

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a prevence

Problematika nelátkových závislostí a možnosti terapie

Bakalářská práce

Autor: Klára Pekařová

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Klára Pekařová

Studium: P14P0499

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Problematika nelátkových závislostí a možnosti terapie**

Název bakalářské práce Behavioral addictions and methods of therapy

AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá způsoby léčby nelátkových závislostí se zaměřením na gambling. Teoretická část pojednává o závislostním chování a věnuje se obecné kvalifikaci nelátkových závislostí. Blíže se práce zaměřuje na problematiku patologického hráčství, jeho etiologii, prevenci a možnosti komplexní terapie. Empirická část práce mapuje faktory účinnosti terapie nelátkových závislostí. Výzkumná metoda: dotazník a polostrukturovaný rozhovor.

BLUM, Kenneth a JAY M. HOLDER. The reward deficiency syndrome: a biogenic model. Mattituck, N.Y: Amereon, 1997. ISBN 9780848821111. Crossman, J., Jamieson, J., & Henderson, L. (1987). Responses of competitive athletes to lay-offs in training: Exercise addiction or psychological relief? Journal of Sport Behavior, 10(1), 28-38. KOHOUT, Petr. Jsem hazardní hráč, aneb, Zpověď gamblera. Praha: Grada, 2000. Zdraví (Grada). ISBN 80-7169-958-6. KRATOCHVÍL, Stanislav. Skupinová psychoterapie v praxi. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-347-8. NEŠPOR, Karel. Hazardní hra jako nemoc: jak problémy rozpoznávat, jak je zvládat, jak jim předcházet. Ostrava: A. Krtilová, 1994. PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-074-1. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 22.1.2018

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne 24. 4. 2018

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, PhD., za vstřícnost, odborné vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále pak děkuji pracovníkům ambulantních center Laxus z. ú. za možnost uskutečnění výzkumu.

Anotace

Pekařová, Klára. *Problematika nelátkových závislostí a možnosti terapie*. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá způsoby léčby nelátkových závislostí se zaměřením na Gambling. Teoretická část pojednává o závislostním chování a věnuje se obecné kvalifikaci nelátkových závislostí. Blíže se práce zaměřuje na problematiku patologického hráčství, jeho etiologii, prevenci a možnosti komplexní terapie. Empirická část práce mapuje faktory účinnosti terapie nelátkových závislostí metodou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky AT ambulance.

Klíčová slova: nelátkové závislosti; bio-psycho-sociálně spirituální model závislosti; patologické hráčství, léčba

Annotation

Pekařová, Klára. *Behavioral addictions and methods of therapy*. Hradec Králové, 2018. Bachelor Degree thesis. Faculty of Education, University of Hradec. Supervisor PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

This Bachelor thesis addresses behavioural addictions and their potential treatments. The main focus is on the pathological gambling, its etiology, prevention and therapy. This semi-structure, interviews based, qualitative research, with social workers in different rehabilitation centres, explores the main factors that have an effect on a successful therapy.

Key words: behavioral addictions; biopsychosocial spiritual model; pathological gambling; therapy

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1 Multikauzální etiopatogeneze závislostí..... | 9 |
| 1.1 Závislost | 9 |
| 1.2 Nelátkové závislosti | 10 |
| 2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti..... | 12 |
| 3 Patologické hráčství | 15 |
| 3.1 Hra..... | 17 |
| 3.2 Fáze rozvoje patologického hráčství | 19 |
| 3.3 Problémy spojené s hráčskou závislostí | 21 |
| 4 Prevence a léčba patologického hráčství | 22 |
| 4.1 Postup a formy léčby | 24 |
| 4.1.1 Krátká intervence..... | 26 |
| 4.1.2 Krizová intervence u problémů s hazardem | 26 |
| 4.2 Kognitivně behaviorální terapie | 27 |
| 4.3 Terapie a rodina..... | 29 |
| 4.4 Terapeutická komunita | 30 |
| 4.5 Ambulantní léčba | 31 |
| 4.5.1 Cíle ambulantní služby | 31 |
| 4.5.2 Ambulantní centrum Laxus z. ú. | 32 |
| 5 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby patologického hráčství | 34 |
| 5.1 Cíl výzkumného šetření..... | 34 |
| 5.2 Výzkumná otázka | 34 |
| 5.3 Oblasti sledované v rámci polostrukturovaného rozhovoru | 34 |
| 5.4 Výzkumná procedura | 34 |
| 5.5 Výzkumný soubor | 35 |
| 5.6 Výsledky výzkumného šetření | 36 |
| 5.7 Souhrn | 41 |
| Závěr..... | 43 |
| Seznam použitých zdrojů | 44 |
| Seznam příloh..... | 49 |

Úvod

Problematika nelátkových, jinak také behaviorálních závislostí, se dostala do popředí všeobecného zájmu zhruba ve dvacátých letech minulého století. Původní diagnóza závislosti na psychoaktivních látkách se rozrostla o kategorii takzvané nelátkové drogy, kam můžeme zahrnout v podstatě jakoukoliv činnost nebo objekt. V dnešní době se nejčastěji mluví o závislosti na informačních technologiích. V literatuře se můžeme dočíst o vskutku různorodých závislostech od pojídání mýdla až po citové závislosti na druhém člověku. Otázkou je, kde se nachází hranice mezi běžným a nezdravým vykonáváním určité činnosti. Přestože ke stanovení diagnózy závislosti dnes existují standardizovaná kritéria a postupy, hranice je mnohdy tenká a v každém případě velmi individuální.

Dnes již existuje skupina behaviorálních závislostí, které jsou diagnosticky ukotveny v odborné literatuře včetně Medicínské klasifikace nemocí. Tyto určité druhy závislostí jsou mezi odborníky považovány za nemoc a tak se k nim přistupuje i v léčbě. Skupině závislostí pod diagnózou Návykové a kompulzivní poruchy se věnuje i tato bakalářská práce. Častým argumentem proti diagnostikování nelátkových závislostí je absence psychoaktivní látky a tedy i absence fyzických abstinčních příznaků. Tento názor mě zaujal, a proto jsem se rozhodla problematiku nelátkových závislostí prozkoumat blíže.

Úvodní část se zabývá podstatou nelátkových závislostí. Porovnává její podobnosti s látkovými závislostmi na úrovni psychických projevů. Druhá kapitola se zabývá celostním pohledem na problematiku závislostního chování, popisuje bio-psycho-sociální přístup a rozšiřuje ho o čím dál více uznávaný spirituální model závislosti. Třetí kapitola otevírá téma patologického hráčství, které je pro tuto práci stěžejní. S problematikou patologického hráčství jsem se setkala díky zaměstnání v organizaci Laxus z. ú. (dále jen Laxus) Zaujala mě rozšířenost tohoto fenoménu ve společnosti a také dalekosáhlé důsledky na život jedince. Snažila jsem se vysvětlit fáze rozvoje gamblerství od počátečních projevů až po konečné stádium závislosti, popsat oficiální diagnostická kritéria pro stanovení poruchy a také typické problémy a komplikace, se kterými se potýká patologický hráč a jeho blízké okolí. Čtvrtá kapitola je zaměřena na prevenci a léčbu patologického hráčství. Uvádí přehled dostupných forem léčby a zaměřuje se na různé terapeutické postupy. V empirické části bude provedeno výzkumné šetření u pracovníků ambulance Laxus, kteří se léčbou patologického hráčství zabývají. Cílem šetření je zmapovat faktory, které z pohledu pracovníků ovlivňují průběh terapie.

1 Multikauzální etiopatogeneze závislostí

1.1 Závislost

Základní teorii závislosti předkládá MKN – 10: „*Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého i kdy cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často tak silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u nichž se závislost nevyskytuje.*“

Drogy způsobují zásadní neurobiologické změny na mozku. Někteří jedinci jsou vůči těmto změnám citlivější a tím pádem i náchylnější k vytvoření závislosti. Její vznik závisí na souhrě mnoha okolností, od genetiky až po chabé sociální zázemí. Mauren Boyle z National Institute on Drug Abuse uvádí, že jedním z nejrizikovějších faktorů je věk. Jak se však stane, že si na určité látce nebo činnosti vypěstujeme závislost?

Diagnostikovat závislost je možné pouze tehdy, vyskytují-li se u jedince alespoň tři z těchto jevů v průběhu jednoho roku, podle Nešpora (2000) je to:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- Potíže v sebeovládání při užití látky;
- Následující tělesný odvykací stav, který je typický pro tu kterou látku;
- Průkaz tolerance k účinku látky, kdy jedinec musí zvyšovat dávky, aby dosáhl požadovaného uspokojení;
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, většinu času jedinec věnuje získávání, užívání látky a zotavování se z abstinčních příznaků;
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Stanovení diagnózy závislosti je obecně velmi problematická záležitost - Pokorný a kol. (2002) argumentují tím, že závislost se může rozvinout prakticky na čemkoliv, co nám umožní potlačit nebo uniknout před nepříjemnými pocity. Problém vzniká v okamžiku, kdy nedodržíme optimální, přiměřenou míru vykonávané činnosti nebo konzumace určité látky. Překračování ale i podceňování této hranice negativně působí na samotného jedince a osoby pohybující se v jeho blízkosti. Podle Nešpora (2011) mluvíme o závislosti tehdy, když absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní potíže. Hartl a Hartlová (2000)

popisují závislost také jako „zvláštní patologický vztah mezi organizmem a drogou, kdy dochází ke snížené schopnosti sebeovládání ve vztahu k látce nebo podnětu, které začnou posléze organizovat celý život jedince.“ Podle Nestlera (2005) se závislost manifestuje jako ztráta kontroly. „Návyková látka změnil prostředí v těle uživatele způsobem, který je mu natolik příjemný, že může vést k opakovanému užití a u méně odolných jedinců až k závislosti.“ (in Blinka 2016, s 22)

1.2 Nelátkové závislosti

Davis (2001) je jednoduše definuje jako „nezvladatelné a obtěžující chování, které významně zasahuje do osobního života a vede k problémům v práci a ve vztazích.“ (in Kuklová 2016, s 32) Diagnóza nelátkových závislostí se odvíjí od stejných kritérií jako pro drogové závislosti, jelikož patologické vykonávání nějaké činnosti vykazuje podobné symptomy. Ty se dle Pokorného a kol. (2002) promítají do lidské psychiky a ovlivňují oblast sociálních vztahů. Z toho důvodu se o některých jevech začíná hovořit jako o závislostech.

Mark Griffiths (2005) sestavil operační teorii závislosti, která obsahuje šest projevů podobných pro látkové i behaviorální závislosti. Projevy behaviorální závislosti pro větší příkladnost porovnává tabulka s teorií látkové závislosti od Nešpora. Jsou to:

| | Behaviorální závislosti Mark Griffiths | Látkové závislosti Karel Nešpor |
|-----------------------------|--|--|
| 1. Zaujetí, salience | Většinu času trávíme vykonáváním dané aktivity, stane se pro nás nejdůležitější. | Zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky. Zaměstnává nás získávání, užívání a zotavování se z účinku psychoaktivní látky. |
| 2. Změny nálady | Akutní účinek na psychiku jedince, pocity frustrace a napětí, vzrušení a úlevy. | Působení látky na fyzický a psychický stav člověka. |
| 3. Tolerance | K dosažení efektu potřebujeme více aktivity než na počátku. | Dle Nešpora (2011) se projevuje vyžadováním stále většího množství látky k dosažení stejného účinku. |
| 4. Syndrom z odnětí | Projevuje se podrážděností a náladovostí. | Abstinenci příznaky odpovídající jednotlivým drogám. |

| | | |
|--------------------|---|---|
| 5. Konflikt | Projevuje se jak v rovině interpersonální (potíže se vztahy, v zaměstnání), tak intrapsychické (pocit ztráty kontroly, výčitky svědomí) | <i>„Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“ (Nešpor 2011, s 10)</i> |
| 6. Recidiva | Návrat k původním vzorcům chování po období abstinence, kdy jedinec poměrně rychle znovu dosáhne extrémních poloh. | Potíže v sebeovládání, návrat k užívání. |

Z medicínského pohledu je vhodné nelátkové závislosti klasifikovat na (a) aktuálně uznávané, již klasifikované diagnózy, a (b) nové, dosud nezařazené poruchy. (Vacek, Vondráčková, online, 2014)

Oficiálně diagnostikované nelátkové závislosti MKN – 10 řadí mezi návykové a impulzivní poruchy a zahrnují syndrom patologického hráčství, patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie), trichotilomanie (vytrhávání vlasů) a jiné nutkavé a impulzivní poruchy, kam můžeme zařadit například kompulzivní nakupování. Mnoho nelátkových závislostí bylo definováno teprve nedávno. V MKN-10 se dále dočítáme o závislosti na sexu a na jídle, což jsou poruchy, které sice vykazují známky návykového chování, ale z hlediska diagnózy se řadí k poruchám příjmu potravy a sexuálním dysfunkcím. Závislost lze nicméně vypěstovat na jakékoliv činnosti, která přináší uspokojení. V souvislosti s rozvojem moderních (zejm. informačních) technologií, konzumní společnosti a orientací západní společnosti na výkon lze rozlišit následující kategorie: technologické závislosti (počítače, internet, hry, mobily, televize, hudba atd.), závislost na nakupování (oniomanie), sebepoškozování a závislost na práci (workoholismus). Tento fenomén významně vzrostl zejména během posledního desetiletí a dle Killingerové (1998) se od ostatních závislostí odlišuje zejména tím, že pracovitost je pozitivně sociálně hodnocena. (in Vágnerová 2008). Závislost na informačních technologiích nazývané mimo jiné jako technologické závislosti jsou v povědomí zhruba od poloviny minulého století. Závislost na internetu se v posledních letech stala aktuálním problémem napříč celou populací. Zásadní pro stanovení diagnózy závislosti je přítomnost konfliktu. Pokud čas strávený u počítače koresponduje s naší představou o životě, nelze hovořit o závislosti i kdybychom na počítači trávili většinu svého času.

Smolík (2002) uvádí základní rysy, které jsou společné pro všechny zmíněné poruchy. Jedná se především o „*obtížné odolávání impulzu vykonat určitou činnost i s vědomím negativních dopadů, protože cítíme silnou touhu po určitém prožitku, který se po vykonání činnosti dostaví. Tato touha je ilustrována silným napětím před vykonáním činu, toužíme po uspokojení a vzrušení, které se dostaví při jeho provádění, a následně si vychutnáme bezprostředního uvolnění.*“ (in Kuklová 2016, s 29)

2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Příčiny závislosti jsou vždy velmi komplexní a je zapotřebí na ně nahlížet ze širokého úhlu pohledu. Bio-psycho-sociální model nabízí celistvý pohled na jedince, jakým způsobem jsou psychologické aspekty ovlivňovány těmi biologickými a jak tento mechanismus ovlivňuje sociální oblast člověka. Jedná se o interaktivní proces, který umožňuje individuální posouzení každého jedince. Jednotlivé složky hrají pokaždé jinou roli a více či méně přispívají ke vzniku závislosti. Někdy jsou například psychologické faktory tak závažné, že již příliš nezáleží na tom, zda se jedinec nachází ve škodlivém či podpurném sociálním prostředí. DiClemente (2003) namítá, že vzhledem k širokému pojetí problematiky skrze tři zmíněné stránky je obtížné provádět intervenci, která by pokrývala všechny tři aspekty zároveň. Dále uvádí, že některé rizikové a protektivní faktory nelze změnit. (in Millerová, 2011) Díky komplexnímu pohledu na člověka však můžeme lépe pochopit celou situaci, kdy problém závislosti zasadíme do kontextu sociokulturního prostředí, ve kterém se nachází, jeho psychiky a biologické konstituce. Individuální souhra jednotlivých faktorů potom ukazuje, proč se u některých jedinců snáz vyvine návykové chování nebo závislost. Riziko vzniku závislosti se odvíjí od souhry a vlivu rizikových versus protektivních faktorů.

Biologický model

Boyle popisuje závislost jako biopsychosociální poruchu. Záleží na interakci genetiky, neurobiologie našeho těla s psychikou a sociálním prostředím. Cesta k závislosti se u každého člověka liší. Pro látkové i behaviorální závislosti je podobný ohromující vliv na zvýšení hladiny dopaminu v mozku. Díky mnohým výzkumům prováděným pomocí magnetické rezonance byla tato skutečnost ověřena i v případě návykového chování, kde závislost v mozku nezpůsobuje látková substance. Bylo tak dokázáno, že návykový potenciál mají obecně všechny zdroje nepřiměřeně velké odměny. (Černá, 2013) Postupně dochází k nerovnováze v impulzním nervovém systému, který podporuje návykové jednání. Dle Kaliny (2008) dochází

k rychlejšímu a jednoduššímu dosažení odměny, ta je po užití drogy silnější a účinnější, jelikož organismus neumí dostatečně zastavit přijímání umělé odměny. Vágnerová (2014) popisuje tento proces tak, že při užití psychoaktivní látky dojde k vytvoření pozitivní zpětné vazby – neurotransmiterový systém poskytne člověku odměnu formou dopaminu. Při přerušení přísunu drogy vede k jeho poklesu a následnému pocitu nelibosti, který stimuluje potřebu drogu znovu získat. Závislost ovlivňuje kromě dopaminu také hladinu serotoninu a noradrenalinu. Jakubec (online, 2010) se odkazuje na autory Bergh, Shaffer a Kindman, kteří vznik závislosti spojují s nedostatkem endorfinu v mozku. Autor také zmiňuje vliv serotoninu na míru spontánnosti, což se může projevit jako časté podléhání momentálním impulzům a pro člověka podléhajícího hazardní hře to může být značně rizikový faktor.

Psychický model

Mezi psychické faktory patří osobnostní vlastnosti jedince, jeho způsob uvažování nebo tendence k nezdravému emočnímu prožívání. Prunner (2008) říká, že určitý způsob prožívání a uvažování zvyšuje pravděpodobnost užití některé psychoaktivní látky. *„Nejvíce podobností v psychické konstituci člověka bylo nalezeno mezi drogovými uživateli a patologickými hráči. Osoby s těmito diagnózami také mají společnou preferenci výběru malých okamžitých odměn před většími odměnami v delším časovém horizontu.“* (Vacek, Vondráčková in Prunner, 2008) Osobnost jako soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se vytvářejí v průběhu vývoje, mají významný podíl na vzniku závislosti. Dále jsou to také dědičné faktory, dle Nešpora (2011) se část osobnosti vyvíjí na základě vrozených dispozic a druhou část své osobnosti utváří během vývoje, interakcí s okolím.

Podíl psychologických aspektů osobnosti na rozvoji návykového chování dobře ilustruje norská studie „The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality“ realizovaná katedrou psychologie na univerzitě v Bergenu. Na skupině studentů byly zkoumány predispozice k sedmi druhům návykového chování. Jednalo se o závislost na internetu, cvičení, na facebooku, mobilních telefonech, na online video hrách, studiu a kompulsivní nakupování. Výsledky studie poukazují na to, jak jednotlivé typy osobnosti inklinují k určitým typům návykového chování. (Adnreassen a kol., online, 2013). Uvedený model osobnosti („Big five“, Goldberg, 1981) podle Hřebíčkové „vysvětluje vnitřní dynamiku, motivy a fungování osobnosti jako celku.“ (Hřebíčková 2011, s 10) Costa a McCrae (in Hřebíčková 2011) jednotlivé složky pojmenovali jako otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, extroverze, přívětivost a vyrovnanost. Místo vyrovnanosti se někdy uvádí její opak,

neurotismus. Říčan (2010) vysvětluje projevy neurotismu jako sklony podléhat aktuálnímu pokušení, sklon ke stresu. Projevuje se zvýšenou zranitelností a náchylností k maladaptivnímu chování, například preferování online komunikace před přímým kontaktem, který v jedinci vyvolává úzkost. Emoční prožívání takového jedince se vyznačuje častým psychickým napětím a úzkostmi, chybí mu vnitřní pohoda, obecně se cítí nespokojený a neumí adekvátně zhodnotit situaci, ve které se nachází. (Prunner 2008) Častěji se potýká s nadměrným stresem a to i v běžných situacích, které za normálních okolností žádný mimořádný problém nepředstavují: „*Droga se stává přijatelným prostředkem řešení stresové situace, protože je poskytuje hned a bez námahy.*“ (Vágnerová 2014, s 553)

Sociální model

Ve společnosti stále panují tendence přehlížet silné vazby mezi sociální prostředím a závislostí a zatvrzele stojí za tím, že závislost je nahodilým rizikem způsobeným účinky té či oné ilegální substance. Na základě této teorie by se však závislým měl stát každý, kdo někdy okusí nelegální drogu nebo hraní na automatech. Většina lidí přesto z experimentu s drogami vyvázne bez dlouhodobé újmy nebo rozvoje závislosti a to díky fungujícím protektivním faktorům, které působí na vznik rizikového chování. Samotná přítomnost protektivního faktoru však nemusí jedince od vzniku závislosti ochránit. (Jessor et al., 2005 in Nevoralová, online, 2014) protektivní faktory definuje Šolcová (2009) jako charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukuje nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů.

Fergus a Zimmermann uvádí tyto ochranné faktory: Individuální, rodinné, školní, vrstevnické, komunita (společenství). (in Nevoralová, online, 2014) Většina uživatelů drog má schopnosti k tomu, aby fungovali v praktickém životě. Mají více či méně podpůrné prostředí, čímž mohou lépe čelit rizikům spojeným se závislostí. Naopak, když některé z podpůrných faktorů výrazně selhávají, souhra překrývajících se problémů z toho plynoucích člověku znemožňuje vyvinout úsilí ke změně, jeho situace nedává téměř žádnou motivaci k tomu, aby se vyhýbal vysoce rizikovému chování. Ve svém rozhodování tak dává přednost okamžitému užitku a nemyslí na dlouhodobé důsledky.

Spirituální rozměr závislosti

Dnes již obecně uznávaný trend z řad odborníků adiktologie. Navazuje na existenciální terapii V. E. Frankla a inspiruje se oficiálními léčebnými manuály Anonymních alkoholiků. Ti kladou důraz na duchovní rozměr závislosti. Pracuje s předpokladem, že smysluplnost života je zásadní

faktor při léčbě závislosti, která jinak vede k rozvratu duchovní dimenze člověka. (Kalina 2013) Výraz duchovní nemusí mít nutně co dočinění s náboženstvím. Anonymní gambleři tímto pojmem popisují nejvyšší kvality osobnosti, jako jsou laskavost, velkorysost, poctivost a pokora. (Anonymní gambleři, online, 2008) Bio-psycho-sociálně-spirituální model na české půdě prvně použil Kudrle v roce 2003. Tento komplexní model je dnes v různých zněních uznáván celosvětově ve snaze prohloubení celostního přístupu k problematice závislostí. Spirituální rovina se totiž dotýká zásadních oblastí lidského života, na které si člověk po cestě za uzdravením ze závislosti dříve nebo později musí do určité míry odpovědět. Existenciální rozměr závislosti se zaměřuje na úvahy o cíli a smyslu lidské existence a vlastního života. Ptá se na nalezení svobody a odpovědnosti, tvořivému přístupu k životu, přijetí sebe sama, svých možností a limitů. (Richterová, Těmínová 2007 in Kalina, 2013, s 288)

3 Patologické hráčství

Původně bylo na tento společenský problém nahlíženo jako na morální poklesek, kterého se dopouštějí slabí jedinci, neschopní odolat pokušení. Přístup k patologickému hráčství se během 20. století zásadně proměnil. Především díky diagnostickému ukotvení tohoto jevu v mezinárodní klasifikaci nemocí. Dle Millerové (2011) se tak změnil pohled na závislého jedince, který už není primárně považován za špatného člověka, ale spíše za nemocného. Odstranila se tím stigmatizace morálního úpadku a závislosti obecně se začaly pojímat spíše jako zdravotní problém. Nad otázkou, zda závislost je či není nemoc, se dodnes vedou diskuze. Někteří namítají, že ji nelze považovat za nemoc, jelikož není možné zjistit příčinu. Existují dva úhly pohledu - podle prvního je třeba vnímat závislost jako sekundární problém a důsledek primární duševní poruchy. V tom případě by se dalo říci, že člověk s emoční poruchou hraje, aby unikl od svých citových problémů. Druhý pohled naopak označuje závislost jako primární problém, který má být léčen, a hraní potom můžeme považovat za příčinu vzniku emocionální poruchy. Dnes je patrná snaha vysvětlovat příčiny jevu multifaktoriálně, což v podstatě všechny možné přístupy k problematice spojuje. Nešpor (2011) k tématu etiologie závislosti zpracoval model čtyř systémů, které jsou podle něho neustále ve vzájemné interakci a mohou působit zároveň jako podpůrný nebo rizikový faktor. Jsou to faktory, které mohou komplikovat situaci člověka, přispívat ke vzniku závislosti nebo v něm naopak zabránit.

Jedná se o:

1. **Psychický systém** (větší zranitelnost, určité osobnostní charakteristiky)
2. **Fyzický systém** (nedochází k tělesným abstinčním příznakům, přesto však můžeme říci, že hráčství ovlivňuje celkovou kondici)
3. **Rodinný systém** (rodina buď chrání, nebo situace v ní problému napomáhá)
4. **Sociální systém** (celková situace ve společnosti, zákony, prevence)

Tento model znázorňuje celkovou interakci člověka s jeho okolím, tedy s rodinou, místní komunitou, vrstevníky a zaměstnáním. Náhled na problematiku patologického hraní se čím dál více posouvá od hráče samotného k širší analýze společenských příčin a celospolečenského dopadu daného fenoménu. Díky holistickému pojetí se příčiny a důsledky patologického hraní začaly zkoumat i z hlediska veřejného zdraví. Vytváření obecných závěrů je v tomto případě značně komplikované. Přestože je hazardní hráčství považováno za celospolečenský nebezpečný fenomén, jeho dopady nejsou pro společnost tak očividné, jako například následky střelby ve škole. Při zvyšující se četnosti hazardního hraní však problém přerůstá do rozměrů, kdy již zásadním způsobem narušuje zdraví celé společnosti. (Prunner 2008)

Patologické hráčství řadíme dle MKN-10 mezi návykové a impulzivní poruchy. Jelikož tento jev splňuje základní charakteristiky závislosti, je dnes již za závislost považován. Dle Prunera (2008) se jedná o stále intenzivnější zaujetí hrou, kdy hráč neustále zvyšuje velikost sázky stejně tak, jako závislý zvyšuje dávku drogy kvůli rostoucí toleranci. Dále dochází ke ztrátě kontroly nad hrou a v konečném důsledku je rozvrácen osobní život jedince a narušeny sociální vztahy. Touha začne člověka ovládat a stává se z ní těžko kontrolovatelné bažení, návyk, nad kterým ztrácíme kontrolu. „*Návykem rozumíme mimo jiné stav, kdy jsme se vzdali perspektivy dosavadního života a droga nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne.*“ (GÖHLERT a KÜHN 2001, s 11) Další teorie uvádí, že se jedná o „*neschopnost kontrolovat impulzy či nutkání realizovat jednání, které poškozuje postiženého nebo jeho okolí.*“ (Dušek 2015, s 313)

DSM-IV stanovuje kritéria pro diagnostiku patologického hráče. Ve většině kritérií vidíme shodu s diagnózou látkových závislostí.

1. Zaujatost hraním nebo aktivitami souvisejícími s hraním, například získávání dalších finančních prostředků. (U látkových závislostí zaujatost získávání drogy)

2. Potřeba zvyšování velikosti sázek, aby bylo dosaženo příjemných pocitů napětí a vzrušení.
U látkových drog potřeba zvyšování dávky kvůli rostoucí toleranci organismu)
3. Opakované pokusy dostat hraní pod kontrolu, neschopnost hazardní hru korigovat, omezit nebo skončit. (Neschopnost korigovat množství dávky)
4. Přítomnost neklidu a podrážděnosti při omezování hraní. (U látkových drog abstinenční syndrom)
5. Hazardní hraní je používáno jako prostředek odreagování se od existujících problémů.
6. Opakovaný návrat ke hře, i přestože předcházející den došlo v souvislosti se hrou k velké finanční ztrátě.
7. Lhaní členům rodiny a dalším osobám s cílem zakrýt rozsah závislosti na hraní.
8. Výskyt nelegálních aktivit v souvislosti s potřebou získat peníze na hru (krádeže, podvody...)
9. Narušení či ztráta důležitých vztahů v okruhu svých rodinných příslušníků, přátel, pracovních kolegů. Ztráta zaměstnání, kvalifikace, kariérní pokles v důsledku hraní. (Užívání návykové látky má mít stejné důsledky)
10. Přenášení odpovědnosti za splácení dluhů vzniklých v souvislosti s hraním, spoléhání na to, že druzí pomůžou vyřešit finanční problémy, do kterých se jedinec dostal. (in Prunner 2008, s 37)

S patologickým hráčstvím je často spojován výraz hráčská vášeň. Vášni rozumíme silný citový vztah, který vzniká nezávisle na vůli člověka a nedá se ovládat rozumem. Hartlovi (2000) označují vášeň jako „*dlouhodobý cit, který významně ovlivňuje myšlení a jednání člověka. Je zdrojem energie, vytrvalosti a vůle překonávat překážky a dosáhnout cíle.*“ Prožíváme-li silnou vášeň, ztrácíme objektivní náhled na věc a naše jednání je řízeno emocemi. Nevidíme jasné signály, které mohou naznačovat vznikající problém. Meyer (1993) tuto situaci vztahuje na patologické hraní a uvádí, že jedinec se dostane do stavu, kdy ztrácí kontrolu nad trváním hry a výškou investovaných peněz. Zmiňovaná vášeň se pak projevuje hráčovým optimismem a vírou ve šťastný osud navzdory častým prohrám.

3.1 Hra

Hra v nás probouzí kreativitu, rozvíjí fantazii, přesouvá nás do fiktivního, magického světa, kde je všechno možné a kde neexistuje čas. Hra přináší uspokojení a vzrušení, protože zapomínáme na více či méně neuspokojivou realitu života. Touha po vzrušení přetrvává, jen způsob, jakým si hrajeme, se s rostoucím věkem mění. Samotná hra člověka provází celý život. Hartl a

Hartlová (2000, s 196) hru řadí mezi „základní lidské činnosti, k nimž dále patří učení a práce; u dítěte je smyslová činnost motivována především prožitky, u dospělých má hra závazná pravidla, cíl nikoliv pragmatický, ale ve hře samé.“ Hra v dětství významným způsobem ovlivňuje vývoj jedince, plní funkci přirozeného učení a je považována za jeden z nejvýznamnějších socializačních činitelů. Filosofický pohled na hru nabízí Caillios (1998, s 31) definuje ji jako „fiktivní, svobodnou, nejistou a neproduktivní činnost, která je vydělena z každodenního života a podřízena pravidlům.“ Masaryk ve své encyklopedii z roku 1927 hru popisuje jako „činnost, která se koná pro ni samu, pro libost z ní samé prýstící, která není prostředkem k nějakému vzdálenému cíli jako práce.“ Společná myšlenka těchto dvou pohledů je smysl hry v ní samé. Pedagogický pohled na hru nabízí významný český spisovatel Miloš Zapletal. Hru popisuje jako: „*aktivní, dynamický proces, zaměstnávající v menší či větší míře duševní i tělesné schopnosti, které současně cvičí a rozvíjí. Má významné místo v životě každého člověka, bez ohledu na vývojový stupeň, kterým právě prochází.*“ (Zapletal 1996, s 11) Ač se jedná o přirozenou aktivitu, s rostoucím věkem jí věnujeme méně a méně času. Vstupujeme totiž do rolí, ve kterých nám takové hraní připadá nepatřičné. Hledáme aktivity, které uspokojí naši potřebu hrát si a které jsou zároveň úměrné našemu věku a roli. Ověřené heslo „kdo si hraje, nezlobí“ realizovali Římané formou organizované zábavy v podobě nejrůznějších her pro veřejnost. Tento na první pohled velkorysý počin měl však zásadní politický rozměr, jelikož zabavení občanů v jejich volném čase zajišťovalo stabilitu a bezpečnost státu. Zabezpečení možnosti co nejpřitažlivější zábavy bylo dle autora „*ekonomicky méně nákladné ve srovnání s případnými výdaji na řešení skutečných problémů svobodného římského lidu.*“ (Prunner 2008, s 15) Lidé si svým způsobem hrají celý život. I v dospělosti nás stejně jako v dětství přitahuje myšlenka úniku z nezajímavé reality. Při zaujetí hrou zapomínáme na starosti denního života a přesouváme se do světa, ve kterém si vše můžeme vyzkoušet „nanečisto“. Tuto myšlenku realizujeme dle Frouzové (in Kalina 2013) například pomocí hry. Autorka však upozorňuje na to, že v hazardní hře je přítomna realita skutečného života, která se projevuje v negativních důsledcích hry, například ztrátou peněz a času. Hráč si to neuvědomuje a dostává se tak do začarovaného kruhu. Žádoucí, zdánlivě pozitivní účinky takové hry mohou fungovat jako nevhodná kopingová strategie, jedinec utíká od problémů do hry, která mu zároveň zlepšuje náladu a přináší vzrušení. (Prev-centrum, online, 2017)

3.2 Fáze rozvoje patologického hráčství

Smolík (1996) charakterizuje patologické hráčství jako časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení. Pokud tedy považujeme patologické hráčství za nemoc, můžeme říci, že se jedná o nemoc progresivní, jejíž průběh spočívá v několika fázích. Nešpor (2011) udává 1 až 3 roky, kdy dojde k plnému rozvinutí závislosti. Cesta k ní může být velmi nenápadná a různá. Dle studie ESPAD uvedlo 11,3 % dotázaných, že občas hraje nebo někdy v životě hrálo na výherních automatech. Podle Národního výzkumu užívání návykových látek z roku 2012 má celoživotní zkušenost s hraním sázkových her asi 60 % populace ve věku 15-64 let. (Maierová a kol., online, 2014) Ne každý, kdo vyzkouší herní automaty, dokáže znechuceně odejít po první prohře. Vzájemná interakce různých okolností může „hrát do karet“ tomu, že se člověk vrátí a zkusí to znovu. Třeba proto, že mu v hlavě utkvěl pocit uvolnění stresu, když si poprvé zahrál. Košatecká k tomu dodává, že: *„Rizikem vzniku závislosti je často opakovaná zkušenost, která spojuje hrací aktivitu s uvolněním úzkosti, odbouráním stresu, eliminací pocitu prázdnoty nebo s dosažením euforického prožitku. A je jedno, jestli sážete na koně, strkáte peníze do automatu nebo hrajete online hry.“* (online, 2014) Hráčské aktivity mají mnoho podob, všechny spojuje podobný princip: vidina zisku, která je z větší míry založena na náhodě. Díky tomu se dostávají již zmíněné pocity euforie, napětí a následného uvolnění. Rozvoj patologického hráčství bývá popisován ve třech fázích, dle Meyera a jeho spolupracovníků (1993) je to:

- 1. Fáze „vítězné stadium“:** Období prvních výher, které člověku zvednou sebevědomí, dodají energii a pocit kontroly nad danou situací. Výhry připisuje svým schopnostem. Ze světa plného problémů, kde se nám nedaří, se najednou dostáváme do prostředí, ve kterém zažíváme úspěch. Prunner (2008) k tomu dodává, že ve chvíli, kdy hraní začne ovlivňovat naši náladu, chceme se k ní přirozeně vracet a začneme dávat hře přednost před ostatními aktivitami a lidmi.
- 2. Fáze prohry:** Prohrané peníze chce hráč získat zpět, a tak hraje častěji a zvyšuje sázky. Zároveň začne vědomě lhát o ztracených penězích a slibovat, ač ví, že daný slib nedodrží. Pokorný a kol. (2002) popisuje vznik ambivalentního vztahu k penězům. Hráč si racionalizuje důvody, proč hraje. Přesvědčuje sebe a své okolí, že je to kvůli výhře a ne

kvůli tomu, že je na hře závislý. Peníze mu však docházejí a začíná uvažovat o nelegálních cestách, jak je opět získat.

- 3. Fáze zoufalství:** „*Dostávají se stavy úzkosti, deprese, pocity viny, beznaděje, sebevražedné myšlenky.*“ (Meyer in Maierová a kol., online, 2013) Hráč se nejrůznějšími podvody snaží přijít k penězům, okrádá i rodinu. Za svoje problémy často viní druhé. Na sociální úrovni dochází k úpadku vztahů a rodinných vazeb, hráč ztrácí důvěru blízkých, okolí ho odsuzuje. Veškerý čas věnuje hraní, utíká tím od reality, ve které na něho čekají závažné problémy, způsobené hraním - exekuce, soudní řízení, rozvod apod. Přes to všechno pokračuje v hraní, je schopný prohrát miliony korun v majetku. Při pokusech s hraním přestat se dostavuje úzkost a neklid, hráč často utíká k jiným drogám, nejčastěji k alkoholu.

Kraus a Hroncová (2010) řadí závažnost patologického hráčství na stupnici o pěti úrovních, která začíná nultou úrovní, kdy nedochází k žádnému provozování hry. O stupeň výš se nachází hraní rekreační, které nepřináší negativní dopady na život hráče. Následuje problémové hraní a jak je z názvu patrné, hraní v tuto chvíli nějakým způsobem komplikuje život člověka. Další úroveň již splňuje diagnostická kritéria pro patologické hraní. Problém výrazným způsobem zasahuje do života. Poslední úroveň autoři popisují jako: „*hraní motivované potřebou hledat řešení již existujících problémů spojených s patologickým hraním a to bez ohledu na soustavné prodlužování vzniklých nesnází.*“ (2010, s 171)

Látkové a nelátkové závislosti odlišuje jejich objekt, u látkových se jedná o psychoaktivní drogu, která působí na náš organismus. U nelátkových závislostí neboli závislostí na procesech je objektem určitá činnost. V obou případech však dochází k podobné reakci na úrovni neurobiologie mozku. Probíhající neurobiologické výzkumy stále přesvědčivěji dokazují zásadní vliv dopaminového odměňujícího systému na vliv závislostí. Nejen psychoaktivní drogy, ale i smyslové percepce (krása) a chování (hraní) mají obdobný stimulující vliv na tento systém. (Ingram 1998, in Kalina)

Jedná se o období počátečních hráčských úspěchů a výher, které tento systém stimuluje. Zároveň způsobují známé bludy, kterým hráč uvěří. Nešpor (1994) pojednává o těchto iluzích: **Iluze rychlého zbohatnutí:** hráč je přesvědčen, že nabyde velkého bohatství, výhra je však paradoxně to nejhorší, co se mu může stát. „*Je zhruba tím, co infekce pro otevřenou ránu. Po velkých výhrách přicházejí ještě větší prohry.*“ (Nešpor 1994, s 34) **Iluze o zajímavosti hry:** autor označuje chorobné hraní za namáhavou a jednotvárnou práci, která nabízí pouze

krátkozraké řešení. **Iluze o navrácení peněz, tzv. blud pojišťovny:** hráč spoléhá na to, že prohrané peníze vyhraje zpět, neuvědomuje si, že nenávratně zmizely. Pokud by je přece jen získal zpět další výhrou, pouze by to prohloubilo chorobné hráčství. **Iluze úniku od problémů:** problémy díky hraní nemizí, naopak v důsledku hraní spíše narůstají.

3.3 Problémy spojené s hráčskou závislostí

Maierová a kol. (2014) došli k závěru, že patologické hraní způsobuje vážné následky, které se týkají mnoha oblastí lidského života. Hráč v důsledku nadměrného zaujetí hrou celkově zanedbává svoje zdraví. Životní styl hráče nepříznivě ovlivňuje mezilidské vztahy, ekonomickou situaci a jeho psychické zdraví. Častá je psychiatrická komorbidita, například užívání návykových látek. Hráč se dostává do bludného kruhu, ve kterém jedna špatnost posiluje druhou. Nešpor poukazuje na obzvlášť nebezpečnou kombinaci hraní a užívání pervitinu, který *„ještě více než alkohol podněcuje k neopatrnému a ukvapenému jednání.“* (Nešpor 2006, s 25) Hráč je dlouhodobě ve stresu, když například hraje za peníze určené k zaplacení alimentů. Takový stres označujeme jako chronický a pro zdraví škodlivý. Stres dělíme podle pole působení na psychický, fyzický a podle délky působení na akutní a chronický. *„Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi intenzitou stresogenní situace a schopnostmi danou situaci zvládnout. O stresu hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“* (Křivohlavý, 2003. Str. 170, 171) C. Levi ve své teorii psychosociálního stresu popisuje zdravotní důsledky chronického stresu. Podle něho má dlouhodobý stres zásadní vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém. Změny, které způsobuje, mohou vést ke vzniku nemocí a nepřímo i k nezdravému životnímu stylu. Chronický stres znamená nadměrnou zátěž pro lidský organizmus, z dlouhodobého hlediska může způsobovat například hypertenzi, vředové choroby, poruchy spánku, svalové napětí a v neposlední řadě také nádorová onemocnění. (Chrápavá, 2009, online) Zdravotní problémy spojené s patologickým hráčstvím se často projevují celkovým chřadnutím pohybového aparátu v důsledku dlouhého stání v hernách a zanedbávání přirozeného pohybu. Na úrovni psychiky nezdědka nastupují deprese, úzkosti, neurózy a suicidální myšlenky i pokusy. Jelikož se ale jedná o subjektivní projevy potíží, je poněkud obtížné prokázat kauzální souvislost s hazardním hraním. (Roznerová, Mravčík, online, 2015)

Problémy spojené s hazardním hraním se zásadním způsobem projevují na úrovni rodiny. Co se týče vztahů, často dochází k jejich zanedbávání ze strany hráče, což způsobuje odcizení. Vzniklé finanční problémy zase podkopávají důvěru a mnohdy přivádí rodinu do hmotné nouze. Korman a spol., 2008 in Nešpor 2001 uvádějí, že pachateli domácího násilí jsou častěji patologičtí hráči. „*Manželky patologických hráčů se často izolují od okolí, protože se za tento problém v rodině stydí.*“ (Nešpor 2001, s 20) Říká se, že každý gambler svým hraním ovlivňuje minimálně 10 lidí ve svém blízkém okolí. Hráčská závislost s sebou prokazatelně přináší řadu negativních důsledků. Přesto však není dle Prunnera (2008) možné zaujímat jednoznačná stanoviska. Jednak proto, že je komplikované odlišit příčiny od důsledků hraní a také proto, že stále chybí relevantní a dostatečně obsáhlé výzkumy. Data o rodinných problémech, zločinech a sebevraždách neobsahují příčinné souvislosti, nemohou být tedy spojovány s patologickým hráčstvím. I přesto jsou oblasti, u kterých je možné sledovat negativní dopad gamblingu na život jedince a jeho blízkých. Takového člověka „*závislost zpravidla přivádí do tělesné, psychické a sociální bídy a vede často k předčasné smrti.... Ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí.*“ (Rahn a Mahnkopf 2000 in Vágnerová 2008, s 547)

4 Prevence a léčba patologického hráčství

Patologické hráčství provází rizikové faktory, které se v mnohém podobají látkovým závislostem a to včetně biologického základu závislosti. Jelikož se jedná o celospolečenský problém, úplné odstranění problému nelze očekávat. Gambling zasahuje různé roviny lidského života, je tedy za potřebí se v preventivních aktivitách zaměřit na rizikové chování obecně, intervenci zaměřit na mládež a posílení rodiny.

Preventivní opatření dělí Williams a kol. (2014) do dvou kategorií: osvětové aktivity a regulační opatření. Osvětovými aktivitami se rozumí široká škála vzdělávacích kampaní, jejichž cílem je šířit povědomí o návykové povaze patologického hráčství a upozorňovat na rizika, která s sebou tento jev přináší. Dalším cílem je poskytnutí informací o dostupné pomoci, například o léčebných zařízeních nebo nonstop linkách důvěry. V neposlední řadě je důležitá snaha „*vyvrátit časté hráčské omyly, například předáním informací o skutečné matematické pravděpodobnosti výhry u různých hazardních činnostech.*“ (Williams a kol., online, 2014) Vzdělávací osvětové kampaně jsou iniciovány vládním zařízením zdravotní a sociální péče a

jsou realizovány formou různých veřejných sdělení, plakátů nebo nápisů na hazardních produktech.

Politické iniciativy přistupují k prevenci patologického hráčství pomocí regulačních mechanismů, které probíhají ve třech úrovních: omezení obecné dostupnosti hazardu; omezení osob, které mohou hrát a omezení způsobu poskytování hazardu. Omezením dostupnosti hazardu se rozumí například regulace množství kasin v zemi. Williams a kol. (2014) Mnohé studie dokazují, že zavedení kasin bylo provázeno zvýšením problémového hráčství a problémů s tím spojených (bankrot, sebevraždy). Tato omezení obsahuje zákon č. 186/2016 Sb. o hazardních hrách, jehož aktuální novela z roku 2018 uvádí v platnost nová pravidla pro provozovatele hazardních her a týká se i hráčů samotných. Vzniká povinnost registrace hráče, to má fungovat jako sebeomezující opatření, podmínkou je ověření totožnosti a věku, registrace je nepřenosná. V budoucnu by měl tento rejstřík obsahovat seznam vyloučených lidí, kteří nebudou smět hrát, protože se nacházejí v osobním bankrotu nebo hmotné nouzi. Zákon dále upravuje výskyt hracích automatů, není již možné je provozovat v restauracích a hospodách. Bývalý ministr financí Ondřej Závodský v rozhovoru pro server Týden.cz řekl, že „z původních 6100 provozoven, jich teď máme 3800. Věřím, že do léta se jejich počet sníží na 2500, do konce příštího roku pak na 2000. Pro mě je zásadní, že z toho původního počtu provozoven půjdeme na třetinu.“ (ČTK, online, 2017) Zbylé provozovny budou muset vlastnit licenci k provozu kasina, ve kterém musí navíc být alespoň 15 hracích automatů. Cílem tohoto zákona je znesnadnit hráčům přístup k hazardním hrám a zároveň zamezit prohlubování problémů s financemi. Hráči se totiž velmi často propadají v takzvané dluhové spirále, mnohdy přijdou o veškeré finanční prostředky. Těmto situacím by nový zákon měl zabránit.

Přechod z posledního stádia gamblerství k léčbě bývá zdlouhavý, může trvat i několik let. Impulz většinou přichází z okolí, od rodiny či zaměstnavatele. (Jakubec, online, 2010) Autoři Maierová, Charvát a Miovský (2014) zkoumali průběh a následky hráčských kariér u mužských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích s diagnózou patologické hráčství, za účelem zmapování jednotlivých fází této závislosti a jejích dopadů na klíčové oblasti života hráče a využití těchto poznatků v diagnostice a následné léčbě pacientů. Studie se zúčastnilo 139 mužů hospitalizovaných v léčebnách v České republice s diagnózou F 63.0 patologické hráčství. Výzkum byl realizován dotazníkem SOGS a polostrukturovaným rozhovorem. Výsledky ukazují, že „první problémy se objevily do jednoho roku u 31 účastníků, za 2–3 roky u 26 účastníků, za 4–5 let u 22 účastníků, za 6–7 let u 16 účastníků, za 8–9 let u 14 účastníků;

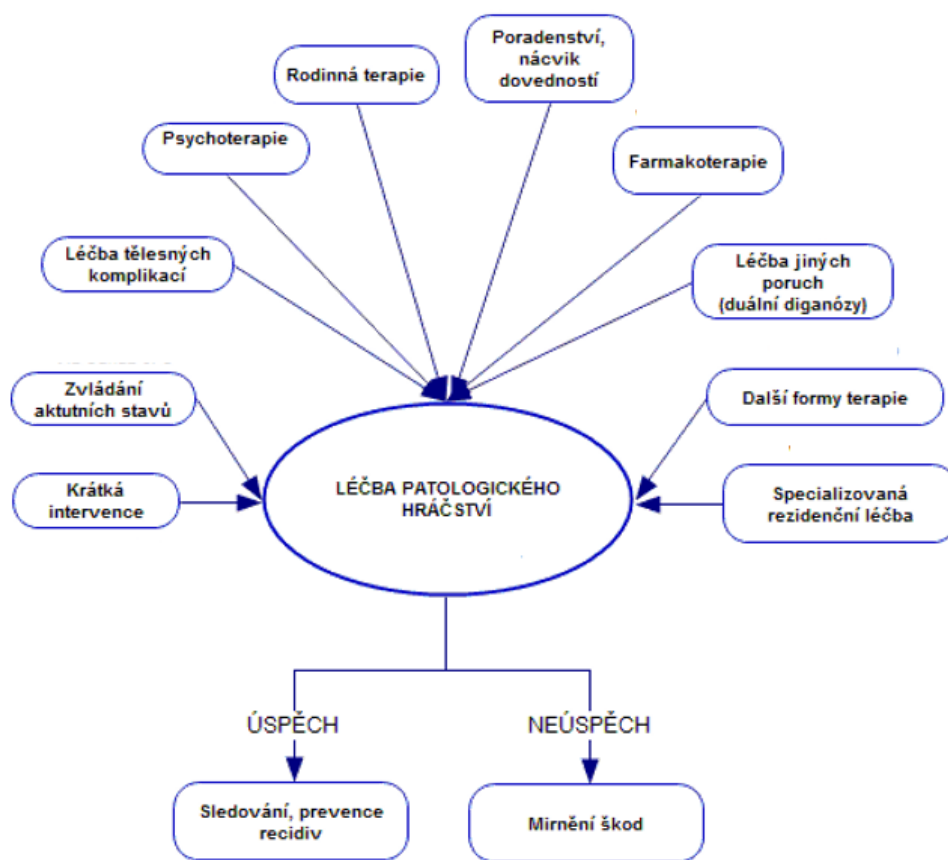
nad 10 let u 30 účastníků. Po nástupu problémů trvalo v průměru ještě přibližně čtyři roky, než se účastníci odhodlali k léčbě.“ (Maierová a kol, online, 2014) Časový rozptyl u této informace byl ale značně široký.

Jak již bylo zmíněno, patologické hráčství řadíme mezi návykové a impulzivní poruchy pod diagnózou F63. Podle definice MKN-10 se jedná o závislost pouze v případě užívání psychoaktivní látky. Diagnózy z kategorie F63 však sdílejí s látkovými závislostmi nápadně podobné charakteristiky. Aktuální pátá revize diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) Americké psychiatrické asociace shrnuje všechny jevy do kategorie *užívání drog a závislostní chování*. Připravovaná pracovní 11. verze Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje novou samostatnou kategorii behaviorálních závislostí. Co se týče léčby behaviorálních závislostí, používají se podobné postupy jako při léčbě látkových závislostí. Léčba behaviorálních závislostí se od terapie látkových závislostí zásadně liší ve stanovení cíle léčby. Behaviorální závislosti se totiž mnohdy týkají běžně vykonávaných činností, jako je stravování, sex nebo používání internetu. Nelze je tedy stoprocentně vytěsnit z každodenního života člověka. V terapii se spíše než na abstinenci soustředíme na takzvané kontrolované užívání. Vacek, Vondráčková, 2014, online) autoři však zároveň upozorňují, že tento přístup není možné používat univerzálně, u někoho může způsobovat komplikace v procesu uzdravování. Pro takového člověka bude jediným vhodným řešením vzdát se dané činnosti úplně. Vyhýbat se pokusem v podobě rizikových internetových stránek, konkrétního jídla apod.

4.1 Postup a formy léčby

Léčebný postup patologického hráčství se může podobat odvykání závislosti na alkoholu. Důraz je kladen na režimovou a psychoterapeutickou léčbu. Vždy je nutné kontaktovat psychologa, psychiatra nebo psychoterapeuta (Nešpor, 2006). Před stanovením vhodné léčby se nejprve posuzuje zdravotní stav klienta, a zda se skutečně jedná o diagnózu patologické hráčství. Následně se pomocí dotazníků zjišťují motivace klienta k léčbě. Během podrobného vyšetření klienta se formuluje problém a stanovuje se cíl. Na základě cíle se plánují terapeutické kroky jak vystoupit z bludného kruhu a oněch cílů dosáhnout. V rámci terapie se pracuje na plánování konkrétních aktivit klienta, které smysluplně naplní čas a povedou ke změně životního stylu. „*Velice důležité je pracovat na zdravém sebevědomí, sociálních dovednostech a v neposlední řadě je nezbytná práce s rodinou.*“ (Svobodová 2011, s 23)

Možné formy léčby patologického hráčství ilustruje obrázek 1.



Obrázek 1: (Zdroj: Nešpor, K. Syndromy závislosti a patologického hráčství. Dostupný z WWW: www.drnespor.eu/_PoVs4.doc)

Nešpor (2003) přehledně shrnuje nejčastěji používané způsoby léčby závislostí, některé z nich je možné uplatnit i v léčbě patologického hráčství. Vzhledem k okolnostem tato léčba probíhá buď ambulantní, nebo ústavní formou. Rozhodujícím kritériem pro zvolení formy léčby bývá kvalita sociálního zázemí a posouzení psychického stavu. Ústavní léčba je vhodná po sebevražedných pokusech a v případě, že „*klient není schopen svoji situaci stabilizovat při ambulantní léčbě, patologické hráčství komplikuje výrazná depresivní symptomatologie...způsob života klienta nebo prostředí, kde se pohybuje, znesnadňuje či znemožňuje ambulantní léčbu.*“ (Nešpor 2011, s 32) V léčebné praxi se používají tyto způsoby léčby: práce s motivací; psychoterapie individuální, skupinová, rodinná, manželská; dále poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní), nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností; intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, jak pečovat o

sebe; vhodné jsou relaxační techniky, cvičení, arteterapie a jiné nefarmakologické způsoby zvládnání stresu; prevence recidiv a jejich případné zvládnání; v případě závažných psychických stavů nebo přítomnosti duální diagnózy může být vhodná farmakologická léčba; aktivní členství ve svépomocných organizacích a pobyt v terapeutické komunitě. (Svobodová 2011)

4.1.1 Krátká intervence

Časově méně náročná a vhodná v případě, že klient jinou formu léčby odmítá. Při krátké intervenci se posuzuje stav klienta a míra nebezpečí, které mu hrozí, co se týče vzniklých komplikací například ohledně financí. Zkoumají se podněty, které vyvolávají bažení po hazardu, a posiluje se motivace. Klientovi se předají informace o vhodné specializované léčbě, případně se mu zprostředkuje první návštěva ideálně za doprovodu, čímž se zvýší pravděpodobnost, že klient se k léčbě skutečně dostaví. (Nešpor 2011) Tato možnost existuje za předpokladu, že rodina o problému ví. I toto je důležité téma intervence, hovořit s klientem o zapojení rodiny do léčebného procesu. Během krátké intervence je vhodné stanovit praktické kroky, které by klient ve vlastním zájmu měl dodržovat. Proto je důležité pracovat na posilování motivace například zdůrazňováním výhod abstinence.

Ve Vnitřním řádu (2010) psychiatrické léčebny Bohnice jsou stanoveny následné kroky intervence pro patologické hráče:

1. Přiznat si problém
2. Vyhnout se hazardním hrám i prostředím, kde se hazard provozuje
3. Nenosit u sebe větší částky
4. Používat svépomocnou příručku
5. Nalézt střední míru zátěže (nenudit se, nevyčerpat se)
6. Posilovat motivace (vnímat zlé důsledky hazardu, výhody abstinence)
7. Znat linky telefonické pomoci

4.1.2 Krizová intervence u problémů s hazardem

Činnost zaměřená na okamžitou pomoc v krizi. Může probíhat formou osobního setkání, telefonického kontaktu nebo krátkodobé hospitalizace. Cílem krizové intervence je uklidnit klienta a stabilizovat jeho stav, který byl narušen kritickou životní událostí. (Pavlišta 2011) Jedná se o praktickou pomoc zaměřenou na řešení aktuálních naléhavých problémů.

Špatenková (2017) tuto formu pomoci popisuje jako omezený terapeutický kontakt, zaměřený na řešení aktuálního problému. Řešením krize dojde k eliminaci jejích akutních příznaků a obnovení psychické rovnováhy. Krizová intervence u patologických hráčů ale i u lidí, kteří prohráli velkou částku peněz, se často může týkat tématu sebevraždy. Norská studie Rossowé a Hansenové (2008) z institutu SIRIUS poukazuje na vysokou prevalenci sebevraždnosti u problémových hráčů. „*V porovnání s ostatními se sebevražedné chování u patologických hráčů vyskytuje v souvislosti s psychickými problémy, alkoholem nebo drogami, vztahovými problémy a finančními problémy.*“ (Verosta 2011) V případě, že u hráče dojde k pokusu o sebevraždu, projevují se u něho závažné depresivní stavy nebo je nebezpečný sobě a okolí a ambulantní léčba by byla nedostačující, přistupuje se ke specializované rezidenční léčbě. (Svobodová 2011)

Léčba nejen látkových závislostí je pojímána multifaktoriálně, v duchu mnoha terapeutických a poradenských směrů. Systém terapie se zakládá jednak na zkušenostech terapeuta a jeho výcviku, ale především na specifikách klienta, nikoliv problému. Jedná se o klíčový bod takzvané moderní prevence, kdy se spíše než na problém zaměřujeme na samotného člověka jako na individuum s vlastními potřebami. Co se týče konkrétních terapeutických systémů, v adiktologii můžeme pracovat například s behaviorálními přístupy, psychoanalytickými teoriemi, s terapií posilující motivaci, formou individuální či skupinové terapie. (Kalina 2013) Pro příklad si dále stručně popíšeme kognitivně behaviorální terapii a obecné principy terapeutických komunit.

4.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie, dále jen KBT, považuje závislost za naučené chování, ke kterému se člověk vrací kvůli pozitivním účinkům, které taková činnost přináší. V našem případě se jedná o naučené maladaptivní vzorce chování a myšlení, kterými se jedinec vyrovnává s neuspokojivou realitou. Závislost funguje jako strategie zvládnání problémů každodenního života. Jako pozitivní účinky oněch vzorců zmiňuje Kuklová (2016) například euforii, útěk od napětí, úzkosti a získání vyššího sebevědomí. KBT vychází z teorie behaviorismu a tedy z předpokladu, že jakékoliv lidské chování vzniká jako výsledek procesu učení. To probíhá klasickým podmiňováním, kdy původně neutrální podnět po čase vyvolá přirozenou reakci. Důležitou roli v procesu učení hraje takzvané sociální učení, které probíhá pozorováním a napodobováním. Palán (2002) sociální učení popisuje jako „*Proces osvojování si sociálních norem příslušné společnosti, sociálních dovedností a návyků, postojů a dispozic k sociálním rolím i dotváření osobnostních rysů.*“ (online, 2002) Problémoví hráči v mnoha

studiích uvádějí souvislost mezi „*vysokou mírou hraní hazardních her a škodlivého hráčství mezi příslušníky své rodiny.*“ (Suurvali, Hodgins et Cunningham, online, 2013) Sociální učení probíhá ve velké míře v rodině, která tak působí buď jako protektivní nebo naopak rizikový faktor v rozvoji problémového hráčství. Naučené chování lze stejně tak procesem učení změnit nebo úplně eliminovat. Podmíněné reakce dokázali v první polovině 20. století pomocí mnohých nechvalně známých experimentů vědci jako například I. P. Pavlov a Watson. KBT bere v potaz biopsychosociální model, biologické faktory však považuje za trvalé a neměnné. Sociální faktory autorka nazývá jako situační a zmiňuje jejich vliv na proces učení. Dle KBT člověk používá ke každodenní interpretaci reality svoje osobní konstrukty, jakési šablony a schémata, které vznikaly v průběhu života. Na základě těchto zkušeností vytváříme obrazy situací, se kterými se setkáváme. Podle Kaliny (2013) tyto vnitřní obrazy zásadně ovlivňují naše chování a řídí aktivity našeho organismu. „*Terapie se cíleně zaměřuje na odkrývání a přepracování destruktivních kognitivních schémat, tak jak jsou nyní přítomna, počínaje těmi, která se objevují v dané obtížné situaci a jsou nejpřístupnější.*“ (Kalina 2013, s 236) Potíže jedince tedy vězí nejen ve škodlivých vzorcích chování (behaviorální složka), ale i v osobních přesvědčeních (kognitivní složka), které tyto vzorce v podstatě vytvářejí. Během terapie klient s terapeutem pracují na nabourání těchto škodlivých schémat racionálním zpracováním, poznáváním reality. Dále společně vytvoří schéma nové, které mu pomůže změnit jeho dysfunkční chování.

Proces kognitivně behaviorální terapie je časově omezený a strukturovaný, založený na aktivní spolupráci. Předpokládá direktivní přístup terapeuta, aktivní zapojení klienta v průběhu procesu a jeho sebevýchovu po skončení terapie. Cílem terapie je samostatnost klienta. (Kalina 2013) Zaměřuje se především na přítomnost tím, že řeší jasně definované, konkrétní problémy. Bere v potaz historii a původ jejich vzniku, vždy se však vztahuje zpátky k řešení momentální situace. Pracuje s pozorovatelným chováním, „*...zaměřuje se především na čtyři složky lidské psychiky, a to na myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování.*“ (Pešek a kol. 2013, s 16)

V praxi se uskuteční vstupní vyšetření klienta, během kterého se mluví o konkrétním problému a o mechanismu, který ho udržuje v chodu - podle Kuklové (2016) tzv. „udržovací chování.“ Autorka toto chování vysvětluje tím, že funguje jako vyhýbavé pro člověka, který se potýká s nedostatkem určitých schopností komunikovat, racionálně řešit problémy nebo zadržuje nezpracované silné negativní emoce. „*Zabezpečovacím a vlastně také vyhýbavým chováním je*

velmi často právě konzumace různých návykových látek.“ (2016, s 39) Mezi techniky kognitivně behaviorální terapie řadíme rozhovor, sebeuposuzování (dotazníky, škály), informace od druhých lidí, hraní rolí a přímé pozorování. Klient pracuje na změně negativních přesvědčení pomocí techniky kognitivní restrukturalizace spočívající ve čtyřech krocích. Pražko a Možný (2007) vysvětlují daný postup takto - Nejprve je za potřebí vyslovení automatických myšlenek, které se následně takzvaným sokratovským zkoumáním zpochybňují, ověřuje se jejich skutečná platnost. Klient vytváří seznam pro a proti pravdivosti svých negativních přesvědčení. Následně se snaží vytvořit myšlenky vyváženější, podpůrné. Ve čtvrtém kroku se testuje přesvědčivost nově vytvořené myšlenky. Kuklová tento proces považuje za stěžejní, jelikož *„když se klient na sebe a tím i na situace naučí nahlížet pozitivněji, prožívá je následně výrazně lépe také emočně.*“ (2016, s 86) Další důležitou metodou pro klienty se závislostním chováním považuje Kuklová (2016) plánování v dlouhodobém horizontu, které slouží k udržení motivace a jasného cíle, ke kterému klient směřuje.

4.3 Terapie a rodina

V úvodu této kapitoly jsme zmiňovali skutečnost, že většina problémových hráčů vyhledá odbornou pomoc až z iniciativy jeho rodiny nebo člověka z jeho okolí. Málokdy tento krok učiní sám, z vlastního popudu. (Suurvali, Hodgins et Cunningham, online, 2013) Účast rodiny, přátel, pokud mohou působit jako podpůrný systém, je tedy velmi cenná. V případě, že by postoje lidí z okolí hráče měly v léčbě bránit, může k řešení přispět vytvoření podpůrných vztahů v rámci organizací, jako jsou například Anonymní gambleři. Ta vznikla po vzoru organizace Anonymních alkoholiků v USA, v České republice fungují relativně krátce, od roku 2008, kdy toto společenství začalo fungovat pod vedením samostatných gamblerů, nezávisle na psychiatrických léčebnách. Na půdě zdravotnických zařízení to byl především MUDr. Karel Nešpor, který na půdě psychiatrické léčebny v Bohnicích založil samostatnou podpůrnou skupinu pro gamblery. (Anonymní gambleři, online, 2008)

Patologické hráčství je komplexní záležitost, dotýkající se celé rodiny včetně blízkého okolí hráče. V tomto kontextu by se také mělo přistupovat v léčbě jako k rodinnému problému. Je zapotřebí zapojit do léčebného procesu blízké osoby, jelikož jsou součástí častých rodinných konfliktů, které s sebou přináší problémové hraní. Pociťují dopady na úrovni vztahové, zhoršené finanční situace a jsou vystaveni značnému stresu. Nešpor (2011) popisuje typické problémy, které se vyskytují v rodině problémového hráče, jsou jimi pocity stigmatizace, existenční problémy, domácí násilí, špatná komunikace a odcizení a v neposlední řadě také

neurotická symptomatologie u příbuzných. Z těchto důvodů je spolupráce rodiny zásadní, patologické hráčství je v každém případě vhodné považovat za rodinný problém. (McComb a spol., 2009) Zapojení partnera, rodiny nebo jiné blízké osoby může působit jako pozitivní motivace. Taková terapie může dle Nešpora (2011) probíhat ve třech fázích, jsou jimi:

1. **Kritické stadium:** rodina uznává patologické hráčství jako nemoc, se kterou je ochotna pracovat, vyhledává pomoc.
2. **Stadium obnovy:** vznikají realistické plány na řešení problémů, roste sebedůvěra a zmírňuje se izolace členů rodiny.
3. **Stadium růstu:** pokud je terapie úspěšná, obnovuje se důvěra mezi partnery a radost z úspěchu.

Účast partnerů v terapii má důležité praktické výhody co se týče nakládání s financemi. Je na místě, aby veškeré finanční operace byly přenechány v rukou partnera a to i po delší době abstinence. „*Nejedná se přitom o otázku důvěry nebo nedůvěry, ale o prevenci bažení a usnadnění abstinence.*“ (Nešpor 2011, s 64) Dále je důležité pracovat na změně životního stylu a nakládáním s nově vzniklým volným časem.

4.4 Terapeutická komunita

Kratochvíl (1979) in Kalina (2008, s 17) popisuje terapeutickou komunitu jako „*zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie. Klienti zde žijí pospolu a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností.*“ Jedná se o malý model společnosti, kde se zmíněnými interakcemi promítají problémy z vlastního života klientů, zejména co se týče vztahů k lidem. „*Komunita je terapeutická proto, že umožňuje zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje k získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl vytváření těchto problémů.*“ Kalina (2008) označuje terapeutickou komunitu jako bezpečné prostředí s jasnou strukturou hranic a pravidel. O bezpečném prostředí mluví i Gibbons et al. (2002) in Kalina (2008), který vztahuje terapeutické komunity pro případ léčby závislostí, „*kde lidé společně žijí organizovaným a strukturovaným způsobem, což podporuje změnu a umožňuje život bez drogy ve vnější společnosti.*“ (s 18)

V České republice se na problematiku patologického hráčství zaměřuje komunita Renakorn, která u nás funguje od roku 2007. Pobyt zde je zaměřen především na „*klienty, kteří mají dlouhodobou závislost (látkovou i nelátkovou), kriminální minulost, mají zdravotní či psychické*

obtíže spojené s předchozím užíváním návykových látek a jiná forma léčby u nich selhává.“ (Renarkon, online, 2017) Cílovou skupinou komunity jsou lidé starší 18 let závislí na nealkoholových drogách, alkoholu, patologickém hráčství starším 18 let.

4.5 Ambulantní léčba

Jakýmsi protipólem rezidenční léčby a uzavřených terapeutických komunitách je léčba ambulantní. Právě v ambulanci často začíná samotný proces léčby. Hráč přijde do ambulance nejčastěji na doporučení a ve spolupráci s terapeutem se volí vhodná intervence na základě jeho individuálních potřeb. (Nešpor 2011) Předpokladem pro absolvování ambulantní léčby je stabilní sociální zázemí a motivace klienta. Nesporné výhody ambulantní léčby představuje fakt, že klient není vytržen z přirozeného prostředí, do ambulance pouze dochází z místa bydliště. Nejsou přerušeny kontakty s rodinou, která se zároveň může podílet na terapii. Nevýhody ambulantní léčby spatřuje Nešpor (2011) v kontaktu klienta s rizikovým prostředím, kde je větší potenciál k recidivě, na klienta může nepříznivě působit tlak z okolí a intervaly setkání mohou být málo intenzivní. Pokud se však ambulantní léčba jeví jako nejvhodnější forma terapie, práce následně probíhá v léčebných skupinách a při individuálních setkáních s terapeutem, na které klient dochází v pravidelných intervalech, většinou jednou týdně. Ambulantní služby nabízí ordinace pro léčbu návykových nemocí, takzvaná AT ordinace. (Podané ruce, online, 1995)

4.5.1 Cíle ambulantní služby

- Podpora klienta k získání náhledu a udržení kontroly nad hazardním hraním a sázením.
- Podpora nalezení nového životního stylu, provázení změnou a její udržení.
- Směřování k abstinenci či podpora v udržení abstinence.
- Posílení a udržení motivace k vlastnímu uzdravení.
- Psychická a sociální stabilizace.
- Pomoc klientovi obstát v podmínkách běžného života, podpora jeho samostatnosti a sebedůvěry.
- Snižování dopadů hazardního hraní formou pomoci v řešení zadlužení a dalších právních následků spojených s hráčstvím.
- Poskytnutí pomoci při řešení sociálních a právních problémů.

- Prostřednictvím spolupráce s blízkými osobami podpoření změny rodinného klimatu a tím i pozitivní změny v léčebném procesu.
- Podpora blízkých osob v soužití s hráčem. (Sananim, online, 2007)

Nezisková organizace SANANIM z. ú. v Praze provozuje od roku 2016 Gambling ordinaci s posláním poskytovat „*dlouhodobě udržitelné profesionální a odborné služby pro hazardní hráče a jejich blízké.*“ (Sananim, online, 2007) Služby jsou určeny pro osoby starší patnácti let, aktivní hráče a osoby ohrožené rizikovým hráčstvím. Dále pro osoby s kombinovanou závislostí, pro osoby blízké a abstinující osoby, které se mohou účastnit podpůrných aktivit zaměřené na udržení změny životního stylu.

4.5.2 Ambulantní centrum Laxus z. ú.

Organizace Laxus Již přes dvacet let poskytuje profesionální služby týkající se závislostního chování. Zaměřuje se na tyto cílové skupiny: uživatele nelegálních a legálních drog, gamblery, osoby v konfliktu se zákonem, rodiny a osoby blízké, děti a mládež, odbornou veřejnost. Zastřešuje dílčí centra, která se zaměřují na odlišné formy služeb. Patří mezi ně Ambulantní centra v Hradci Králové, Mladé Boleslavi, Svitavách a Pardubicích. Dále provozuje Centrum adiktologických služeb v Nymburce, Centrum poradenských služeb pro obviněné a odsouzené k výkonu trestu odnětí svobody a Centrum terénních programů Královehradeckého, Pardubického a Středočeského kraje.

Ambulantní centrum poskytuje sociální a adiktologické služby lidem ohroženým důsledky užívání nelegálních drog, alkoholu, patologického hráčství a jejich blízkým, formou krátkodobého či dlouhodobého poradenství. Dále nabízí pomoc v krizi a doprovod na úřady, zprostředkování léčby včetně doprovodu do léčebného zařízení. Služby jsou určeny uživatelům nelegálních drog a alkoholu, gamblerům a jejich blízkým s cílem zlepšení kvality života, dosažení abstinence nebo alespoň takové míry závislostního chování, které je méně ohrožující pro klienta a jeho okolí. (Laxus, online, 2016) Poskytuje individuální a skupinové poradenství zajišťované profesionálním personálem z řad sociálních pracovníků a adiktologů, jejichž kvalifikace odpovídá zákonu č. 108/ 2006 Sb.

Poradenství

Poradenství definujeme jako profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků. (Matoušek, 2008, s. 86). Jiný autor popisuje poradenství jako: „*systematickou,*

institucionalizovanou a profesionalizovanou odbornou službu - pomoc, návod, poskytnutí potřebných informací, poučení, poznání a radu jedincům, ale i kolektivům a institucím při řešení specifických problémů vztahujícím se na osobní ztvárnění, chování, jednání, prožívání a aktivizování člověka jako individuální a sociální bytosti“. (Koščo, 1971, s. 9)

Broža (2008) in Kalina (2013, s 89) dělí druhy poradenství následovně:

- **Poradenství psychologické** (orientované na interpersonální problémy)
- **Poradenství právní** (poskytovaná informací o zákonných právech, nárocích a povinnostech a pomoc při jejich naplňování)
- **Poradenství zdravotní** (zdravotní informace)
- **Praktické životní poradenství** (otázky bydlení, hospodaření, práce, vzdělávání)

5 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby patologického hráčství

5.1 Cíl výzkumného šetření

Patologické hráčství je celospolečenský problém zasahující do všech oblastí života hráče a jeho okolí. Přináší nejen zdravotní rizika, ale způsobuje i dalekosáhlé důsledky - kriminalitu, zadluženost a rozvrácené vztahy. Vzhledem k závažnosti tohoto jevu si kladu za cíl prozkoumat terapeutické postupy používané během ambulantní léčby a zmapovat faktory, které ovlivňují úspěšnost léčby patologického hráčství.

5.2 Výzkumná otázka

Shodně s cílem práce byla stanovena následující výzkumná otázka:

Jaké jsou faktory ovlivňující účinnost terapie nelátkových závislostí z pohledu pracovníků ambulantních služeb?

5.3 Oblasti sledované v rámci polostrukturovaného rozhovoru

1: Zjistit, jaké jsou nejčastější motivy k léčbě a co udržuje klientovu motivaci v léčbě vytrvat.

2: Zjistit, jaké jsou nejčastější překážky v ambulantní léčbě.

3: Zjistit, jaké jsou výhody ambulantní léčby.

4: Zjistit, jaké terapeutické postupy jsou používány během ambulantní léčby.

5.4 Výzkumná procedura

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů s terapeuty ambulantního centra Laxus. Kvalitativní výzkum se z hlediska přístupu zdál více odpovídající charakteru problematiky a to z důvodů, které Jan Hendl uvádí ve své publikaci Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Zkoumáním kvalitativní metodou dle autora získáme podrobný vhled fenoménu v jeho přirozeném prostředí. (Hendl 2005) Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených témat a otázek, avšak ponechává prostor k vytvoření témat nových, podle toho, jakým směrem se rozhovor ubírá.

Výzkumník si pořadí otázek určuje a může je podle situace měnit během rozhovoru. Což přináší i určité nevýhody při následné analýze dat. (Miovský, 2006). Data byla zpracována metodou otevřeného kódování, které si klade za cíl tematicky rozkrýt text. Údaje v textu jsou rozebrány a složeny novým způsobem. (Švaříček, Šedřová, 2007)

5.5 Výzkumný soubor

Faktory, které ovlivňují úspěšnost terapie, by bylo nejlepší zkoumat na základě výpovědí samotných hráčů, respektive klientů, kteří mají zkušenost s léčbou. Z mé pozice je nicméně nemožné se k těmto lidem dostat, a to z důvodu ohrožení jejich anonymity. Proto jsem k dané problematice přistoupila ze strany druhé, tedy z pohledu terapeutických pracovníků, kteří jsou s hráči v přímém kontaktu během terapie. Tento fakt nicméně považuji za přínosný, jelikož ambulantní pracovníci jsou v pravidelném kontaktu s desítkami klientů a disponují tak s velkým množstvím autentických informací. Tyto informace jsou navíc pracovníky průběžně analyzovány, a sami pracovníci mají vyšší předpoklad k strukturovanému předávání poznatků. W. Lawrence Neuman tuto skutečnost vysvětluje jako určité překážky, se kterými se výzkumník potýká při výzkumné práci s klienty. Ti mohou jednak odpovídat na základě naučených stereotypů, také se z různých důvodů vyhýbají odpovědím a v případě pocitu ohrožení podávají záměrné nepravdy. (Lawrence 2011) Zmíněné překážky při dotazování pracovníků nehrály roli. Rozhovory jsem prováděla pomocí předem stanovené osnovy ve dvou ambulancích. Výzkumný vzorek tvořili čtyři pracovníci ambulaní Laxus v Hradci Králové a v Pardubicích.

R1 – muž, sociální pracovník v ambulanci, terapeut. Působí v ambulanci v Hradci Králové. Délka praxe v sociálních službách: 10 let.

R2 – muž, sociální pracovník, adiktolog. Působí v ambulanci v Hradci Králové. Délka praxe v sociálních službách: přes 20 let.

R3 – muž, poradenský pracovník, adiktolog. Působí v ambulanci v Pardubicích. Délka praxe v sociálních službách: 10 let.

R4 – žena, poradenská pracovnice, psychologka. Působí v ambulanci v Pardubicích. Délka praxe v sociálních službách: 15 let.

5.6 Výsledky výzkumného šetření

Zjistit, jaké jsou nejčastější motivy k léčbě a co udržuje klientovu motivaci v léčbě vytrvat.

V odpovědích pracovníků panovala shoda v tom, že záleží na druhu motivace, tedy jestli se jedná o motivaci vnitřního či vnějšího charakteru. **Pracovník č. 4** uvedl, že „*motivace je často vnější, to znamená, že někdo z jejich okolí už je hodně naštvaný.* Impulz k léčbě mnohdy přichází z okolí, **pracovník č. 1** popisuje častý průběh takto: „*mnohdy nás kontaktují blízcí hráče, kteří se potřebují nejdřív poradit, a potom sem doputuje ten konkrétní člověk, kterého se to nejvíce týká.* V takovém případě je zapotřebí motivaci zvnitřnit, aby zájem o léčbu vycházel primárně ze strany hráče. Vnější motivace se také často projevuje v rozhodnutí řešit finanční problémy. Což ale dle slov **pracovníka č. 2** znamená, že „*klienti přicházejí primárně kvůli tíživé finanční situaci, což je motivace vnější.*“ Primární problém potom spatřují v dlužích, ne v tom, že hrají. **Pracovník č. 3** situaci charakterizoval tak, že „*přijdou řešit dluhy a to hraní si nějakým způsobem chtějí ponechat. V takovém případě jim nabídneme intervenci, ale já si myslím, že kontrolovaně hrát se nedá. Z dlouhodobého hlediska na tom člověk vždycky prodělá, což je ta hlavní potíž. Můžeme se bavit o kontrolovaném pití a kontrolovaném braní návykových látek, ale kontrolované hraní není možné.*“ Podobný názor vyjádřil i **pracovník č. 4**, který upozornil na podstatu behaviorální závislosti: „*Je to procesní závislost, kdy nejsme závislí na substanci, ale na nějakém procesu, takže jediné řešení podle některých zdrojů je, že ten proces nebudete vůbec řešit. Nebudete o tom přemýšlet. Ve chvíli, kdy přemýšlíte o tom, že teď si můžete zahrát, tak to zaplavuje vaši mysl víc, než je zdrávo.*“ Je tedy potřeba klientovi poskytnout náhled na situaci, ve které se nachází. Ze strany terapeuta je zásadní správné navázání kontaktu a adekvátní zmapování situace klienta. Nějakou dobu může trvat, než si sám klient přizná problém. **Pracovník č. 1** tento fenomén vystihnul slovy: „*u gamblerů trvá dlouhou dobu, než pustí všechno. Když sem dorazí, už je v nějakém debaklu, protože dlouho tajil, že hraje. Ve chvíli, kdy to praskne, to gambler chce nějak řešit, přijde za námi, ale z počátku nemusí říkat pravdu o tom hraní.*“ Součástí práce s motivací je práce s takzvanými „bludy hráče“, autorem je Karel Nešpor, v této bakalářské práci jsou zmíněny v kapitole Fáze rozvoje patologického hráčství. V rozhovoru se o těchto iluzích zmínil i **pracovník 2.**: „*lidé mají zpravidla nějaké představy o té hře, těch se drží a na základě těch bludů potom chodí hrát. Jsou to bludy o spořitelně, o výhodnosti hry, o odreagování, blud o výjimečnosti, blud o snadném zisku. v ambulanci jim tyto bludy představíme a potom hledáme, kde se tyto bludy u nich v životě projevují a zda to má nějaký racionální základ, nebo ne.*“ V souvislosti s bludy hráče je zapotřebí zmínit fakt, že hráči mají celkově pokřivený vztah k penězům. „*Jsou schopni prohrát*

výplatu během dvou dnů a po zbytek měsíce žijí z minimálních zdrojů. Pro ně jsou peníze prostředkem pro hru a nic jiného v nich v podstatě nevidí. Mají pocit, že si hraním můžou vydělávat, že je to zdroj obživy. Ale z dlouhodobého hlediska to takhle nefunguje.“ Tak komentuje téma financí **pracovník č. 4**. Špatná finanční situace způsobená hraním může skutečně fungovat jako významný impuls, na základě kterého se hráč rozhodne svůj problém řešit. V mnoha případech se tak daří léčebný proces dotáhnout do konce. Když je klient schopný náhledu na situaci, tedy že hlavním problémem nejsou dluhy, ale hraní samotné, které má závažné dopady na jeho život. V tuto chvíli můžeme hovořit o motivaci vnitřní, motivaci změnit svůj život k lepšímu, zbavit se závislosti, která člověka doposud ovládala. **Pracovník č. 1** tento stav popisuje na konkrétním příkladu klienta, „*který byl dost motivovaný tím, že zjistil, že je mu 40 let a bilancoval život a zjistil, že nic nemá, přesto že za svůj život vydělal spíš miliony než statisíce a že neměl děti, byl po rozchodu s partnerkou, která mu řekla, že když hraje, tak s ním nemůže nic mít. Takže za ten rok se sebral, začal dodržovat pravidla a postupy a už to bude rok, co naposledy hrál. Přejde mi, že tam se propojila životní krize s bilancováním a s tím, že teda chce se ten svůj život změnit, aby si mohl více věcí dovolit, například nebyl za celou dobu na dovolené, protože všechny jeho peníze šly do toho hraní.*“ Na tomto příkladu můžeme dobře vidět propojení vnějších impulzů a silné vnitřní motivace, souhra těchto faktorů.

Zjistit, jaké jsou nejčastější překážky v ambulantní léčbě. Z rozhovorů vyplynulo, že faktory, které jsou důležité pro úspěch terapie, mohou zároveň působit jako škodlivé, když nefungují tak, jak by měly. Na ty se nyní zaměříme a pokusíme se vysvětlit, jakým způsobem terapii komplikují. První překážkou může být fakt, který jsme popsali v předešlém odstavci, tedy že klient není ochotný pracovat na uzdravení závislosti. Pokud řešení situace zůstane u tématu dluhů a v případě, že klient ani nadále nejeví zájem o řešení problému s hraním, ale problém vidí pouze ve finanční situaci, v ambulanci je mu nabídnuta intervence, **pracovník č. 3** k tomuto dodává, že „*přišel člověk, který chtěl řešit primárně dluhy a tak šel od nás do občansko-právní poradny kvůli insolvenčnímu řízení a sem už dál nedocházel.*“ Tím se znovu vracíme k bludům hráče, na které se odkazuje i **Pracovník č. 1** a vysvětluje, že „*hráč pořád věří, že si může hraním vydělat. Že se jedná o zdroj příjmů a potěšení.*“ Pokud se tyto iluze nepodaří vyvrátit, hráči mají pocit, že si hraním můžou ponechat a tím pádem nejsou ochotni dělat změny. Na toto konto jsem se ptala, zda nemají hráči pocit, že ten problém není tolik závažný, když docházejí do ambulantní léčby, kde terapie není tolik častá a intenzivní jako v pobytové léčbě. **Pracovník č. 1** mi odpověděl, že určitá souvislost zde být může. „*klienti na začátku říkají, že nikdy nepůjdou do léčebny, chodí sem jen na oko. Dlouho jim trvá, že si přiznají, že mají potíž. Dlouho předstírají,*

že se nic neděje.“ **Pracovník č. 1** v rozhovoru zmiňoval spolupráci rodiny, což je v terapii patologického hráčství velké téma. Závažnou komplikací v léčbě je právě absence podpory ze strany blízkých. „*Když hráč nemá nikoho blízkého v okolí, když je sám, tak je to dost špatně.*“ Stává se také, že rodina nespolupracuje tak, jak by měla, když není schopna učinit ty kroky, které jsou potřeba. „*Často je to pro ty blízké šok, protože oni to dlouho netuší, pak když se to provalí tak jsou tendence vyřešit to v rodině, což často končí tím, že se ta celá rodina zadluží.* Při práci s rodinou je třeba vysvětlovat, že když za gamblera budou platit dluhy, tak tím ničemu nepomůžou. „*Protože ten gambler má potom pocit, že vždycky někdo přijde a ten dluh zaplatí.*“ Podobnou situaci popsal i **pracovník č. 3.**: „*Rodina prodala dva domy, aby splatila dluhy toho gamblera, který slíbí, že se napraví, ale on vlastně v tom pokračuje dál, protože ta rodina mu to v podstatě umožní tím, že ty dluhy splatí. Stalo se tak, že rodina prohlásila: „my nikam chodit nebudeme, zaplatíme to za ně, uděláme černou čáru a on už to nebude dělat, on nám to slíbil.*“ Čímž hráč získá zkušenost, že když si chvíli dá pozor, může se k tomu zase vrátit, protože teď to dopadlo dobře, žádné dluhy, nemá, rodina je zaplatila. **Pracovník č. 2** hovoří o sociálním zázemí obecně: „*Pokud je nefunkční, nepodpůrné, tak spíš klienti nastupují do pobytové léčby nebo vypadávají z kontaktu.*“ Dalším úskalím ambulantní léčby může být skutečnost, že hráč se během léčby pohybuje v přirozeném prostředí, kde přichází do kontaktu se spouštěči. Všichni respondenti se shodli na tom, že pro úspěšný výsledek terapie je za potřebí změna životních návyků. Dle slov **pracovníka č. 1** se s „*klientem pracuje na velmi praktické rovině. Mluvíme o věcech jako je sledování televize, která může kvůli reklamám na sázky zprostředkovávat pokušení.*“ **Pracovník č. 4** zase dodává, že „*s klienty plánuje nové cesty, kterými budou chodit po městě, aby se vyhnuli kritickým místům, jako jsou herny, hospody atd. Dále by se neměl setkávat s lidmi, se kterými třeba v minulosti hrál.*“ Další komplikací v léčbě je kombinace hráčství s návykovými látkami. Tomuto tématu se v rozhovoru věnoval především **pracovník č. 3.**, který řekl, že „*jsou lidé, kteří v životě nehráli střízliví a pak jsou lidé, kteří hráli z pravidla pod vlivem pervitinu, protože si dal, a potom nevěděl, co má dělat. Takže trávil volný čas hraním.*“ U klientů, kteří mají problém s návykovými látkami, se zjišťuje, za jakých okolností hráli, mapují se možné důvody, proč při hraní nebo před hraním pil a pracuje se na odstranění daného spouštěče. Přičemž jako komplikace může působit fakt, když si hráč nepřizná, že jeho problém s hraním má souvislost s alkoholem. Na rozdíl od pobytové léčby se v ambulanci častěji řeší kontrolované braní nebo pití, spíš než abstinence, která je v pobytové léčbě naopak podmínkou. **Pracovník č. 2** říká, že „*v ambulantní léčbě nechtějí klienti o abstinenci moc slyšet. Když už přijdou, tak s tím, že chtějí něco udělat s tím hraním. Někdy se podaří, že během docházení do ambulance klient pochopí, že když bude pít dál, tak bude i dál hrát.*“ Ptala jsem

se, jak se pracuje s klienty, u kterých je kombinovaná závislost. **Pracovník č. 1** vysvětlil, že se pracuje na odstranění spouštěče. V první řadě snaha přestat užívat návykové látky. Na to ale klienti nejsou vždy ochotni přistoupit. Jako příklad uvedl klienta, který reagoval zpětnou vazbou „*děláte ze mě alkoholika, když jsem přišel řešit to hraní.*“ Spíše než abstinence se tedy v ambulantní léčbě pracuje s možností kontrolovaného pití. Hledá se hranice bezpečné konzumace alkoholu nebo drogy. V dalším rozhovoru popisuje **pracovník č. 2** plánování trasy klienta, který „*šel většinou hrát až po pár pivech. Bavíme se tedy po kolika a také řešíme to, že když půjde pít, tak kam.*“ Jak již bylo totiž zmíněno, k úspěšné ambulantní léčbě je potřeba dodržovat stanovená pravidla v praxi, tedy že se hráč bude vyhýbat určitým místům, které má spojené s hraním. Když se tedy nechce alkoholu vzdát, měl by alespoň navštěvovat podniky, kde nejsou herní automaty. Kontrolované pití však do jisté míry zpochybnili všichni respondenti. Dle slov **pracovníka č. 1** „*je otázka, jak může být kontrolované pití úspěšné, jak se dá pít bezpečně ve vztahu k tomu hraní? Jeden pán například chodil na tři piva do hospody, kde nebyly automaty a ta hospoda byla stranou možných spouštěčů. Plánovali jsme s ním přesnou trasu, kudy bude chodit, aby nepotkal hospody s automaty.*“ Přesto byli všichni respondenti toho názoru, že pokud se bavíme o vyléčení patologického hráčství, je potřeba léčit problém komplexně, včetně všech spouštěčů.

Zjistit, jaké jsou výhody ambulantní léčby.

Výše zmíněné faktory komplikující léčbu vycházejí z předpokladu, že hráč zůstává ve svém přirozeném prostředí a tím pádem je v kontaktu s každodenní realitou, kde jsou přítomné i problémy způsobené hraním. Nyní se však na věc podíváme z druhého úhlu a zjistíme, že rizikové faktory mohou za správných okolností působit jako faktory podpůrné. **Pracovník č. 4** spatřuje výhodu v tom, že klient neopouští svoje přirozené prostředí. „*Nemusí opouštět svoji rodinu, známé, nemusí odcházet z případného zaměstnání, může ve svém prostředí začít navazovat nové kontakty a učit se zdravému trávení volného času.*“ Častým řešením finanční situace je podání osobního bankrotu. **Pracovník č. 1** toto popisuje jako významný polehčující faktor: „*dost se jim uleví, protože přestane obtěžování těch věřitelů. U těch gamblerů je to tak, že se propadají v dluhové spirále, to znamená, že si berou méně a méně výhodné půjčky. Nakonec skončí u těch internetových, rychlých, kam se jen přihlásíte, dáte svoje rodné číslo, oni vám hned pošlou prachy, ale pak chtějí třeba 50%, což je za hranicí lichvy. Ty společnosti ví, že je to za hranicí pravidel. Potom když skončíte v insolvenci, tak se k ní ani nepřihlásí.*“ K tomu, aby hráč mohl podat osobní bankrot, musí mít pravidelný příjem ze zaměstnání. Z tohoto důvodu je zaměstnání významným faktorem pro zdárný průběh léčby. **Pracovník č. 3**

porovnával ambulantní léčbu s pobytovou. Již jsme zmínili rozdílný přístup ke konzumaci návykových látek, která v pobytové léčbě není možná. Pobytovou léčbu nazval „skleníkem“, kde člověk o změnách spíše přemýšlí. *„Nějakou dobu to trvá, než se vrátí do přirozeného života. Aplikovat ty naučené změny v praxi může být komplikované. Velkou výhodou ambulantní léčby je fakt, že na těch změnách, o kterých mluvíme v terapii, může člověk pracovat hned.“*

Pracovník č. 2 psal v rozhovoru o spolupráci rodiny, která když je funkční, může se významnou měrou podílet na terapii. Toto spatřuje jako velké plus ambulantní léčby. V případě, že je *„klient sociálně stabilizovaný, tedy má kde bydlet, pohybuje se v podpůrném nebo neškodícím sociálním prostředí, může prosperovat z ambulantní léčby, které se v ideálním případě účastní i jeho blízcí, partner, rodič, přítel, záleží na konkrétní situaci.“* Spolupráce s osobou blízkou je zásadní při řešení finanční situace klienta. Jak říká **pracovník č. 3**, *„u gamblerů hraje velkou roli to, aby v jeho okolí byl někdo, kdo bude ochotný zpravovat jejich finance. Minimálně ze začátku by to někdo měl kontrolovat, jak s těmi financemi nakládají.“* V pobytové léčbě si klienti vedou finanční deníky, učí se hospodařit s penězi, ale probíhá to „nanečisto“. Jak jsme již zmínili výše, během terapie v ambulanci můžou tyto věci zkoušet hned v reálném životě. **Pracovník č. 1** k tomu dodává, že *„je důležité, aby byl v tom přirozeném systému někdo, kdo bude ty peníze kontrolovat. V opačném případě to často dopadá tak, že klienti vypadnou z kontaktu a práce se nedaří.“* Nespornou výhodou je tedy možnost přítomnosti blízké osoby při terapii. V pobytové léčbě je tato možnost většinou jednorázová, dle individuálních pravidel léčebny. Do ambulance může hráč docházet například s partnerem a problémy se tím pádem můžou řešit komplexně. Závislost na patologickém hráčství totiž zásadním způsobem ovlivňuje hráčovo okolí a je tedy dobré do terapie zapojit ty osoby, které jsou tímto problémem přímo ovlivněny.

Zjistit, jaké terapeutické postupy jsou nejčastěji používány během ambulantní léčby.

Nejčastěji se v ambulantní léčbě pracuje s kognitivně behaviorální terapií, která byla z teoretického hlediska popsána v první části bakalářské práce. **Pracovník č. 1** v rozhovoru uvedl konkrétní příklady, s KBT přístupem se prý pracuje zejména na začátku. *„princip je takový, že vy kladete mezi sebe a hraní překážky, abyste se k tomu hraní dostala co nejhůř. To znamená, že někdo vám třeba spravuje finance, dává vám peníze na nutné výdaje, nemáte přístup k účtu, nemáte kartu.“* Jde o nastavení reálně dosažitelných změn. Další metodou jsou motivační rozhovory, které jsou podle **pracovníka č. 2** důležitým nástrojem změny. V rozhovoru se odkazoval na šest stádií procesu změny od autorů Prochaska a DiClemente.

První stádium nazvané kontemplace je vhodné k využití motivačních rozhovorů, jelikož je to stádium, „*ve kterém si ten hráč odmítá přiznat chybu. Jak jsem již psal v předešlých odpovědích, přijdou do ambulance řešit finanční problémy a mnohdy odmítají slyšet, že problém je to hraní samotné.*“ Úkolem terapeuta je vzbudit v klientovi pochybnosti o tom, jak se věci skutečně mají, poskytnout mu jiný náhled na situaci a správně ho namotivovat k tomu, aby si uvědomil, že je schopný učinit potřebné změny. **Pracovník č. 4** dal procesní závislost do souvislosti s narušeným sebevnímáním: „*na místě je tedy i existenciální psychoterapie.*“ **Pracovník č. 1** oproti tomu vysvětlil, že ne vždy je ale psychoterapie na místě. „*Klienti někdy nejsou schopni nebo ochotni dělat nějaké hluboké změny, chtějí vyřešit jen tuhle konkrétní potíž. Mnohdy tak stačí i poradenství, nemusí je jednat o psychoterapii.*“

5.7 Souhrn

Cílem výzkumu bylo zmapovat faktory, které ovlivňují průběh a úspěšnost ambulantní léčby patologického hráčství. Z výsledků je patrné, že zásadní vliv na terapii má prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Jelikož během terapie zůstává hráč ve svém přirozeném systému, je důležité, aby tento systém fungoval podpůrně, nebo při nejmenším aby neškodil. Pracovníci ambulance v rozhovorech mluvili o **sociálním prostředí** z několika pohledů. Co se praktické stránky týče, důležitým faktorem je **stabilizovaná sociální situace**, tedy že klient má kde bydlet a má alespoň minimální prostředky na živobytí. Dalším faktorem, který je potřebný k úspěšnému průběhu terapie, je schopnost ovládat **základní sociální dovednosti** jako je **organizace volného času a docházení do zaměstnání**. Zaměstnání je důležité jednak z hlediska smysluplného trávení času a zároveň poskytuje prostředky ke splácení případných dluhů. Dále záleží na tom, do jaké míry má hráč **fungující vztahy** s rodinou nebo lidmi z jeho okolí. Tento faktor se zdá být přímo určující pro úspěšný průběh terapie. Výhodou ambulantní léčby je, že se rodina může terapie účastnit. V ideálním případě dochází někdo z blízkých na setkání a podílí se na procesu uzdravování, ze začátku především co se praktických záležitostí týče, jako je například kontrola financí hráče. Pokud hráč nikoho takového v rodině nemá, potom je mnohdy na místě léčba pobytová, kde se mu dostane podpory ze strany personálu a zároveň je z dosahu škodlivých vlivů prostředí, ve kterém k problémům s hraním docházelo. Pokud je však možné s těmito vlivy pracovat během ambulantní terapie, potom má tento typ léčby své nesporné výhody. Hlavní z nich je fakt, že klient zůstává ve svém přirozeném prostředí, ve kterém může uvádět do praxe změny navržené v terapii. Předpokladem úspěšnosti terapie je **změna životních návyků** a jejich dodržování, což je hlavní téma KBT přístupu, který se nejčastěji využívá při

léčbě závislostí. Úkolem terapeuta jako průvodce léčbou je navést klienta správným směrem, aby byl schopný širokého náhledu na situaci, aby byl ochotný řešit nejen důsledky hraní, ale hraní samotné. Předpokladem úspěšné léčby je tedy odhodlání a **vnitřní motivace** v léčbě vytrvat.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo objasnění fenoménu nelátkových závislostí. V porovnání s látkovými drogami je pojem behaviorální závislost celkem novodobá záležitost. Existují teorie, podle jichž je možné vypěstovat závislost téměř na čemkoliv, co nám přináší potěšení. Pokud se nám potěšení nedostává tak, jak by mělo, o to víc ho hledáme v činnostech a věcech, které nabízejí pouze krátkodobé uspokojení. Z dlouhodobého hlediska mají ale spíše negativní dopady na náš život. V literatuře se dočítáme o závislostním chování, závislosti na procesech, objektech. V dnešním světě materiálního nadbytku a blahobytu je toto téma čím dál více aktuální a do jisté míry se týká každého z nás. Běžně se ve svém okolí setkáváme s nadužíváním informačních technologií, přejídáním a dalšími činnostmi, jejichž vykonávání se vymyká naší kontrole. Některé z nich jsou dnes již zařazeny pod diagnózu návykové a impulzivní poruchy, kam patří i patologické hráčství, které bylo tématem mé práce.

Zaměřila jsem se nejprve na nelátkové závislosti obecně. I přes diagnostickou ukotvenost některých nelátkových závislostí stále existují pochybnosti, zda se skutečně jedná o závislost v pravém slova smyslu. Problematika nelátkových závislostí byla v práci vysvětlena z celostního pohledu, pomocí bio-psycho-sociálně spirituálního modelu. V souvislosti s tím byly znázorněny mnohé podobnosti mezi látkovými a nelátkovými závislostmi, co se týče projevů, vlivu na lidskou psychiku a celkově na život člověka. Hlavní část práce byla věnována fenoménu patologického hráčství, obsahuje diagnostická kritéria, fáze rozvoje závislosti a zaměřuje se na problémy, které tato závislost způsobuje. Patologické hráčství má dalekosáhlé důsledky na život člověka, na jeho osobnost, tělesné zdraví, nepříznivě ovlivňuje nejen mezilidské vztahy jedince ale i jeho rodinu a blízké. Patologické hráčství v mnoha jeho formách je považováno za nemoc a se svou rozšířeností za celospolečenský problém. Z toho důvodu byla v práci rozebírána léčba včetně možností prevence a různých druhů terapie. Empirická část ukázala výsledky šetření, které pomohlo ujasnit si jednak průběh léčby patologického hráčství v ambulantní terapii, ale hlavně stanovit základní faktory, které hrají roli ve zdárném průběhu léčby. Pro realizaci šetření byl proveden polostrukturovaný rozhovor s pracovníky ambulancí Laxus. Cíl výzkumného šetření byl splněn, na základě výpovědí respondentů byly stanoveny hlavní faktory, které ovlivňují úspěšnost léčby patologického hráčství. Je patrné, že léčba musí být zaměřena multifaktoriálně. Musí řešit nejen důsledky, ale i příčiny. Stejně tak jako samotná závislost zasahuje do všech oblastí života jedince, musí být i její léčba pojata celostně, aby byla

úspěšná a měla dlouhodobý efekt. Výsledky šetření by mohly sloužit jako zpětná vazba pro práci s klienty ambulance, co se týče oblastí, na které je třeba se zaměřit.

Seznam použitých zdrojů

- Anonymní gambleři [online]. Brno: Anonymní gambleři, 2008 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://anonymnigambleri.cz/>
- Automaty zmizí z hospod, bude povinná registrace hráčů. Týden.cz [online]. Praha: ČTK, 2017 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/byznys/cesko/automaty-zmizi-z-hospod-bude-povinna-registrace-hracu_460873.html
- BLINKA, Lukáš. Online závislosti: jednání jako droga? : online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-7975-5.
- CAILLOIS, R. Hry a lidé: maska a závrať. Praha: Nakladatelství studia Ypsilon, 1998. ISBN 80-902482-2-5.
- ČERNÁ, Veronika. Osobnostní rysy jedinců závislých na psychoaktivních látkách, na alkoholu a patologických hráčů. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Tereza Soukupová Ph.D.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- Gambling ambulance. Sananim [online]. Praha: Sananim, 2007 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/gambling-ambulance-\(ga\)/poslani.html](http://www.sananim.cz/gambling-ambulance-(ga)/poslani.html)
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- HŘEBÍČKOVÁ, Martina. Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění [online]. Praha: Grada, 2011 [cit. 2018-02-24]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3380-7.

- HUGES, B. (2010). Understanding 'sexual addiction' in clinical practice. *Wcpcg* 2010, 5, 915-919. doi: DOI 10.1016/j.sbspro.2010.07.210.
- KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KILLINGER, Barbara. *Workaholismus: záslužná závislost: rádce pro přežití rodiny*. Brno: Alman, 1998. Cesta k poznání. ISBN 80-86135-04-7.
- KOŠATECKÁ, Zdeňka. Jak se rodí gambler. *Psychologie* [online]. Praha: Mindlab, 2014 [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/jak-se-rodí-gambler/#>.
- KOŠČO, Jozef. *Psychologické poradenstvo v školskom a profesionálnom vývine: (teoretické a spoločenské predpoklady) : vysokoškolská učebnica*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1971.
- KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-807-4350-801.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.
- KUKLOVÁ, Marie. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1101-3.
- Masarykův slovník naučný: lidová encyklopedie všeobecných vědomostí. Díl III. H-Kn. Praha: Československý kompas, 1927. ISBN neuvedeno.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MCCOMB, Jennifer L., Bonnie K. LEE a Douglas H. SPRENKLE. Conceptualizing and Treating Problem Gambling as a Family Issue. *JFMT* [online]. 2009, 35(4), 415-431 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1752-0606.2009.00146>.
- MEYER G, Bachmann M. *Gluckspiel*. Berlin: Springer-Verlag; 1993
- MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-807-2627-653.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. *Psyché* (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- Možnosti léčby. *Gambling.podaneruce* [online]. Brno: Podané ruce, 1995 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://gambling.podaneruce.cz/o-projektu/4-udrzitelnost-zmeny/>

- MRAVČÍK a ROZNEROVÁ. Prevalence problémového hráčství v České republice. Časopis Adiktologie[online]. 2001, **2015**(4), 310-319 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: file:///C:/Users/user/Downloads/Mravcik_Prevalence%20gamble.pdf
- Nelátkové závislosti. Prevcentrum.cz [online]. Praha: Prevcentrum, 2017 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/nelatkovve-zavislosti/>
- NEUMAN Lawrence W. Social Research Methods. Seventh edition, Boston: Pearson 2011 s. 456, ISBN 978-0-205-78683-1.
- NEŠPOR, Karel. Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0009-3.
- NEŠPOR, K. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006.
- NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.
- NEVORALOVÁ, Monika. Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci. Adiktologie [online]. Praha: Časopis Adiktologie, 2014 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4530/Rizikove-a-protektivni-faktory-v-primarni-prevenci>
- PALÁN, Zdeněk. Sociální učení. Andromedia [online]. Praha: Academia, 2002 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník>
- PAVLIŠTA, Jan. Krizová intervence nejen pro pedagogickou praxi. V Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2011. ISBN 978-807-4143-496.
- PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.
- POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. Patologické závislosti. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-865-6802-4.
- PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
- PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-074-1.
- ŘÍČAN, Pavel. Psychologie osobnosti: obor v pohybu. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.

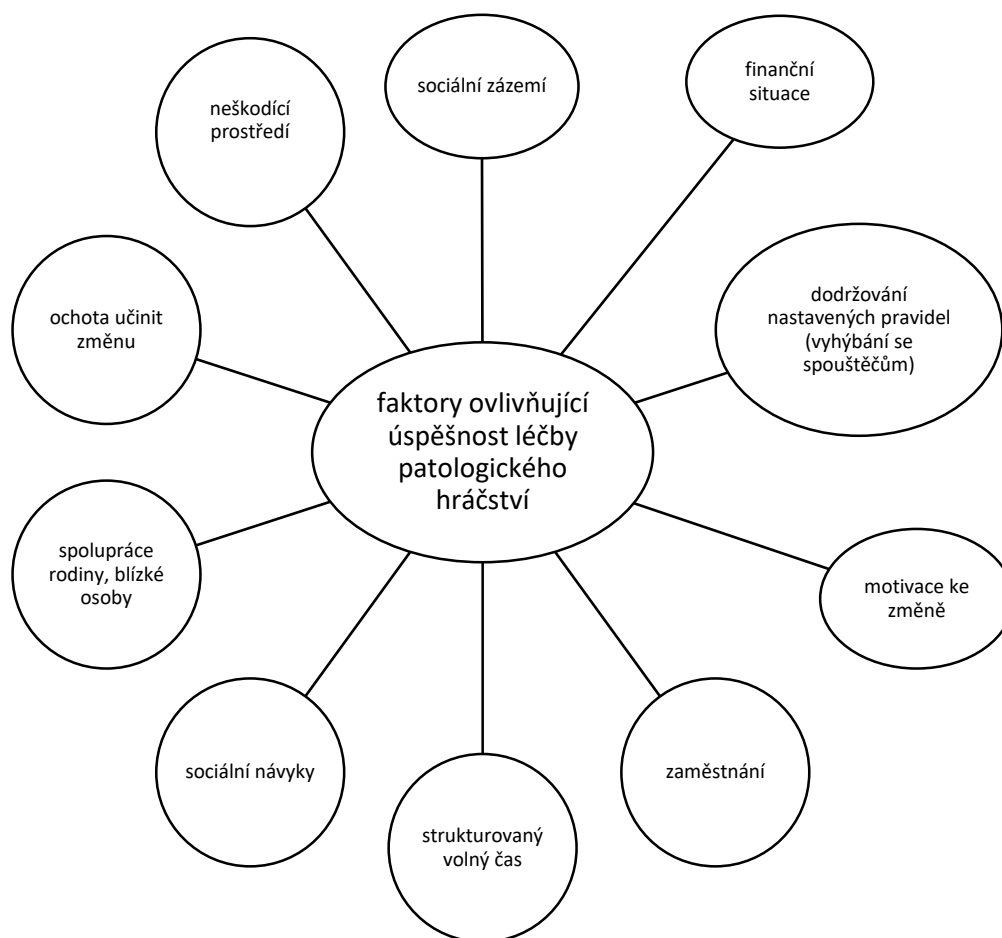
- SHEIKH, Knvul. Why Do We Get Addicted to Things? Life Science [online]. New York: Live Science, 2017, October 17, 2017 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.livescience.com/60694-why-do-we-get-addicted.html>
- SMOLÍK, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. MAXDORF: 388-391.
- Spuštění registru hráčů plánuje ministerstvo financí v roce 2018. Pravniprostor.cz [online]. Praha: ČTK, 2016 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/aktuality/aktuality/spusteni-registru-hracu-planuje-ministerstvo-financi-v-roce-2018>
- ŠOLCOVÁ, I. 2009. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.
- SULER, John. (1998). Internet Addiction Support Group. Is There Truth in Jest? The Psychology of Cyberspace. Retrieved 25. 5. 2013, from <http://users.rider.edu/~suler/psyber/supportgp.html>
- SUURVALI, HODGINS a CUNNINGHAM. Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, c2013 [cit. 2018-04-24]. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-807-4400-841. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1621/314/Koncep%C4%8Dn%C3%AD_r%C3%A1mec_%C5%A1_kodliv%C3%A9ho_hr%C3%A1stv%C3%AD.pdf
- SVOBODOVÁ, Pavla. Problematika patologického hráčství se zaměřením na ústavní léčbu [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: https://theses.cz/id/b74ieq/DP-Pavla_Svobodova.pdf. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Doc. RNDr. Lubomír Krejčovský, CSc.
- Terapeutická komunita. Renarkon [online]. Ostrava: Renarkon, 2017 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.renarkon.cz/terapeuticka-komunita>
- VACEK, VONDRÁČKOVÁ. Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2014, 2014(3) [cit. 2018-02-22]. ISSN 1212-0383.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- Vnitřní řád. Vnitřní předpisy, nařízení, směrnice a metodické pokyny PL Bohnice, stanice č. 31. 2010, [cit. 7 - 8/2010].

- WILLIAMS, Robert, Beverly L. WEST a Robert I. SIMPSON. Prevence problémového hráčství: komplexní přehled důkazů a zjištěné dobré praxe [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014 [cit. 2018-04-24]. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-807-4400-964. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1622/315/Prevence_prob%3%A9mov%3%A9ho_hr%3%A1%C4%8Dstv%3%AD_web.pdf
- ZAPLETAL, Miloš. Velká encyklopedie her. 2. vyd., 1. vyd. v nakl. Leprez. Praha?: Leprez, 1996. ISBN 80-901-8269-0.

Seznam příloh

Příloha A

Myšlenková mapa – faktory úspěšnosti léčby patologického hráčství



Příloha B

tabulka

Z rozhovorů vyplynulo několik oblastí, které dle pracovníků buď jsou, nebo nejsou zásadní pro úspěšný průběh terapie. Ve výsledcích výzkumného šetření jsme pracovali pouze s těmi, které vliv na úspěch terapie mají. V následující tabulce jsou znázorněny všechny faktory včetně těch, které podle pracovníků vliv na terapii nemají.

| oblasti | má vliv | nemá vliv |
|---|----------------|------------------|
| rodinné zázemí | x | |
| účast blízké osoby v terapii | x | |
| věk hráče | | x |
| délka hráčské kariéry (jak dlouho hraje, než vyhledá pomoc) | x | |
| motivace | x | |
| podpůrné nebo neškodící sociální prostředí | x | |
| pohlaví | | x |
| zaměstnání | x | |

Příloha C

Přepis rozhovoru s pracovníkem č. 1

T: Jaký je průměrný věk pacientů, kteří docházejí do ambulantní léčby?

R: Průměrný věk je vyšší než u látkových závislostí. Já si myslím, že je to 35 let, klienti jsou starší než ti, co přicházejí třeba kvůli THC nebo pervitinu. Co se týče pohlaví, dlouhou dobu to bylo tak, že jsme měli jen muže hráče, asi tři roky zpátky přišla první žena. Loni bylo hráčů kolem 40 za rok, z toho byly tři nebo čtyři ženy. Žen je tedy pořád výrazně méně.

T: Jaká jsou specifika práce s jednotlivými věkovými skupinami?

R: U těch gamblerů se to nedá říct, protože oni jsou většinou vyšší střední věk. Pokud jsou tam nějací mladí kolem 20 let, často se u nich objevuje závislost na počítačových hrách, takže tam by se více pracovalo s rodinou a s nastavením hranic v té rodině.

V podstatě jde o to, že když ten klient přijde tak první co řešíme je nastavení kontroly financí. Takže je důležité, aby byl někdo ochoten to pro ně dělat. V tom jejich přirozeném systému. Buď partner nebo partnerka, nebo někdo z rodiny. Pokud ty peníze nikdo nekontroluje, dost často to dopadá tak, že klienti vypadnou z kontaktu a práce se nedaří.

Co se týče úspěšnosti terapie, věk u gamblerů nehraje roli. Jako co se týče ambulantní léčby, tak tam hrají roli takové faktory jako délka toho jak hrajou, čím díl hrajou, tím později se k nám dostanou, tím je to horší, menší šance na úspěch. Další faktor je, jaké mají sociální zázemí, jak bydlí, pokud ta rodina, ten partner jsou funkční, pak je to podpůrný faktor, pak roli hraje to, jestli chodí do práce nebo do školy, pokud mají nějak strukturovaně vyplněný volný čas a vůbec čas. Pokud zkrátka mají základní sociální dovednosti jako chození do práce, chození do školy. Komplikací je, když hráč pije nebo užívá návykové látky. Jsou lidé, kteří to kombinují. Takže je potřeba s tím klientem zmapovat, za jakých okolností hrál a jestli to bylo tak, že se nejdřív opil a pak až hrál, nebo si nejdřív dal pervitin a pak až hrál.

T: Jak se s těmito lidmi potom pracuje?

R: Odstraňuje se spouštěč, což znamená, že se s nimi bavíme o tom, aby ideálně nebrali, pokud chtějí brát, tak aby brali v prostředí, kde se nedostanou k automatu, nebo k sázkám na sportovní zápasy. A pokud teda pijou a hrajou, tak se s nimi bavíme jak pít bezpečněji anebo jestli je teda nutné, aby pili. Z pravidla je to tak, že se s nimi bavíme o bezpečné dávce alkoholu. Oni totiž na abstinenci nechtějí přistoupit. Často nám říkají: „děláte ze mě alkoholika, když jsem přišel řešit to hraní.“ Ale kdyby ti lidi šli rovnou do klasické pobytové léčby, tam je vedou k té

abstinenenci od všeho. Takže kdyby skončili třeba v Bohnicích, nebo v Bílé Vodě, nebo v Opavě, tak by jim řekli, už nemůžete pít a nebudete hrát. Tady se s tím ještě dá nějak pracovat, ale jde o to, jak je to úspěšné, to kontrolované pití. Protože kontrolované pití by mělo začínat nějakou měsíční abstinencí od toho pití vůbec. Dále se vymezí situace, kdy ten člověk může pít kontrolovaně, a bezpečně hlavně, bezpečně i ve vztahu k tomu hraní. Takže jeden pán třeba chodil na dvě až tři piva do hospody, kde nebyly automaty a ta hospoda byla stranou, že to nebylo v centru, protože pak třeba se plánují i cesty, kudy chodí. Aby to bylo bezpečný, aby ten člověk nepotkal žádné spouštěče. Ze začátku je to docházení hodně založené na KBT přístupu, což je kognitivně behaviorální terapie. Princip je takový, že vy kladete mezi sebe a hraní překážky, a byste se k tomu hraní dostala co nejhůř. To znamená třeba, že někdo vám spravuje finance, dává vám peníze na nutné výdaje, nemáte přístup k účtu, nemáte přístup ke kartě, pak se dají peníze vytáhnout z mobilu, pak se dají převést. Pak se teda řeší to, co ten člověk dělá, dost často když ten člověk sází na sportovní zápasy, tak se bavíme o tom, jestli má člověk koukat na televizi nebo ne, kvůli těm reklamám, a podobně. A řeší se spouštěče, to znamená, sledují se vnitřní a vnější faktory, které hrály roli před tím, než šel člověk hrát. A na úvod se dělá rozsáhlejší dotazník, kde se vlastně mapují všechny možné způsoby hazardního hraní. Protože ti lidi třeba nespátují potíží v tom, že si kupují losy nebo sportku a chtějí třeba řešit jen ty automaty. Nebo si chtějí ponechat sázky na sportovní zápasy.

T: S jakou formou hraní se setkáváte nejčastěji?

R: Tady v ambulanci se sázkami na sportovní zápasy. My jsme začali s gemblema pracovat oficiálně v roce 2012 a tehdy většina lidí hrála klasické automaty, lidé se přesouvají z klasických heren do internetového prostředí. Když už sází na ty sportovní zápasy tak zpravidla sázejí přes internet a to chování na internetu při tom sázení je dost podivný, není vůbec racionální.

T: Pracujete s těmito lidmi jinak než dřív, když převládala hra na automatech?

R: Tam se bavíme o tom, že by jim měl někdo nastavit omezení na počítači, aby se tam třeba nedostali, potom by měli zrušit všechny účty u těch sázkových společností, těch je asi pět šest, tam je třeba potíží, že když to chcete zrušit, tak to dost dlouho trvá a pak vám choděj smsky, že teda vám nabídnou nějaký peníze k dispozici, abyste si ten účet zase obnovila, abyste zase začala sázet. Problematické je, že když se chcete na internetu dívat na nějaký sportovní přenos, tak zpravidla to zprostředkovávají ty sázkové společnosti, vy se tam přihlásíte, dostanete nějaký účet, abyste se mohla dívat, a k tomu účtu ještě dostanete peníze k tomu, abyste si mohla vsadit.

T: Jaká jsou specifika práce s muži a ženami?

R: U žen se málokdy setkáváme s tím, že by sázely na sportovní zápasy. Co se týče specifíků, nedá se to takhle říct, protože i když těch žen je málo, tak každá je trochu jiná. Měli jsme tu jednu paní, která měla 60 let, nebyla spokojena se svým životem, s tím, jak žije, byla v nějaké existenční krizi, bych řekl, takže občas po nocích jezdila po hernách. Pak se propadala níž a níž a pak skončila v nějakém domku v zahradní kolonii. Pak si vybavuji mladou paní, která byla doma na mateřské a nudila se, takže si šla občas zahrát. Průšvih byl, že věděla, že manžel má doma uložené nějaké peníze a ona je prohrála a potom to prasklo.

T: Vypozoroval jste nějaké rozdíly v pohlaví, co se týče úspěšnosti léčby?

R: Ženy se za to víc stydí, ale že by jedno pohlaví bylo úspěšnější, to ne. Tam se dá mluvit o dvojí stigmatizaci žen. To se říká i o ženách uživatelkách návykových látek, že žena selhává tím, že užívá a selhává i jako nositelka ženské role. Společnost říká, že pro ženy se nesluší, aby pily, nebo braly drogy, nebo hrály automaty. U mužů se více předpokládá, že můžou být deviantní, když se to tak řekne, nebo dělat nějaké věci, které nejsou úplně v pořádku. U těch žen je to stigma vyšší.

T: A může toto být jeden z důvodů, proč se se ženami hráčkami tolik nesetkáváte?

R: Může to být z jeden důvodů, ale i tak si myslím, že je obecně míň hráček.

T: Jak dlouho trvá ambulantní léčba?

R: Aby vůbec mohla být úspěšná, musí trvat min tři měsíce. To říkáme už na začátku, že to je to standart. A u gamblerů je to práce na dlouho, to znamená, že minimálně půl roku. Po třech měsících abstinence přechází do služeb následné péče, což je vlastně ambulantní doléčování.

T: Znamená to tedy, že čím delší léčba, tím úspěšnější?

R: Ano, dá se to tak říct. Pak se navyšují ty frekvence, to znamená, že už nechodí každý týden ale třeba jen jednou za měsíc. Ale u gamblerů se často stává, že splatí dluhy a začnou zase hrát. Pro ně to znamená, že mají čistý stůl a že můžou začít hrát znova.

T: Takže oni nevidí ten problém v hraní, ale v těch dluhách?

R: Ano, to se stává, že oni sem přijdou řešit dluhy a to hraní si nějakým způsobem chtějí ponechat. Normálně vidí tu potíž v tom, že dluží, ale nevidí tu potíž v tom, že hrají.

T: I v tom případě s nimi pracujete?

R: Intervenci jim nabídneme. Když oni přijdou, že chtějí hrát nějak kontrolovaně, tak se stanoví

pravidla, kontrolovaného nebo bezpečnějšího hraní a potom vyhodnocujeme, jestli to funguje, nebo ne.

T: Jaké jsou základní předpoklady úspěšné ambulantní léčby ze strany klienta?

R: Musí mít čas chodit, ze začátku jednou týdně na hodinu minimálně. Měl by být sociálně stabilizovaný, to znamená, aby měl kde bydlet, aby chodil do práce nebo do školy a aby měl podpůrné nebo neškodící sociální okolí. Už ze začátku terapie by tedy měl být přítomný někdo z rodiny nebo z blízkých, kdo si vezme na starosti finance hráče. Terapeut ho může přizvat, nebo klient se s někým domluví. V pobytové léčbě se tyto věci klienti učí sami, píšou si finanční deníky, píšou si výdaje, učí se hospodařit s penězi.

T: Daří se tato změna zacházení s financemi nastolit, když na to člověk není zvyklý?

R: Zabere to hodně času, protože pro ty lidi mají peníze prazvláštní hodnotu, pro ně je to prostředek pro hru a nic jiného v nich v podstatě nevidí. Ze začátku léčby jsou prachy hlavním tématem. Nešpor vymyslel takzvané bludy hráče a oni vlastně těm bludům věří. Probíhá tady práce s bludy.

T: Jaké jsou potřebné kroky ze strany terapeuta, aby byla léčba úspěšná?

R: Navázat kontakt, dobře zmapovat situaci klienta. Při práci s rodinou je třeba vysvětlovat, že když za gamblera budou platit dluhy, tak tím ničemu nepomůžou.

T: Jaká je nejčastější motivace k léčbě?

R: Stává se, že nás kontaktují blízcí hráče, kteří se potřebují nejdřív poradit, a potom sem doputuje ten konkrétní člověk, kterého se to nejvíc týká. Oni říkají, že mu chtěli pomoc, ale v podstatě mu nepomáhají, protože dál a dál platí jeho dluhy. A ani to někdy nechtějí udělat, že by to přestali platit, pořád to řeší za něj nebo za ní a tím se to pořád prohlubuje.

T: Jak jinak by se ta situace měla řešit, když ne ve spolupráci s rodinou?

R: Ale ti lidi, co hrajou, získají takovou představu, že teď si chvíli dám pozor, chvíli toho nechám a pak se k tomu zas vrátím. Protože má vlastně zkušenost, že to dobře dopadlo, protože žádné dluhy nemá, jelikož je ta rodina zaplatila.

A pak jsou to ty dluhy. Klienti, kteří hrajou, končí v insolvenční, podají osobní bankrot. Čímž se jim dost uleví, protože přestane to obtěžování věřitelů. U těch gamblerů je to tak, že se propadají v dluhové spirále, to znamená, že si berou méně a méně výhodné půjčky, když jim nepůjčí banky, tak jdou k těm společnostem jako provident nebo profikredit, pak skončí u japonských půjček nebo těch internetových, rychlých, kdy vy se jen přihlásíte, dáte svoje rodné číslo, oni

vám hned pošlou prachy, ale pak chtějí třeba 50 %. Což je za hranicí lichvy. Ty společnosti ví, že je to za hranicí pravidel a limitů a potom když máte insolvenci, tak se k ní ani nepřihlásí. Abyste mohla podat insolvenci, tak musíte mít pravidelný příjem a to pro některé klienty není dosažitelné. Klienti, kteří k nám docházejí, do ambulance většinou tu insolvenci řeší a jsou v ní zpravidla úspěšní.

T: Daří se ta motivace časem nějak zvnitřnit?

R: Ano to se daří, když pochopí, že ty dluhy mají kvůli tomu hraní, tak docházejí dál.

T: Jaké jsou nejčastější překážky v léčbě patologického hráčství?

R: Že se jim nechce skončit, když ti lidé jsou sami. Velkou překážkou může být i jejich okolí v tom slova smyslu že nejsou schopni udělat ty kroky, které jsou potřeba. Například aby za ně přestali platit dluhy a podobně. Čímž dále pokračují v umožňování té hry.

T: Z jakého sociálního zázemí nejčastěji klienti pocházejí?

R: Z jakéhokoliv, jedná se o průřez celou strukturou společnosti.

T: V jakém stádiu hráčské kariéry klienti nejčastěji vyhledávají pomoc?

R: To je různé, v ambulanci se daří, že někteří nehrají moc dlouho. A pak sem chodí klienti po pobytové léčbě na doléčování. Gambler co skončil tady a hrál nejdéle, tak hrál 20 let, klasické automaty. Tady ten pán byl dost motivovaný tím, že zjistil, že je mu 40 let a bilancoval život a zjistil, že nic nemá, přesto že za svůj život vydělal spíš miliony než statisíce a že neměl děti, byl po rozchodu s partnerkou, která mu řekla, že když hraje, tak s ním nemůže nic mít. To byl pro něj hlavní motiv. Takže za ten rok se sebral, začal dodržovat pravidla a postupy a už to bude rok, co naposledy hrál. Přijde mi, že tam se propojila životní krize s bilancováním a s tím, že teda chce se ten svůj život změnit, aby si mohl více věcí dovolit, například nebyl za celou dobu na dovolené. Protože všechny jeho peníze šly do toho hraní.

T: Jaké jsou nejčastější psychické problémy, se kterými se hráči potýkají a které by mohly být překážkou nebo komplikací v léčbě?

R: Deprese a úzkosti, obsedantně kompulzivní chování. U gamblerů je výrazně nižší komorbidita, což je výskyt více chorob, u lidí užívajících návykové látky je mnohem častější nějaká další duševní diagnóza. U gamblerů se s tím tak často nesetkáváme. Jsou v podstatě relativně duševně zdraví.

T: Jak se liší léčba patologického hráčství od léčby látkových závislostí?

R: Chybějící substance a více se zaměříme na kontrolu financí. Je zapotřebí větší spolupráce blízkého okolí, rodiny, řeší se nakládání s financemi, co pro klienty znamenají peníze.

T: Jaká jsou největší úskalí ambulantní léčby?

R: Že vypadnou, nejsou ochotní dělat změny, mají pocit, že si hraní můžou ponechat, pořád se k tomu vrací. Mají představu, že to nějak půjde, že to akorát omezí. Velké úskalí je že člověk pořád věří, že si tou hrou může vydělat. Že se jedná o zdroj příjmů a potěšení.

T: Jakou to má souvislost s ambulantní léčbou? Mají zde klienti pocit, že to není tak závažný problém, nebo že ta terapie není tak intenzivní?

R: Na začátku říkají, že nikdy nepůjdou do léčebny, chodí sem jen na oko, dlouho u nich trvá, než si přiznají, že mají potíže. Dlouho předstírají, že se nic neděje, dlouho hru tají, peníze získávají pod záminkami. Potom když tento scénář praskne a hráč odkryje karty, okolí je zděšeno a moc mu nedůvěřuje. Dále se to liší otázkou důvěry. Jeho blízcí řeší, jak gamblerovi můžou věřit, když to na něm nepoznají. Mohou mít pocit, že se chová divně, což se potom toho hráče dotýká, že ho podezírají, že hraje, když už nehraje. Jedna paní, máma gamblera se dožadovala nějakého testu, je to složité.

T: Může to být i tím, že člověk sice dochází do ambulantní léčby, ale přitom se stále pohybuje ve svém přirozeném prostředí?

R: Tak potom ta léčba nemůže být úspěšná, k tomu musí změnit i životní návyky.

T: Jaké jsou výhody ambulantní léčby?

R: Výhodou i nevýhodou AL je, že jste v kontaktu s tím běžným světem. Může pokračovat ve věcech, které vás bavily a jsou zdravé. Další výhodou je, že ty změny můžete dělat hned. Když jste v léčbě, tak nějakou dobu trvá, než se vrátíte do svého přirozeného života.

T: V léčbě je to umělé?

R: Je to takový skleník, můžete tam o věcech přemýšlet, ale když ty změny chcete aplikovat v praxi, tak je to komplikované. Ale zároveň je to výhoda i nevýhoda ambulantní léčby, že když se snažíte aplikovat ty změny a ono se to nedaří nebo dojde k selhání, tak je to pro nás zklamání.

T: Jaké jsou terapeutické postupy využívané v Ambulantní Léčbě?

R: KBT je nejdůležitější postup, dále motivační rozhovory, psychodynamický přístup, gestalt. Mnohdy stačí i poradenství, nemusí se jednat o psychoterapii, protože klienti nejsou schopni nebo ochotni dělat nějaké hluboké změny, a chtějí vyřešit jen tuhle konkrétní potíže.