chování ve smyslu peníze, že nemůžou mít v ruce, náplně volného času a až poté se řeší psychika, co se s nimi děje.“

2. Jak pracujete se systémem klientova světa?

„Určitě. Každý měsíc máme skupinu pro rodiče a blízké kam mohou chodit samostatně, nebo se mohou společně s terapeutem domluvit a mohou být rodinná sezení. Mohou přijít ke mně nebo ke garantovi, a ten si k sobě může vzít ještě někoho, aby tam nebyl sám, protože ten už má jiný vztah s tím klientem. Každý klient co sem přijde, aspoň zpočátku, dostane svého terapeuta. Na úvodním sezení se domluví jak dál, jestli klient bude docházet, v jakých intervalech bude chodit na individuály a jestli do skupiny. Domlouvá se jestli tam budou vůbec chodit nebo ne. Naše snaha je aby chodili do skupiny. Často nemají zkušenost se žádnou terapií, přijdou z ulice, herny, rodina ho donutí, nevědí, co mají od skupiny čekat.“

3. Jaké metody práce s klientem používáte? (forma ambulantní, terénní; práce s jednotlivcem, se skupinou, komunitou).

„Individuální rozhovory, skupinovou terapii, sociální poradenství, máme zkušenosti, že v tom jsou gambleři schopní, že od nás sociální pomoc nepotřebují. Umí si zařídit nějaké te konsolidace půjček zařídit sami. Bud si to řeší přímo s bankami, anebo se obrátí tady v Liberci na občanské sdružení, tam to řeší, pokud jsou to opravdu velké dluhy. Od nás je to nejčastěji terapeutická podpora, individuální rozhovory, skupina.“

4. Podle jakých kritérií a jak uplatňujete jednotlivé metody práce s klientem?

„Je to spíše na citu terapeuta, než že bysme měli řečeno, že psychopatologické rysy na skupinu nepatří. Chceme, aby co nejvíce lidí chodilo do skupiny. A když to vypadá, že by obsadil celou skupinu, je nevypovídáný, tak ho nejdříve zapojujeme více do individuálu. Ikdyž je to taky hloupost, dáme ho rovnou do skupiny, když jich je na skupině 10 tak se tam

vzájemně pohlídaj, aby si jeden nevzal půl hodiny a tím pádem nebyl prosator pro druhého a samozřejmě je tam i terapeut, který zkoriguje, aby to mělo nějaké vedení. “

5. Jaké jsou fáze (kroky, etapy) jednotlivých sezení?

„Já to dělám tak, že když přijde, tak spolu promluvíme, proč přichází, co očekává, s čím chce pomoci. Na začátku probíráme takové to poradenství, že by mu měl někdo spravovat peníze. Co bude dělat, když nebude hrát, k čemu mu to hraní sloužilo, co si tam ventiloval, co mu to uspokojovalo. Je důležitá rodina, co na to ta rodina, jestli se mu nerozpadá manželství, jestli má co jíst, jestli má kde bydlet, finance. Takový ty oblasti. Pak tyhle lidi si nejčastěji, vždycky, hnedka po týdnu, můžu přijít další týden. Intenzita je častější. Skupiny jsou jednou za 14 dní. Později to může být, že má každý týden kontakt, a pak se to rozvolňuje, můžou nakonec chodit jen na skupinu a když mají potřebu tak se mohou zase objednat. Skupina je vedená terapeutem. “

6. Jaká máte kritéria pro výběr klientů?

„Klasického hráče přijmeme ať je po léčbě nebo ne. I když je aktuálně s problémem, tak ho přijmeme, chodí k nám na individuály a poradenství, jsme v oblasti ambulantního poradenství. Zařízení ho přijme a otázka je jaký program mu dáme. Do doléčování musí mít splněnou léčbu a nějakou dobu abstinovat. “

7. Jaká jsou Vaše pravidla, jejichž plnění požadujete na klientovi? (chování, docházka..)

„Nemůže být opilý nebo pod vlivem jakékoliv látky, nemůže tu mít žádný fyzický nebo psychický nátlak. Když už řekne, že přijde, měl by přijít, ale samozřejmě se může omluvit, že je něco výjimečného.

V ambulantní skupině není zakázaný relaps, může, ale měl by o něm mluvit a sdílet se skupinou, co se to vlastně stalo, proč si myslí, že se to stalo.

Ambulantní poradenství- stavíme na změně. Chce s tím něco dělat. U pat. hráčů řešíme, jestli je to na to abychom to zvládli ambulantně. Chodí k nám třeba ambulantně, na skupinu a pak se sám rozhodne, že nastoupí na ústavní léčbu.

Pracujeme s rodinou skupiny pro rodiče, rodinná sezení.

2 skupiny- motivační, gamblerská. Osoby od 15. let. Gamblerská skupina funguje dobře, má svá pravidla, tradici, pravidelně docházejí. “