



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Ing. Helena Švajková
Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 28. července 2024

Ing. Helena Švajková

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat paní Mgr. Pavlíně Jurníčkové, Ph.D. za vedení mé práce. Děkuji také mé rodině, především manželovi, v nichž jsem měla oporu po celou dobu studia. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé nadřízené, vedoucí v CKP ZK Mgr. Yvoně Kopečkové, která mě podporuje nejen ve vzdělávání, ale i v hledání nových směrů v oblasti dluhového poradenství.

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Úvod do závislostí a závislostního chování	13
1.1 Závislost a syndrom závislosti	13
1.2 Nelátkové závislosti	15
2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislostí	19
3 Patologické hráčství	23
3.1 Vymezení hazardního hraní	25
3.1.1 Fáze hazardního hraní	26
3.1.2 Hráčské bludy a mýty	27
3.1.3 Regulace hazardních her v České republice	28
3.1.4 Druhy hazardních her	29
3.2 Rizika spojená s hazardem	30
3.2.1 Rizika pro hráče	31
3.2.2 Rizika pro rodinu a osoby blízké	31
3.2.3 Rizika pro zaměstnavatele	31
3.2.4 Rizika pro společnost	32
4 Léčba patologického hráčství	33
4.1 Legislativní vymezení adiktologických služeb	34
4.2 Kvalita služeb	35
4.3 Typy adiktologických služeb a druhy intervencí	35
4.3.1 Preventivní služby	36
4.3.2 Minimalizace rizik (harm reduction)	36
4.3.3 Ambulantní léčba a poradenství	37
4.3.4 Krátkodobá stabilizace	37
4.3.5 Rezidenční služby	38
4.3.6 Následná péče	39
4.3.7 Svépomocné skupiny	39
4.3.8 Dluhové poradenství	41
4.3.9 Sebeomezující opatření	41
5 Teorie a metody sociální práce	45
5.1 Finanční terapie	47
5.2 Krátká terapie orientovaná na řešení	48
5.2.1 Zázračná otázka	49
5.2.2 Škálování	50
5.3 Kognitivně-behaviorální terapie	52
5.3.1 Desenzibilizace ve fantazii	54

5.3.2 Kognitivní restrukturalizace	55
6 Projekt.....	57
6.1 Cíle projektu	57
6.2 Základní údaje o realizátorovi projektu.....	57
6.3 Vymezení působnosti projektu	58
6.4 Analýza potřebnosti.....	59
6.5 Vymezení cílových skupin	63
6.5.1 Přímá cílová skupina	63
6.5.2 Nepřímá cílová skupina	64
6.6 SWOT analýza.....	65
6.7 Logický rámec a management rizik	66
6.8 Klíčové aktivity (výsledky, výstupy, indikátory).....	67
KA01 Vzdělávání pracovníka.....	67
KA02 Přímá práce s klienty.....	68
KA03 Propagace projektu.....	69
KA04 Evaluace projektu.....	69
6.9 Harmonogram projektu	70
6.10 Rozpočet projektu.....	71
6.11 Popis přidané hodnoty projektu.....	72
7 Závěr.....	75
Bibliografie.....	77
Seznam příloh.....	83
Přílohy	85
Anotace.....	107

Seznam zkratek

AA	Anonymní alkoholici
AG	Anonymní gambleři
b.d.	bez uvedeného data vydání
CKP ZK	Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji
ČR	Česká republika
ČTK	Česká tisková agentura
DSM	Diagnostický a statistický manuál
FTA	Financial Therapy Association (<i>Asociace pro finanční terapii</i>)
KA	Klíčová aktivita
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PGSI	Škála problémového hráčství (<i>Problem Gambling Severity Index</i>)
SFBT	Krátká terapie orientovaná na řešení (<i>Solution Focused Brief Therapy</i>)
SFFT	Finanční terapie orientovaná na řešení (<i>Solution Focused Financial Therapy</i>)
SPR	Společnost Podané ruce, o.p.s.
ÚV ČR	Úřad vlády České republiky
ZoHH	Zpráva o hazardním hraní

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou patologického hráčství, které je jednou z nejpočetněji zastoupených skupin nelátkových závislostí, která se dostala poměrně nově do oblastí zkoumání, hledání metod a přístupů v léčbě. Toto téma jsem si vybrala, neboť se s hazardními hráči a jejich osobami blízkými setkávám v odborném sociálním poradenství při dluhovém poradenství.

Cílem práce je zpracovat projekt pro Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji, které poskytuje ambulantní ošetření formou odborného sociálního poradenství. Realizací projektu se zvýší kvalifikace odborného pracovníka – dluhového poradce, čímž bude k rozšířena nabídka služeb cílové skupině tohoto centra.

V současné době je dluhové poradenství poskytováno pouze v rámci poradenského paradigmatu. Nicméně na základě zkušeností z přímé práce s hazardními hráči, na jejímž základě byla následně zpracována analýza potřeb klientů, vyplývá, že hráči chtějí řešit své finanční problémy komplexněji, tedy nejen hledat praktické řešení své dluhové situace, ale potřebují získat mnohem větší podporu, především se zpracováním emocí, se kterými se v dané situaci potýkají, což je z hlediska paradigmat v tzv. terapeutickém modelu.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol. V první kapitole se zabývám závislostmi obecně včetně jejich vymezení v klasifikačních manuálech. Obecně se zmiňuji i o nelátkových závislostech.

V následující druhé kapitole se podrobněji zabývám teoretickými přístupy využívanými u závislostí a u závislostního chování. Uvádím jejich vývoj a následně se věnuji především bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu, v jehož kontextu jsou v dnešní době služby poskytovány.

Ve třetí kapitole se věnuji samotnému patologickému hráčství, vymezení tohoto pojmu a mezinárodním klasifikacím. Dále se zabývám specifiky patologického hráčství, následně jejich riziky a důsledky, které postihují nejen samotného jedince, ale celou společnost.

Ve čtvrté kapitole jsem se zaměřila na možnosti léčby a oblasti pomoci osobám s problémovým hráčstvím a jejich osobám blízkým. Vzhledem k tomu, že jde o často mezioborovou spolupráci uvádím i legislativní rámec, dle kterého se adiktologické odborné poradenství v sociálních službách poskytuje. Dále se věnuji jednotlivým typům adiktologické pomoci a poskytovaným intervencím v různých fázích léčby.

V páté kapitole jsem hledala vhodné teorie a metody sociální práce, které jsou využitelné pro práci s hazardními hráči a jejich osobami blízkými. Blíže se pak věnuji přístupu orientovaného na řešení a kognitivně-behaviorální teorii v kontextu finanční terapie.

Poslední, šestou kapitolu tvoří projekt „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí v Centru komplexní péče ve Zlínském kraji“. V této části je představen cíl samotného projektu, základní údaje o realizátorovi, včetně informací o rozsahu poskytované služby. Následně jsou popsány výsledky a výstupy analýzy potřebnosti projektu. Poté jsem vymezila

cílové skupiny – přímou a nepřímou, které budou v projektu zainteresovány. Část této kapitoly jsem věnovala SWOT analýze, která vyhodnocuje vnitřní a vnější prostředí služby a slouží k zjištění potenciálních rizik. Na tuto analýzu jsem navázala vytvořením matice logického rámce, kde jsou definovány klíčové aktivity, výstupy, výsledky a ověřitelné indikátory naplnění jednotlivých aktivit. Dále jsem identifikovala rizika, která by mohla realizaci projektu ohrozit. Podkapitola je věnována i samotnému harmonogramu realizace klíčových aktivit a jejich grafickému znázornění v podobě Ganttova diagramu. Následně uvádím i rozpočet členěný podle klíčových aktivit včetně rozpočtu uvedeného v jednotlivých letech realizace projektu. Tato kapitola také obsahuje popis přidané hodnoty projektu, kterou vidím hlavně v holistickém přístupu a komplexnosti péče odborného sociálního poradenství s ohledem na individuální potřeby a přání klienta.

Rozšíření služby Centra komplexní péče ve Zlínském kraji, především zvýšením znalostí, dovedností a terapeutických kompetencí pracovníka dlouhodobého poradenství, přispěje ke zvýšení kvality poskytovaných služeb patologickým hráčům a jejich osobám blízkým.

1 Úvod do závislostí a závislostního chování

Problematika závislostí je celospolečenským problémem, který je prostoupen všemi sociálními vrstvami, přesto je jejich výskyt u některých sociálních skupin vyšší než u jiných. Röhr (2015, s. 11-13) závislost metaforicky definuje jako „nemoc žízň“, kdy jde o prázdnotu, která se vyskytuje v nitru člověka, nedá se nijak vyplnit a ikdyž se jí pokusí zaplnit, opět se rozevře a je ještě větší než před tím. Nemusí jít zdaleka pouze o drogy či alkohol, ale také o návykové aktivity, které nevedou k uspokojení, naopak, stále nás nutí dál a dál ukájet svoji žízeň.

V České republice se různými formami závislostí zabývá obor adiktologie, který je považován za multidisciplinární či transdisciplinární vědní obor. Mezi oblasti jeho působení se řadí prevence, léčba a výzkum užívání návykových látek a jiných forem případného závislostního chování. Zkoumá dopady na jednotlivce, společnost a na zpětné začlenění těchto osob do společnosti. V dnešní době se již pozornost nezaměřuje pouze na užívání alkoholu a drog, ale čím dál více dostává prostor k diskusi tabák, léky, syntetické drogy, stejně jako nelátkové závislosti např. na hazardu, na internetu nebo sociálních sítích, na jídle či na sexu (Kalina a kol., 2015).

1.1 Závislost a syndrom závislosti

Obecně lze pojem závislost neboli syndrom závislosti vysvětlit jako „*souhrn příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se u člověka vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu než činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti*“ (Křížová, 2021, s. 15). Například Škrupová (Blinka a kol., 2015, s. 21) vysvětluje závislost jako neschopnost jedince mít pod kontrolou své impulsivní jednání a to opakovaně, i přesto, že si jedinec takovým chováním škodí. Ze subjektivního pohledu je možné na závislost pohlížet jako na „ztrátu kontroly“, neboť ta se neustále objevuje, přestože jsou u jedince snahy o abstinenci či kontrolované užívání (Vacek, b.d.¹, s. 5).

Závislý člověk často obětuje většinu času nebo i veškerý svůj čas návykovým látkám nebo návykovým činnostem, protože jeho fyzické a psychické procesy jsou plně koncentrovány na pravidelný přísun drogy nebo závislostní činnosti. U závislých lidí se postupně objevuje široká škála problémů, od těch fyzických, přes psychické problémy až po potíže v sociální oblasti. Postupně s rozvojem syndromu závislosti a nadměrného užívání drog nebo nadměrného závislostního chování se u těchto osob projevuje v různých podobách a stupních fyzické poškození organismu, dále poruchy v chování, změny vnímání a myšlení, které mohou vést k narušení osobnosti (Křížová, 2021, s. 15).

¹ Bez uvedeného data vydání

Závislost a závislostní chování lze vysvětlit i jako omezení sebe sama na jediný způsob fungování, který je zaměřen pouze na uspokojování jediné potřeby, která dává zapomenout na starosti (Kalina, 2015, s. 522-523).

Podle Hartla a Hartlové (2010, s. 126) je závislost definována jako vztah mezi drogou a tělem jedince, který v důsledku užívání návykové látky nebo činnosti přichází o schopnost sebeovládání a s postupem času zcela ovládnou jeho život.

Lee (1993) definuje závislost jako problém, který ovládá život. Závislosti lze dělit obecně do tří kategorií:

- Závislost na látce (ovládání skrze užívání určité látky) – drogy, léky, jídlo, alkohol a jiné.
- Závislost na jednání (ovládání určitým způsobem chování) - hra na automatech, chorobné utrácení, pornografie a další sexuální závislosti, sport, a jiné nutkavé chování.
- Závislost na vztahu, tj. spoluzávislost.

Kudrle (Kalina a kol., 2003, s. 145-148) upozorňuje na problémy, které člověk vyskytující se v rozvinuté fázi závislosti prožívá, a které mají většinou efekt sněhové koule. To znamená, že na dosud neřešené problémy se nabalují další a další, až je postupně člověk postaven před velké množství problémů, jež zasahují do všech oblastí života (v partnerství, v práci, ve zdraví, volném čase aj.). To přirozeně vede k tomu, aby situaci „vyřešil“ dalším užitím návykové látky nebo návykového chování. Člověk v této fázi rozvinuté závislosti prakticky není schopen přežít v realitě, „izoluje se od svého autentického prožívání. Pokud by do jeho vědomí měly proniknout některé nelibé pocity, okamžitě startuje svoji aktivitu nutkavá touha po ovlivnění. Závislý člověk drogu požije dříve, než by se celý komplex nepříjemných pocitů stačil rozvinout. Úměrně hloubce této poruchy rozvíjí závislý člověk také své obrany a zdůvodnění.“

V současné době se pro diagnostiku a následnou léčbu využívají dva klasifikační systémy DSM-5² a MNK-10³. Klasifikační systém DSM byl sestaven Americkou psychiatrickou asociací, který je užíván převážně v USA a jeho poslední, tedy 5. revize byla aktualizována v roce 2013. V DSM-5 jsou návykové nemoci rozděleny do dvou skupin. První skupinu tvoří poruchy užívání látek, které jsou definovány následujícími kritérii (Křížová, 2021, s. 17-18):

1. K užívání látek dochází ve větších dávkách nebo po delší čas, než uživatel měl v úmyslu.
2. Opakující se nezdařené pokusy o snížení užívané látky, případně její vysazení.
3. Dosti časté pokusy k získání látky, její užívání nebo uzdravení se z účinků.
4. Silná touha nebo nutkání k užití látky.
5. V důsledku užívání látky dochází k selhání v zaměstnání, ve škole či doma.

² Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize

³ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

6. Přes přetrvávající problémy ve vztazích a v sociálních vazbách, dochází k pokračování užívání.
7. Omezení sociálních, profesních či volnočasových aktivit, protože je upřednostňováno užívání látky.
8. Opakované užívání látky i přes hrozící fyzické nebezpečí.
9. Zvyšující se tolerance k látce.
10. Odvykací stav.

Druhým klasifikačním systémem, který vytvořila Světová zdravotnická organizace, je MKN. Aktuální verze je označována pod číslem 10, přičemž tato klasifikace vznikla v Evropě (1994) a v České republice se využívá k diagnostikování somatických a psychických nemocí. Tento manuál dělí závislosti do tří oddílů. Prvním oddílem jsou duševní poruchy a chování, které jsou vyvolané užíváním nebo užitím psychoaktivních látek. Druhý oddíl obsahuje duševní poruchy způsobené užitím látek, které nemají potenciál k vyvolání fyzické závislosti. Poslední, tj. třetí oddíl, se zabývá návykovými nemocemi, které se projevují závislostí na určité činnosti či procesy, tzv. behaviorální závislosti (Křížová, 2021, s. 16-20).

Nešpor (2018, s. 18) hovoří o stanovení diagnózy pouze tehdy, objeví-li se u jedince během jednoho roku tři nebo více následujících znaků:

1. Silná touha či pocit nutkání užít látku (bažení, ang. craving).
2. Dochází k potížím v sebeovládání při užívání látky, a to jak se začátkem a ukončením, nebo množstvím látky.
3. Tělesné abstinenční příznaky.
4. Evidentní tolerance k účinkům látky, které se projevují v požadování vyšších dávek, tak aby bylo dosaženo účinku vyvolaných nižší dávkou.
5. Postupně dochází ke zvýšení času věnovaného získávání a užívání látky, nebo zotavení se z jejích účinků na úkor volného času, zájmů nebo potěšení.
6. Přestože jsou prokázány škodlivé účinky a následky užívání na organismus, jednotlivec pokračuje v užívání.

Lze tedy shrnout, že závislost je nemoc, která se projevuje různými symptomy, a to ať už tělesnými či duševními, které jsou u každého člověka specifické.

1.2 Nelátkové závislosti

V odborné literatuře se začal objevovat pojem nelátková (nedrogová či nechemická) závislost nebo také závislosti na procesech (behaviorální) teprve od 80. let minulého století. První zmínky se týkaly závislosti na televizi nebo hazardu, ale s tím, jak se společnost a technologie vyvíjely, si začínali odborníci všimnout přibývajících oblastí nelátkových závislostí. Mezi tyto aktivity lze zařadit závislost na sexu či pornografii, na sociálních sítích, na hraní her,

na nakupování, na jídle, na cvičení a sportu, na práci. Je tedy zřejmé, že jde o nutkavé jednání, které člověka vede oddávat se určitému chování i přes negativní dopady v psychologické, sociální a ekonomické oblasti. Někdy se můžeme setkat s osobami, které přecházejí z jedné závislosti do druhé, případně současně se u nich vyskytuje více závislostí zároveň, tzv. komorbidity (Kalina a kol., 2015, s. 514).

Podle MKN-10 jsou nelátkové závislosti zařazeny do kapitoly návykové a impulzivní poruchy (F63), kde jsou rozděleny do dalších diagnostických podkapitol: syndrom patologického hráčství, patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie) a trichotilomanie (chorobné vytrhávání vlasů). V podkapitole jiných návykových a impulzivních poruch jsou zařazeny následující nemoci: kompulzivní nakupování (oniomanie) nebo kompulzivní tuláctví (dromomanie) (Kuklová, 2016, s. 29). Dále Křížová (2021, s. 36) zmiňuje i závislost na internetu.

V DSM-5 je patologické hráčství zařazeno v oddíle Poruchy spojené s užíváním návykových látek a poruchy spojené se závislostí. Pyromanie a kleptomanie jsou zařazeny v oddíle Poruchy ovládnutí impulzů a poruchy chování (Křížová, 2021, s. 37).

Mezi behaviorální závislosti je tedy řazena skupina aktuálně uznávaných diagnóz, jako například patologické hráčství (gambling), kleptomanie, hypersexualita (závislost na sexu) a závislost na jídle. Druhou skupinou, jsou ty, které jsou nové a nejsou dosud kategorizované. Jde o širokou škálu činností, na kterých si lze vypěstovat závislost, protože přináší uspokojení. Jako příklady lze uvést technologické závislosti (na počítači, na internetu, na hrách, na mobilních telefonech, na hudbě atd.), závislosti na nakupování (oniomanie) a závislosti na práci (workoholismus). Existuje však další, nepřeborné množství aktivit, na kterých může člověk získat závislost (Křížová, 2021, s. 40-41).

Kalina (2015, s. 522) se zmiňuje o tom, že nejde o to vytvořit ze závislosti na procesech nějakou novou poruchu, ale jde o to porozumět způsobům závislostního chování. Upozorňuje také, že vytvářením diagnóz může přinášet rizika spojená se stigmatizací jedinců postižených závislostí, ostatně jak tomu je i u jiných psychiatrických diagnóz, což často vede k negativnímu přístupu k těmto lidem. Dále také uvádí, že člověk není přímo závislý na droze nebo na určitém chování, ale na prožitcích, které návykové látky či činnosti přinášejí a jsou v mnoha ohledech podobné.

Společné znaky látkových a nelátkových závislostí se podle Kaliny a kol. (2015, s. 518-520) dělí na:

- Genetické charakteristiky – výrazný podíl dědičnosti na rozvoj závislosti.
- Neurobiologické charakteristiky – vnímání a chování je ovlivňováno systémem odměn, který je významný pro vývoj a udržení závislostí (neurotransmitterové systémy).
- Osobnostní charakteristiky – osobnostní profil či sklon k závislosti, např. temperament, impulzivita, vyhledávání nového aj.

- Klinické charakteristiky – podobnosti ve vývoji a průběhu poruchy. Např. pohlcení látkou nebo činností anebo plynutí, tj. ponoření se do činnosti a nic ostatního není důležité.

Závislost je u každého jedince ovlivněna více faktory. V této oblasti jsou prováděny výzkumy, které se snaží zjistit přesné příčiny a následně zkoumají jejich důsledky pomocí různých modelů. V následující kapitole se budu věnovat přístupům k závislostem, které jsou důležité pro posouzení situace osoby, u které se závislost vyskytuje.

2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Přístupy k závislostem se postupem času měnily a vyvíjely. Důvodů pro proměnu teoretických přístupů je několik. Millerová (2011) zmiňuje, že lidé, kteří pracují se závislými přebírají většinou model, který jim je blízký nebo je prosazován zaměstnavatelem anebo subjektem financujícím léčbu, dále také autoritou, která udílí certifikaci či akreditaci k provozu adiktologických služeb.

Společným východiskem v odborných debatách o závislostech jsou klasifikace MKN a DSM, které obsahují všechny aspekty diagnózy závislosti a lze je tak propojit s modely, které kladou důraz na různé složky závislosti. Mezi tyto složky patří kulturní faktory (praktiky určité skupiny, subkultury či dostupnost drogy), environmentální faktory (jde o příjemné zážitky, snížení psychické nepohody a životní události), interpersonální faktory (sociální vliv, rodinné faktory), intrapersonální faktory (vývoj osobnosti, rozdíly v pohlaví, kognitivní stránka). Millerová představuje tyto modely závislosti (2011, s. 29-30):

Morální model

Podle tohoto modelu je závislý člověk považován za morálně slabého neboli za „hříšníka“. U závislého člověka, který se potýká s tímto morálním poklesem, se nepočítá s léčbou, ale pro dotyčného následuje trest, např. pobyt v nápravném zařízení.

Psychologický model

V rámci tohoto modelu je možné se setkat se třemi teoriemi, které mají odlišný pohled na příčinu závislosti. Oproti tomu se ale všechny shodují v tom, že léčba nemůže být úspěšná, pokud se nezmění faktory zapříčiňující závislost:

Psychodynamická teorie je zaměřena na psychopatologii závislého a jeho nevědomé procesy. Snaha rozkrýt nevědomé konflikty, které jsou často považovány za neměnné. Jako příklad konfliktu může být rodičovské odmítnutí, což způsobuje závislostní chování, ale nelze jej reálně uspokojit.

Teorie osobnostních rysů je zaměřena na osobnostní rysy závislého, např. může jít o úzkostné stavy. Dosud však nebyla přesně a jasně definována osobnost závislého člověka.

Teorie behaviorálního učení se vyznačuje apelem na změnu faktorů, které upevňují závislost, například může jít o změnu prostředí. Tato teorie je ze všech tří psychologických modelů považována za tu s nelepším prognózou léčby, protože je možné změnit posilující faktory.

Sociokulturní model

Tento model se opírá o vliv společnosti a kulturních postojů, které ovlivňují závislostní chování, proto se doporučuje zaměřit se na změnu prostředí, v nichž se závislý člověk pohybuje. Lze sem zahrnout i rodinné vlivy, které jsou buď vrozené nebo získané výchovou.

Medicínský model

Tento model pohlíží na závislého jako na nemocnou osobu. Zabývá se specifickými fyzickými projevy a jejich poruchami, které vznikají díky ztrátě kontroly nad návykovou látkou či nad chováním. Léčba závislého se zaměřuje na řízenou péči, která zohledňuje fyzickou, duševní i duchovní oblast.

Bio-psycho-sociální model

Jde o model, který se opírá o celistvost člověka, proto je nazýván „holistický“. Tento přístup umožňuje individuální posouzení příčin závislosti u jednotlivých osob, většina výše uvedených modelů se zde prolíná (Millerová, 2011, s. 35).

Křížová (2021, s. 44-47) jednotlivé složky tohoto modelu popisuje a doplňuje je o spirituální oblast:

Biologická složka je ovlivněna genetickými predispozicemi, fyziologickými rozdíly či vlivy v prenatálním, perinatálním a časně postnatálním období. Dále je člověk ovlivněn nemocemi či úrazy během svého života.

Psychologické aspekty jsou přisuzovány povahovým rysům a dynamice osobnosti, dále se může jednat o různé vlivy v dětství a v dospělosti.

Sociální aspekt zohledňuje vliv okolí na člověka, vztahy s okolím (rodina, škola, zaměstnání, vrstevníci, komunita) a v neposlední řadě sem lze zahrnout i demografické hledisko (pohlaví, sociální třída, vyznání, rasa). Podstatný je také kontext v jakém se závislost odehrává. Proto se zde klade důraz na vztahy v rodině, kde může vznikat tzv. kodependance⁴.

Spirituální složka je stále častěji zohledňována, neboť u závislých osob jde často o deficit sebepřesahu a přesahu k vyšší moci, které jsou pocíťovány jako ztráta smyslu života, pocit prázdnoty, touhu poznat sám sebe aj.

Model minimalizace rizik

S tímto modelem se lze také setkat pod názvem „harm reduction“. Tento model vychází z ochrany veřejného zdraví, kdy jde o minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek nebo návykového chování tak, aby se snížil dopad na jedince a celou společnost. Jedním z pozitivních dopadů tohoto modelu je realistický pohled na léčbu, protože někteří jedinci nejsou v jejich životní situaci schopni zcela abstinovat (Millerová, 2011, s. 34-35).

Tyto modely lze porovnat v následující Tabulce 1 z pohledu na uživatele/závislého, příčiny závislosti a léčby.

⁴ Spoluzávislost

Tabulka 1 Teoretické modely závislostí

Model	Pohled na uživatele/závislého	Příčina závislosti	Léčba
Morální	Zvrhlík	Morální slabost	Trest (neúčinné)
Psychologický/ psychodynamický	Osobní patologie	Nevědomé konflikty	Konflikty se nemění (neúčinné)
Psychologický/osobnostní rysy	Problémy v osobnostních rysech	Osobnostní rysy	Osobnostní rysy se příliš nemění (neúčinné)
Psychologický/behaviorální učení	Problém učení	Alkohol/droga a environmentální posilující prvky užívání	Změna posilujících faktorů
Sociokulturní	Situační problém	Sociální síly a kontext	Změna environmentálního kontextu
Medicínský/nemoc	Pacient/Klient	Fyziologická dysfunkce/ztráta kontroly, progresivní	Žádná specifická léčba/ léčit tělo, mysl, ducha
Bio-psycho-sociální	Klient a environmentální faktory	Biologické/psychologické/ sociální faktory	Léčba interagujících faktorů (individualizované)

Zdroj: Millerová (2011), s. 36.

Příčiny závislostí jsou tedy otázkou komplexního pohledu na toto chování a je nutné pohlížet na osobu postiženou závislostí ze všech možných úhlů pohledu. Bio-psycho-sociálně-spirituální model nabízí celistvý, tzv. holistický přístup, a v podstatě lze říci, že jde o patologický způsob chování, který má negativní dopady na tělesné a duševní zdraví, na společenské a spirituální oblasti života (Vacek, b.d., s. 6).

Kudrle (Kalina a kol., 2003, s. 145-148) reflektuje aspekty závislosti v bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu včetně jeho složek, které ze závislosti činí komplexní onemocnění. Biologický aspekt je v podstatě neovlivnitelný, neboť je nám dán díky genetickému přenosu a dědičným dispozicím. Tyto dispozice jsou lékaři přeceňovány a většinou je z hlediska lékařského považují za léčitelné onemocnění. U psychologických aspektů je podstatným faktem, že jsme ovlivněni ranou fází evoluce, perinatálními traumatickými událostmi, duševními poruchami, poruchami osobnosti a poruchami emocionálních či kognitivních funkcí. V dysfunkčním sociálním prostředí, kde se zahrnuje role rodiny, vztahů s ostatními a úřady, se také hovoří o rozvoji spoluzávislosti. Duchovní aspekt souvisí se smyslem bytí, vztahem k druhým a vztahu k tomu co je mimo naše individuální Já. Tento model se také stává dobrým východiskem pro primární, sekundární (aktivní léčbu) a terciální prevenci (harm reduction, sociální služby).

Pohled, jakým sociální pracovník na klienta a jeho životní situaci nahlíží, se promítá i do jeho postupů práce s klientem. Právě z tohoto důvodu, považuje řada autorů jak klasických (Richmondová, Hollisová nebo Bartlettová), tak i těch současných, posouzení životní situace klienta za klíčový úkol a kompetenci sociálního pracovníka. Tento počin může být veden snahou sociálního pracovníka po zjištění pravdy o klientovi. A zároveň od posouzení situace se odvíjí další aktivity, kterými klient spolu s pracovníkem procházejí. Proto Navrátil a kol. (2010, str. 9) zdůrazňuje, že taková činnost, jako je právě životní posouzení situace klienta, by měla být provedena co nejpečlivěji nebo nejkvalitněji.

V následující kapitole se zaměřím na patologické hráče, kteří představují nejvíce zastoupenou skupinu v oblasti léčby nelátkových závislostí, se kterou se při své práci v CKP ZK setkáváme. Zaměřím se především na ty oblasti, které jsou nezbytné pro pochopení problematiky patologického hráčství a využití těchto znalostí pro sociální práci s těmito lidmi.

3 Patologické hráčství

Na úvod této kapitoly je vhodné se nejdříve zmínit o tom, že hra má zásadní význam pro jedince i společnost. Hra je totiž z psychologického hlediska považována za jeden z nejvýznamnějších socializačních činitelů a je předstupněm procesu záměrného učení. Pro člověka je hra naprosto přirozenou komponentou a základní činností, kterou se ve svém životě zabývá. Například Piaget považoval hru za nástroj inteligence a jakýsi druh asimilace. Oproti tomu Adler považuje hru za významnou pro dítě, protože při hře dítě pocítuje svou malost, slabost a přirozenost (Prunner, 2013, s. 24-25).

Historicky byly hry pořádány na popud panovníků, kteří chtěli jejich prostřednictvím obyčejnému lidu dopřát zábavu, vzrušení a na krátkou dobu únik z obyčejného života. Například v období starověkého Říma si panovníci uvědomovali, že lid má být spokojen, a proto jejich heslo znělo „chléb a hry“. Hry měly zaplnit volný čas a přitáhnout pozornost jejich obyvatel. Hazardní hry jsou tedy historicky spjaty s lidstvem, ať už šlo o házení zvířecími kostmi nebo o hru v kostky, karetní hry, sázky či loterie. S postupným vývojem společnosti se postupně měnily a rozšiřovaly prostředky, formy a způsoby zábavy a hry. Přelomovým okamžikem lidstva se stal počátek 20. století, kdy byl vyroben první výherní automat tzv. jednoruký bandita, čímž byl položen základ hernímu průmyslu. S rozvojem technologií se herní, a loterijní průmysl postupně přesunul od „beden“ k webovým stránkám či mobilním aplikacím (Prunner, 2013, s. 18-20).

Dle Millerové (2011, s. 31) byl společenský problém patologického hráčství historicky hodnocen jako morální selhání, které se týká slabých jedinců, kteří nejsou schopni odolat pokušení. Zásadní změna přišla se zařazením tohoto chování do MKN a DSM, čímž se změnil i pohled na závislého jedince. Původní tvrzení, že jde o nemorálního člověka se změnilo na vnímání takového člověka jako nemocného.

Patologické hráčství je v MKN-10 součástí kategorie nutkavých impulzivních poruch (F63.). Tato porucha se vyznačuje častými opakovanými epizodami hráčství, které přinášejí do života hráče ztrátu hodnot, majetku a sociálních závazků, které vyplývají z rodinných vztahů a zaměstnání. Nepatří sem: nadměrné hráčství u manických pacientů, hráčství a sázení, hráčství u disociální poruchy osobnosti (ÚZIS, 2024).

Aby byla splněna definice MKN-10 musí být splněna následující kritéria (Nešpor a kol., 2011, s.14):

1. V období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě anebo více hráčských epizod.
2. Z epizod nemá jedinec výnosy, ale opakují se, přestože vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
3. Jedinec hovoří o silném puzení ke hře, které může jen těžko ovládnout, také hovoří o neschopnosti odolat hře i přes veškeré úsilí.
4. Jedince ovládají myšlenky a představy na hru, stejně jako okolnosti, které tuto činnost doprovázejí.

V DSM-5 namísto původního označení „patologické hráčství“ je tato diagnóza nahrazena pojmem „hráčská porucha“ a je zařazena mezi „látkové a další návykové poruchy“. Diagnostická kritéria patologického hráčství dle DSM-5 jsou následující (Dávidová, 2020, s. 18-19):

A. Trvalé a vracející se problematické hráčské chování vede ke klinicky významným potížím během posledních 12 měsíců, které se vyskytují ve čtyřech a více bodech:

1. Člověk potřebuje ke hře stále větší částky peněz k tomu, aby dosáhl požadované vzrušení.
2. Hráč se projevuje neklidným a podrážděným jednáním v případě pokusů o omezení či ukončení hraní.
3. Došlo k opakovaným neúspěšným pokusům kontrolovat, omezovat či úplně ukončit hraní.
4. Osoba je často zaujatá hraním, což se projevuje neustálými myšlenkami na minulé hráčské zážitky, na překážky nebo plánování dalšího hazardu. Také přemýšlí o způsobech, jak získat peníze na hru.
5. Často se uchyluje ke hře, když se cítí zarmoucený, bezradný, vinný, depresivní.
6. Po prohře se často druhý den vrací ke hře, aby vyrovnal ztráty.
7. Lže, aby zatajil rozsah hraní.
8. Kvůli hře došlo k ohrožení nebo ztrátě důležitého vztahu, práce, studia nebo kariéry.
9. Spoléhá se na druhé, že mu poskytnou finanční prostředky ke zmírnění tíživé finanční situace.

B. Hráčské chování nelze vysvětlit přítomností manické epizody.

Dávidová (2020, s. 19) odkazuje na DSM-5, ve kterém je také uvedeno vyhodnocení závažnosti poruchy na základě počtu splněných výše uvedených kritérií. Pokud je splněno 4-5 bodů, jde o mírnou hráčskou poruchu. Při splnění 6-7 kritérií, jde o středně těžkou poruchu. Pokud je splněno 8-9 kritérií, jde o těžkou hráčskou poruchu.

Kromě oficiálních diagnostických manuálů se můžeme setkat také s volně dostupnými orientačními dotazníky, kterými si mohou hráči ověřit, zda je jejich aktivita už problém a je nutné vyhledat odbornou pomoc. Jedním z těchto dotazníků je zveřejněn na webových stránkách Anonymních gamblerů Česko, který uvádím v Příloze 1 (AG, 2024).

Na stránkách online terénní služby Naberte kurz provozované SPR, nabízí zájemcům tři diagnostické dotazníky. Prvním dotazníkem je LIE/BET, který zahrnuje pouze 2 otázky, které byly v 80. letech vytvořeny americkými lékaři ve spolupráci s AG. Druhý dotazník odkazuje na již zmiňované otázky AG. Třetím dotazníkem, který je na těchto stránkách k dispozici, je DSM-5 (SPR, 2019).

3.1 Vymezení hazardního hraní

Hartl a Hartlová (2010, s. 185) vysvětlují jako rizikové rozhodování, ve kterém jde o vše nebo nic. Skýtá vzrušení, je příležitostí k soutěžení a exhibicionismu. Může přerůst v hráčskou vášeň a vést k závislosti na hazardní hře. Nešpor a kol. (2011, s. 15) formuluje typický znak hazardu následovně „*hráč si kupuje možnost nebo iluzi výhry*“.

Dávidová (2020) definuje hazardní hraní jako chronickou progresivní neschopnost odolávat podnětům a v důsledku čehož dochází k narušení bio-psycho-sociálně-spirituálního rozměru jedince.

Je třeba zmínit, že ne každý člověk, který hraje o peníze, je v riziku. Přestože se odborníci shodují v tom, že hrát o peníze přináší četná rizika, při zachování určitých pravidel může být pro hráče takováto činnost celoživotní zábava, která občasné přináší adrenalin, potěšení nebo životní zpestření. Tyto pravidla lze u neproblémového (nerizikového) hráče shrnout následovně (Prunner, 2013, s. 114-115):

1. Schopnost vyhodnocovat aktuální rizika a dle nich regulovat svou hru.
2. Schopnost analyzovat aktuální vývoj hry a předvídání pravděpodobného průběhu.
3. Investice do hry je úměrná rizikům a šancím.
4. Schopnost ukončit herní aktivitu v době, kdy přestává vyhrávat nebo se mu nedaří, a také v případě, kdy se mu po delší časové období nedaří anebo dosahuje vyšší ztráty.
5. Nejdůležitější je aktuální psychické naladění jedince.

Nešpor a kol. (2011, s. 13) uvádí tři druhy hazardního chování. *Rizikový hazard* je stav jedince, kdy důsledky hazardu nezapříčinily vážnější psychologické nebo sociální problémy. V této fázi je vysoké riziko progresu stavu směrem k patologickému hráčství. Hranice mezi rizikovým hazardem a „hráčstvím a sázkařstvím“ není jasně vymezena. Pokud je v této fázi zjištěn problém, může to být podnět pro krátkou intervenci. Pojem *problémový hazard* je užívaný v anglofonních zemích a v určité míře se kryje s níže zmíněným hráčstvím a sázkařstvím. Problémový hazard je definován různými problémy především ztrátami finančními a časovými, a tím s sebou přináší negativní důsledky nejen pro hráče samotné, ale pro další lidi a případně i pro společnost. Zatímco *hráčství a sázkařství* je vymezeno dle MKN-10, kdy jde o časté hráčské epizody, které přinášejí vzrušení a jsou pokusem k získání peněz, avšak lidé z této kategorie jsou schopni tuto činnost udržet pod kontrolou, pokud by museli čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům.

Podle Nešpora (2012, s. 16) jsou některé skupiny lidí mnohem více ohroženy patologickým hráčstvím než jiné. Mezi více ohrožené skupiny patří mladí lidé, hlavně muži, profesionální hráči, lidé s nebezpečným povoláním (s vysokými příjmy) a hyperaktivní děti s poruchami pozornosti. Dále pak zmiňuje nezaměstnané a ty, kteří selhali ve škole nebo v učení. Nicméně také dodává, že může být do určité míry ohrožen každý.

U každého jedince se závislost na hazardu vyvíjí po odlišnou dobu, což souvisí také se stádiem, ve kterých se postupem času ocitá. Projevy chování hráče nám také mohou napovědět, v jaké fázi či stádiu hazardního hraní se nachází.

3.1.1 Fáze hazardního hraní

Závislost na hazardních hrách nevzniká ze dne na den. To, jak dlouho trvá, než se z člověka stane patologický hráč je u každého různé. Někomu stačí jeden rok někomu i tři. Mnohem rychlejší je průběh nemoci u dětí a mladistvých, kdy může jít o týdny nebo měsíce. Se vznikem patologického hráčství se hovoří o následujících fázích nebo stádiích závislosti (Nešpor, 2012, s. 14).

První fáze „výher“

Je spojena s přáním a fantazií o velké výhře. Občasná hra či sázky nebývají spojeny s většími problémy. Nicméně pokud se hráči v této fázi podaří vyhrát, chce výhru zopakovat, proto navyšuje sázky i jejich frekvenci. Člověk v tomto stádiu má dvě možnosti, buď s hazardem přestat nebo pokračovat do závažnější fáze.

Druhá fáze „prohrávání“

V této fázi se už jedná o patologické hráčství. Hráč neustále myslí na hazard a nedokáže s ním přestat. Někdy jsou dlouhá období proher přerušována snahou o zvládnutí hazardu nebo pokusy o úplné ukončení. Finanční prostředky si hráč půjčuje, splátky dluhů odkládá, a proto si půjčuje vyšší a vyšší částky. Může zvažovat i získání peněz nezákonným způsobem. Hazard tají před rodinou a blízkými, čímž dochází ke zhoršování vztahů, protože se chová bezohledně, podrážděně a je uzavřený.

Třetí fáze „zoufalství“

Projevuje se ztrátou pověsti hazardního hráče často způsobené soudními obsílkami či tresty. V tomto stádiu se hráč může uchýlovat ke krádežím, zpronevěře peněz nebo k podvodům. Hráč je osamělý z důvodu odcizení se rodině a přátelům, poměrně často dochází k rozpadu rodiny. Neustále tráví čas hrou i přesto, že dále prohrává. Obvykle obviňuje ze svého neúspěchu okolí, litují se, podléhá beznaději a depresi, přicházejí též panické stavy. Nezřídka se hráč uchyluje k alkoholu nebo jiným návykovým látkám. Někteří uvažují o sebevraždě nebo se o ni již pokusili.

Důvodem proč hráči vydrží u hraní, jsou mylné představy, naděje či nesmyslná víra, které nejsou schopni při touze vyhrávat zastavit. Považují za důležité se o těchto mylných představách zmínit, protože se s nimi velmi často setkávám v dluhovém poradenství u patologických hráčů. Tyto představy, bludy či marné naděje ovlivňují náhled na hledání řešení z hráčovi velmi špatné finanční situace.

3.1.2 Hráčské bludy a mýty

Patologičtí hráči podléhají řadě nereálných představ a mají neopodstatněnou víru, které jejich hráčskou vášeň podporují a utvrzují je v pokračování. Zdánlivě se může jednat o rozumné důvody, kterým hazardní hráč věří, často je i s ostatními hráči sdílí, čímž se tyto domněnky stávají ještě důvěryhodnější. Jedná se o jakousi víru, která přiživuje plameny této závislosti. Mezi tyto bludy a mýty patří (Nešpor, 2012, s. 22):

1. Rychlé zbohatnutí – jde o velmi nebezpečný blud, protože pokud hráč zažije větší výhru, často hráče fixuje k prožitku z výhry, následné prohry si nepřipouští.
2. Zajímavost hazardu – označovat hazard jako zábavu pro patologického hráče je hluboký omyl a nepochopení. Hraní je namáhavé a vyčerpávající, obvykle je spojeno s velkým stresem a napětím, které dlouhodobě mohou přinést zdravotní problémy. V případě, že hazardem uniká hráč od rodinných nebo jiných problémů, tak jde jen o chvilkovou záležitost.
3. Spořitelna/banka – představa hráčů, že vložené peníze získá zpět, je mylnou představou. Přestože by vyhrál část peněz nazpět, opět jde jen o posílení hráčské vášně.
4. Únik a odreagování – hráč si neuvědomuje, že neřešením problémů nic nezmizí, ale naopak se problémy hromadí. Hazard to jen přiživuje. Dříve nebo později dojde k probuzení do reality a o to více to pak bolí.
5. Vlastní genialita – často mají patologičtí hráči představu, že přišli na systém či algoritmus, jak automat, ruleta či jiná hazardní hra funguje. Není to výjimkou ani u vysokoškolsky vzdělaných hráčů.
6. Vše mám pod kontrolou – také velmi obvyklé přesvědčení o tom, že zrovna on se nemůže stát patologickým hráčem.
7. Nikdo se nic nedozví – neuvědomují si, že narůstající problémy nelze tajit do nekonečna nebo že si nikdo nic nevšimne, protože to přece hráči skvěle zakrývají.
8. Štědré automaty a laskavá štěstěna – přesvědčení o tom, že mohou vyhrát peníze na dárky či luxusní věci hazardem je také mylné.
9. Až vyhraju a nedokončenost – hodně patologických hráčů se živí přesvědčením, že až vyhrají, přestanou. Mají pocit rozdělané „práce“. Nicméně další výhra by znamenala opět další prohru, protože bažení po hazardu opět zvyšuje právě tuto výhra.
10. Odpovědný hráč – nezřídka mají pocit, že se zvládají při patologickém hráčství starat se o rodinu, ale neuvědomují si, že rodina právě touto závislostí trpí, a to jak finančně, nedostatkem společně stráveného času, tak i nespolehlivostí či lhaním.
11. Účel peněz – představa patologického hráče, že peníze slouží k hazardu je také mylná. Přehlíží potřeby své i svých blízkých.

Tyto hráčské bludy či mýty vznikají především na základě očekávání a tužeb hazardních hráčů, ale realita je zcela odlišná. Mýty, bludy a přesvědčení hráče drží v bludném kruhu, kde klamou sami sebe i své okolí. Tyto skutečnosti si nechtějí připustit viz následující Tabulka 2 (Nešpor, 2012, s. 23).

Tabulka 2 Očekávání hazardních hráčů vs. skutečnost

Očekávání od hazardu	Skutečnost
Bohatství	Nouze a dluhy
Zmírnění nervozity a úzkosti	Z dlouhodobého hlediska se tyto stavy jen prohlubují. Navíc vznikají problémy v různých oblastech života.
Mírnění smutku a deprese	Podobně se prohlubují i deprese.
Touha po štěstí a příjemných pocitech	Míra utrpení a bolesti roste a na tom nic nemění krátkodobé zaujetí hazardem.
Společenskost	Samota, vzdalování se normálním vrstevníkům i rodině.
Odreagování	Patologické hráčství vede k chudému a k únavnému životnímu stylu. Vznikají problémy v různých oblastech.
Zesílení příjemného stavu	Zbytečné problémy, krize a utrpení.
Zvědavost, hledání nových podnětů, únik před nudou	Jednotvárný život točící se kolem hazardní hry.
Únik před rodinnými problémy	Zhoršení rodinné situace, klesá prestiž a autorita.
Únik před samotou	Problémy s okolím a větší samota.
Vynahradiť si domnělá nebo skutečná příkoří. Hazard jako pomsta, hraní „na just“.	Člověk si hazardem ubližuje a působí si zbytečné problémy. To může jeho skutečné nepřátele jen těšit.

Zdroj: Nešpor (2012), s. 23

Součástí práce s patologickými hráči je tedy hledání lepších možností, jak své představy či očekávání, které byly spojeny s hazardem, zdravě uspokojovat (Nešpor, 2012, s. 23). Ke změně mylných přesvědčení a hledání nových možností u hráčů se využívají různé metody a techniky práce, kterými se budu blíže zabývat v kapitole 4 Teorie a metody práce.

V následujícím textu považuji za vhodné uvést hazard v ČR do kontextu legislativního rámce a uvést o jakých hazardních hrách se v kontextu patologického hráčství hovoří.

3.1.3 Regulace hazardních her v České republice

Provozování hazardních her je v České republice regulováno zákonem. Původní zákon č. 202/1990 Sb. o loteriích a jiných podobných hrách (tzv. loterijní zákon) byl s účinností od 1.1.2017 nahrazen zákonem č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách. Zákon o hazardních hrách upravuje hazardní hry a vymezuje jejich druhy, také podmínky jejich provozování, dále uvádí opatření pro zodpovědné hraní a působnost správních orgánů v oblasti provozování hazardních her. Procesní agendy a regulace hazardu spadají mimo jiné pod MF ČR (ÚV ČR, 2023, s. 13).

Hazardní hry podléhají zdanění dle zákona č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her, a výše zdanění se dělí na dvě sazby dle typu hazardní hry, stejně jako výnosy z těchto daní jsou přerozdělovány dle typu hazardních her, a to mezi stát a obce. Obce jsou oprávněny zakázat

či omezit provozování určitých typů hazardních her na základě obecně závazných vyhlášek, které původně evidovalo MF ČR a nově od roku 2022 jsou uvedeny ve *Sbírce právních předpisů územních samosprávních celků a některých správních úřadů*, které spravuje Ministerstvo vnitra (ÚV ČR, 2023, s. 15).

V České republice se stala do roku 2014 oblast hazardního hraní součástí politiky závislostí jako celku a zahrnuje témata legálních a nelegálních návykových látek a nelátkových závislostí. Stěžejním dokumentem je aktuální, vládou schválená *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chování 2019-2027*. Na tuto strategii navazují akční plány vydávané zpravidla na tříleté období. Mezi prioritní témata akčního plánu patří mimo jiné cíle i prevence a léčba závislosti. Vláda ČR nese zodpovědnost za tvorbu a naplňování národní politiky v oblasti závislostí a k tomu je ustanovena funkce národního koordinátora pro protidrogovou politiku, přičemž poradní a koordinační funkce je v rukou Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí (ÚV ČR, 2023, s. 16-17).

Existují různé druhy hazardních her, které jsou poskytovány ať už živě nebo online a těší se různé popularitě.

3.1.4 Druhy hazardních her

Hazardní hrou se dle zákona č. 186/2016 Sb. „rozumí hra, sázka nebo los, do nichž sázející vloží sázku, jejíž návratnost se nezaručuje, a v nichž o výhře nebo prohře rozhoduje zcela nebo zčásti náhoda nebo neznámá okolnost“. Zákon upravuje následující druhy hazardních her: loterie, kurzové sázky, totalizátorové hry, bingo, technické hry, živé hry, tombola a turnaj malého rozsahu.

Mezi nejčastěji provozované hazardní hry jsou v ČR považovány dle ÚV ČR (2023, s. 21-25) nebo Prunner (2013, s. 52-62):

Technické hry

Jde o hry provozované skrze technické zařízení, které obsluhuje samotný hráč. Mezi tyto hry jsou zahrnuty elektromechanické rulety, elektromechanické kostky, on-line terminály (dříve video terminály), sázkové hry po telefonu nebo centrální loterijní systémy. Dle ZoHH ÚV ČR má provoz těchto her klesající tendenci, kdy ze 100 tis. povolených v roce 2011 jich bylo povoleno pouze 29 tis.

Kurzové sázky

Jedná se o způsob sázení, který u nás zaznamenal v posledních letech velký rozvoj. Zahrnují v sobě velkou variabilitu sázkových možností. Mohou být nabízeny v sázkových kancelářích nebo na internetu, někdy je možné podávat sázky po telefonu s asistencí operátora. V současné době probíhá kurzové sázení hlavně v online prostředí, kde má povolení k provozu

8 společností. Nejvíce se sází na sporty, a to především fotbal, hokej nebo tenis. Nicméně je v dnešní době možné sázet v podstatě na cokoliv např. výsledky voleb.

Živé hry

Jde o hry, které jsou provozovány v kasinech u hracích stolů, např. karetní hry, ruleta nebo kostky. Při těchto hrách stojí proti sobě hráč či více hráčů a krupiér, nebo hráči sami proti sobě, aniž by bylo předem stanoveno, kolik hráčů sází nebo jaká je výše sázky do jedné hry. ÚV ČR ve ZoHH uvádí, že je povoleno 4,3 tis. živých her.

Loterie

Jedná se o druh hazardních her, které mají u nás dlouholetou tradici (Sportka, Mates, Sazka), dále sem patří stírací losy nebo okamžité loterie. Ve většině případů lidé sází přijatelnou finanční částku, která není zásadním zásahem do rodinného rozpočtu a věří, že se stane zázrak a vyhrají vysokou částku, čímž vyřeší svoji finanční situaci.

Z hlediska rizikovitosti, kterou hazardní hry obecně představují, nesou online hry vyšší riziko pro vznik a vývoj problémového hráčství, protože jsou nepřetržitě k dispozici a je možné hrát více her ve stejný okamžik. Také umožňují hráči okamžitou hru, která probíhá s vysokou frekvencí (ÚV ČR, 2023, s. 25).

V posledních letech také dochází k zásadní diskuzi ohledně počítačových a mobilních her, které vykazují prvky hazardních her. Jedná se o tzv. lootboxy neboli virtuální balíčky, které si hráč může zakoupit v průběhu hry za virtuální měnu nebo nákupem za reálnou měnu. Tyto balíčky obsahují náhodný obsah a jejich náhodným otevřením hráč získává např. lepší zbraně nebo virtuální vzhled, ale hráč tento obsah nezná, dokud jej neotevře. V některých zemích jako např. v Nizozemí nebo Belgii již tyto lootboxy klasifikovali jako hazardní hry, což v důsledku vedlo k jejich zákazu (ÚV ČR, 2023, s. 26).

Nyní bych chtěla upozornit, že hazard nepřináší pouze vzrušení a zábavu, ale je spojen se značnými riziky, které v počátku lidé nevnímají, a uvědomují si je až v době, kdy hazard u propadli nebo hazardu propadl někdo z jejich blízkých.

3.2 Rizika spojená s hazardem

Je potřeba si ve vztahu k hazardu uvědomit i některé důležité souvislosti, jako je například vidina výhry, která vyvolává pocit vzrušení. Toto vzrušení souvisí s dopaminem v organismu, který funguje stejně jako u rozvoje závislostí na látkových drogách. Dalším významným aspektem jsou finanční problémy, dluhy a předlužení. Chování ze strany věřitelů, které vytváří neustálý tlak a je krokem k bludnému kruhu hazardu, neboť nutí hráče opět unikat k dalšímu hazardu. Dochází tak k nárustu problémů. Na peníze lze nahlížet jako na spouštěč nebo podnět, který vyvolává bažení a zhoršuje sebeovládání ve vztahu k hazardu (Nešpor a kol., 2011, s. 12-13).

Při dotazníkovém šetření u 63 mužů léčících se s patologickým hráčstvím, které prováděl v roce 2008 Nešpor a Scheansová (Nešpor a kol, 2011, s. 122), uváděli respondenti následující dopady, se kterými se potýkali v důsledku hazardu: finanční situace a životní úroveň 97 %; rodinné a partnerské problémy včetně výchovy dětí 89 %; duševní zdraví 79 %; problémy v zaměstnání 57 %; uvažovali v souvislosti s hazardem o trestném činu 56 %; riziko bezdomovectví 51 %; tělesné zdraví 40 %; problémy se zákonem 32 % a dopustili se agrese vůči sobě 29 %.

U hazardního hráče jde o komplexní problém, který zasahuje jeho okolí, zároveň nese rizika nejen pro hráče, ale i jeho rodinu a blízké, dále pro zaměstnavatele a v neposlední řadě důsledky hazardu mají dopad na celou společnost (Nešpor a kol., 2011).

3.2.1 Rizika pro hráče

Důsledky hazardu, které vznikají ze špatné životosprávy, nepravidelného příjmu potravy, stresu z nedostatku financí (vysoký krevní tlak, úrazy, trávení, problémy s páteří z dlouhého sezení), pocítují hráči především v oblasti zdraví. Mnohem závažnější jsou rizika v oblasti duševního zdraví, lze mezi ně řadit deprese, osamělost, nezaměstnanost, chudoba, zvýšené riziko konfliktu se zákonem, což může vést až k sebevražedným myšlenkám. Zvýšená rizikovitost se objevuje u lidí s jinou závislostí, hyperaktivních lidí s poruchami pozornosti nebo může být dána i profesí, která vyvolává stres, není zajištěn pravidelný příjem peněz, případně může docházet k nekontrolovanému pohybu peněz (Nešpor a kol., 2011, s. 19-20).

3.2.2 Rizika pro rodinu a osoby blízké

Pro osoby blízké a rodinu vede hazard k problémům jako je odcizení, domácímu násilí, zanedbávání či zneužívání dětí, případně k násilí vůči nim. Nezřídka se rodina ocitá v sociální izolaci a hmotné nouzi, v důsledku toho se pak děti ocitají v citové a hmotné deprivaci, cítí vinu za chování rodičů. V těchto rodinách často dochází k rozvodům. Také ostatní příbuzní pocítují deprese, úzkosti a uchylují se k alkoholu či jiným návykovým látkám. Obvykle bývá hazardem zasažena širší rodina (Nešpor a kol, 2011, s. 20).

3.2.3 Rizika pro zaměstnavatele

Zaměstnavatelé hazardních hráčů se potýkají s člověkem, u kterého dochází k výraznému poklesu pracovního výkonu a k chybám, to vše v důsledku nedostatku spánku a nárůstu osobních problémů. Hráč může vykazovat vyšší nemocnost někdy způsobenou opravdovým stresem případně hranou nemocností. Hráči vykazují pozdní příchody nebo úplnou absenci, fluktuaci, dokonce i zpronevěru peněz či majetku a krádeže na pracovišti. Vyšší riziko

korupčního jednání nebo používání peněz zaměstnavatele ke hře. Neobvyklé nejsou ani konflikty s kolegy či nadřízenými na pracovišti. (Nešpor a kol., 2011, s. 21 a 129).

Nešpor a kol. (2011, s. 128) shrnuje zkušenosti tuzemských a zahraničních zdrojů, které zmiňují následující problematické projevy hazardního hraní v pracovním prostředí. Jsou mezi nimi například žádosti o dřívější výplatu zálohy nebo mzdy, neochota hovořit o finančních záležitostech, změny nálad a podrážděnost, konfliktní situace se spolupracovníky kvůli splácení dluhů vůči nim, představa o výši výdělků neodpovídá aktuální ekonomické situaci, exekuce ze mzdy, telefonáty a návštěvy věřitelů na pracovišti, návštěva webových stránek týkajících se hazardního hraní v pracovní době, organizování sázek během pracovní doby a časté pracovní přesčas. Nejsou ojedinělé ani vedlejší pracovní poměry.

Výše uvedená rizika nejsou jistě vyčerpávajícím výčtem, nicméně jsou nejčastěji se objevující a zasahující do vztahu mezi hráčem a zaměstnavatelem.

3.2.4 Rizika pro společnost

Důsledky hazardního hraní jsou pro společnost mnohem závažnější, než si mnozí lidé dokáží představit a uvědomit. Pokud jde o jejich vyčíslení, je třeba započítat náklady na zdravotní péči hazardního hráče a jeho osob blízkých. S nižší produktivitou práce souvisí nižší odvody do veřejného systému zdravotního a sociálního pojištění nebo daní. Pokud je hazardní hráč ve fázi delikvence a kriminality, pak se jedná o hodnotu odcizených či zpronevěřených finančních prostředků, ukradených věcí apod. S hazardem je spojován i organizovaný zločin, který na hazardu profituje praním špinavých peněz a lichvou. Hazardní hráč se dostává do kolotoče dluhů, rostoucí dluhy se stávají nesplacitelné, čímž se stává i pro ekonomiku ekonomicky nestabilním, zároveň se sekundárně snižuje koupěschopnost rodiny a dalších osob, u kterých si hráč půjčil peníze (Nešpor a kol., 2011, s. 21-22, s. 125).

Psychiatrické centrum Praha vyčíslilo společenské náklady na hazardní hraní za rok 2012 na 14,2 – 16,1 mld. Kč, z čehož 71-75 % činily nehmotné náklady, tj. emoční újma a utrpení hráčů nebo jejich osob blízkých (ÚV ČR, 2023).

Z této kapitoly je zřejmé, že hazard, resp. hazardní hraní neovlivňuje pouze život jedince, ale je třeba sledovat i dopady celospolečenské. Proto je vhodné při posuzování životní situace zjistit oblasti, které jsou zasaženy a následně při poskytovaných intervencích v sociální práci s hazardními hráči pracovat s rodinou či osobami blízkými, neboť jsou také zasaženy negativními dopady hazardního hráčství, ať už emočními nebo těmi finančními.

V následující kapitole se zaměřím na léčbu a služby, které mohou osoby postižené závislostí a jejich blízcí vyhledat a jaké formy intervencí jsou v léčbě využívány.

4 Léčba patologického hráčství

V České republice jsou adiktologické služby poskytovány už od poloviny 19. století. V současné době adiktologické služby zahrnují prevenci závislostního chování, včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu včetně snižování rizik spojených se závislostním chováním, sociální začleňování osob postižených závislostí a práci s jejich blízkými. Tyto služby jsou poskytovány v kontextu bio-psycho-socio-spiritálního modelu, přičemž by měly být využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, které je možné efektivně zdokumentovat a prokázat (ÚV ČR, 2021, s. 9 nebo Miovský, 2013, s. 11).

Vzhledem k tomu, že adiktologické služby mají mezioborový a multidisciplinární charakter, dále vychází z různých potřeb klientů a reagují na tyto potřeby opřené o výzkumy, jsou upraveny různými rezortními zákony. Služby jsou poskytovány jak osobám užívajícím návykové látky, tak i osobám s problémy spojenými s návykovými látkami anebo hazardním hraním nebo jejich osobám blízkým. Podmínkou je registrace k poskytování sociální nebo zdravotní služby, případně obojí. (ÚV ČR, 2021, s. 17).

Specializovaná adiktologická léčba obsahuje několik rovin a typů, což je způsobeno různorodou charakteristikou služeb upravovanými širokým zákonným rámcem, tj. prostředím, ve kterém jsou služby poskytovány. Dále je specifická různorodost odborností, které se při péči o uživatele návykových látek a/nebo patologické hráče střetávají. Adiktologickou péčí Miovský a kol. (2013, s. 9) dělí na:

- Adiktologickou péčí zdravotní, kterou člení dále na péči lékařskou (obor návykových nemocí) a na péči nelékařskou zdravotnickou (odpovídající oboru adiktologie).
- Adiktologickou péčí poskytovanou v zařízeních sociálních služeb, ve specializovaném školství nebo např. ve věznicích.

Přičemž jednotlivé složky specializované péče by měly být úzce provázány a kombinací těchto přístupů (perspektiv) je zajištěna komplexnost těchto služeb a jejich neoddělitelnost. Sestává se tak ze široké škály spolupracujících odborníků v rámci multidisciplinárních týmů podle typu služby a zařízení, které jsou poskytovány lékaři, adiktology, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, pedagogy aj. Podle Miovského by bez této komplexnosti došlo ke ztrátě efektivity léčby a tyto služby by přestávaly odpovídat potřebám pacientů a klientů (Miovský a kol., 2013, s. 9,11).

Kalina a kol. (2015, s. 475) zmiňuje, že sociální práce má nezastupitelnou úlohu při poskytovaných intervencích cílených na stabilizaci životního stylu závislých osob, u kterých se objevuje pestrá škála sociálně-právních problémů (zaměstnání, dluhy, sociální dávky, trestní stíhání aj.).

4.1 Legislativní vymezení adiktologických služeb

Za klíčový právní předpis v oblasti poskytování odborných adiktologických služeb se považuje:

- Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který mimo jiné upravuje protidrogovou politiku státu, definuje závislost, vymezuje odborné služby, které jsou osobám se závislostí nebo jejich blízkým poskytovány.

Pro zařízení provozující adiktologické služby v režimu sociálních služeb se primárně vztahuje následující legislativa:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který především upravuje druhy a formy sociálních služeb, podmínky poskytování těchto služeb, financování, inspekci poskytování služeb. Dále vymezuje podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka a jeho další vzdělávání a stanovuje předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách včetně stanoveného okruhu pracovníků.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách; definuje rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb. Dále vymezuje obsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Dva paragrafy pak definují hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb a informace o výsledku provedené kontroly, přičemž v Příloze č. 2 této vyhlášky je uveden obsah standardů kvality sociálních služeb.

Další legislativa se vztahuje na konkrétní služby dle typu registrace (ÚV ČR, 2021, s. 17):

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách);
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách;
- Zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské a justiční stráži České republiky;
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborné a jiném vzdělávání (školský zákon), který upravuje prevenci a výchovně-preventivní služby.

Dále je třeba uvést klíčové koncepční dokumenty vlády ČR:

- Akční plán politiky v oblasti závislostí 2023–2025
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027

Cílem této práce není uvádět komplexní výčet právní úpravy, ale zdůraznit stěžejní legislativní úpravu, která je pak rozšířena o další zákony či vyhlášky, týkající se konkrétního druhu zařízení či poskytované služby.

Díky legislativnímu rozsahu a strategii adiktologické péče, která je čím dál více propojená, tak systém péče klade požadavky na vícezdrojové financování. S tím také souvisí téma odborné způsobilosti pracovníků v adiktologických službách zajišťujících požadovanou kvalitu poskytovaných služeb (Miovský a kol., 2013, s. 20).

4.2 Kvalita služeb

Každá adiktologická služba má definováno své poslání, koncepci, cíle, postupy a pravidla pro její poskytování. Dále má vymezeny typy poskytovaných intervencí, cílovou skupinu, složení týmu, zodpovědnou osobu (vedoucího) a místo poskytování služby aj.

Z pohledu sociální služby její poskytování podléhá jak požadavkům na Standardy kvality v sociálních službách, tak i požadavkům dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb, aby byla zajištěna kvalita služeb a existence systému kontroly a podpory provozovatelů. Hodnocení kvality služeb je nekoordinované, probíhá až ve třech systémech, v čemž jsou spatřovány největší problémy. Systémy kvality služeb nejsou vzájemně kompatibilní a uznatelné. Především pro poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou zřízení dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, představují povinnost splnit odborné a kvalifikační požadavky pro registraci (vstup do sítě) a následně jsou povinni splňovat Standardy kvality sociálních služeb. Naplňování těchto standardů je ověřováno v režimu státní kontroly. Dále tyto sociální služby mají povinnost řídit se Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, které byly schváleny v r. 2005 usnesením vlády ČR č. 300/2005. Jde o systém hodnocení kvality, včetně udělování certifikátu kvality, což je koordinováno Oborem protidrogové politiky Úřadu vlády ČR (ÚV ČR, 2021, s. 18-19).

Léčba patologického hráčství je postavena na stejných principech a probíhá obdobně, jako léčba ostatních závislostí (Blinka, 2015, s. 170-171 nebo Kalina a kol., 2015, s. 521). S postupným rozšiřováním poznatků o patologickém hráčství se rozvíjí forma i postupy v léčbě, které přibližují v následujícím textu.

4.3 Typy adiktologických služeb a druhy intervencí

Klíčovou charakteristickou adiktologických služeb poskytovaných zdravotní, sociální či jinou službou je mezioborový charakter poskytovaných služeb a přístupů ke klientovi a jeho potřebám, a to buď charakter zdravotně-sociální nebo zdravotně-sociálně-pedagogický. Základní typologie adiktologických služeb se člení dle různých fází rozvoje závislosti. V některých zařízeních se mohou kombinovat různé formy podle typu poskytovatele, požadavků zřizovatelů, plátců za služby anebo potřeby cílové skupiny (ÚV ČR, 2021, s. 33-34).

4.3.1 Preventivní služby

Jde o typ výchovné, zdravotní, sociální či jiné intervence, jejímž účelem je předcházení vzniku závislostního chování. Pokud již došlo k jeho výskytu v raném stádiu, jde o včasnou diagnostiku a zamezení jejího dalšího zhoršování. Cílem této služby je tedy zabránit zkušenosti s návykovou látkou nebo návykovým chováním, oddálení nástupu závislostního chování do vyššího věku, motivace k ukončení takového chování, dále ochrana a kontrola před rizikovými faktory (osobnostními, sociálními, rodinnými a životního stylu), zjišťování a řešení časných forem závislostních poruch a jejich dopadů. Nejčastější formou poskytování preventivních služeb jsou specializované programy primární prevence (preventivní centra) ve spolupráci s ostatními aktéry systému, kterými jsou typicky školská zařízení (ÚV ČR, 2021, s. 33-34).

Příkladem preventivního programu v oblasti problémového hraní nabízí SPR s názvem „Hra na Hraně“, která je cílena na žáky 8.-9. tříd ZŠ a prvních dvou ročníků SŠ. Jde o 6 lekcí po 45 minutách, které se věnují tématům jako historie a realita hazardu, rizikové faktory hraní, příznaky problémů s hazardním hraním, zkrácené představy a mýty o hazardu, rizika a posouzení rizikových situací, překážky pro správná řešení problémů. Tento program je nyní školám poskytován ve Zlínském kraji bezplatně (CKP ZK, 2018).

4.3.2 Minimalizace rizik (harm reduction)

Zaměření léčby: snižování škod, které souvisejí s užíváním návykových látek nebo návykového chování u aktivních uživatelů nebo hazardních hráčů. Mezi hlavní cíle patří navázání kontaktu s klientem, minimalizace rizik (zdravotních, sociálních, ekonomických), dopadů závislostního chování a současně ochrana veřejného zdraví, motivace klientů ke změně životního stylu. Navázání kontaktu s dalšími adiktologickými službami, monitoring uživatelů v daném místě, jejímž účelem je vytvoření účinné strategie pomoci cílové skupině. Specifickým rysem této služby je aktivní oslovování a vyhledávání osob, u kterých je zvýšeno riziko rozvoje závislostního chování. Minimalizace rizik probíhá v nízkoprahových zařízeních (kontaktních centrech) nebo přímo v přirozeném prostředí klienta (terénní program). Lze využít také formu telefonickou nebo internetovou. Především jde o to, aby služba byla časově i místně dostupná, dostatečně flexibilní podle potřeb cílové skupiny. Nízkoprahový přístup také nabízí klientům anonymní využití služby, což musí být poskytovatelem respektováno a zajištěno (ÚV ČR, 2021, s. 35-36):

Intervence: kontaktní práce, distribuce zdravotnického materiálu (sterilní jehly aj.), poradenství směřující k bezpečnější aplikaci drog, prevence předávkování, podpora kontrolovaného pití alkoholu, edukace a předávání informací, poradenství, motivační trénink, sociální práce, case management, podpora bydlení, podpora zaměstnání, předávání informací o síti služeb atd.

Cílová skupina: osoby závislé, rodiče partneri a jiné osoby blízké klientovi.

S přesunem hráčských aktivit do online prostředí bylo třeba reagovat i na způsob kontaktní sociální práce. Jako příklad lze uvést e-terénní sociální práci v online prostředí hazardu poskytovanými SPR. E-terénní pracovník vyhledává kontakt s jednotlivci či skupinami a oslovuje je s nabídkou poskytovaných služeb, včetně možnosti využití dostupných komunikačních nástrojů. Mezi aktivity e-terénního pracovníka mimo jiné patří průběžný monitoring hráčských diskusních fór a herních webů, kontaktování hazardních hráčů prostřednictvím webového portálu „Naberte kurz“, Facebookového a Instagramového profilu a mobilní aplikace „Port“, informační a poradenský servis o rizikosti hazardního hraní, o principech bezpečného hraní a o návazných službách. V případě zájmu ze strany hazardního hráče nebo osoby blízké se realizuje požadavek na zakázku formou odborných intervencí přímo v e-terénu nebo prostřednictvím komunikačního nástroje dle volby klienta (Miklas, 2020).

4.3.3 Ambulantní léčba a poradenství

Zaměření léčby: na zlepšení tělesného a psychického stavu, na změnu životního stylu klienta, dále na změnu sociální situace. Ambulantní léčbu lze na základě soudního rozhodnutí nařídit. Poskytují se v multidisciplinárních programech a centrech s prvky case managementu, případně intenzivně ve stacionárních programech (ambulance s rozšířenou péčí). Lze je poskytovat formou telefonickou i internetovou. Klienti se mohou nacházet v různých fázích závislostního chování, přičemž se předpokládá jeho motivace ke změně tohoto chování. Klient by měl být schopen pravidelně docházet a dodržovat program za podpory klíčového pracovníka. Stacionární programy mohou nabídnout intenzivnější a strukturovanější program, který je určený především pro motivované a stabilizované klienty (ÚV ČR, 2021, s. 36-37):

Intervence: vstupní zhodnocení stavu klienta a jeho potřeb, poradenství, nácvik, strukturovaný program, individuální a/nebo skupinové psychoterapeutické intervence, sociální práce, case management, prevence relapsu, koordinace péče atd.

Cílová skupina: osoby závislé, rodiče, partneri a jiné blízké osoby klienta

4.3.4 Krátkodobá stabilizace

Zaměření léčby: na krátkodobou fyzickou a psychickou stabilizaci klienta v ranné fázi abstinence, na snížení příznaků odvykacího syndromu případně rizika poškození, pro klienty ve fázi aktivního užívání návykových látek či v případě akutní intoxikace. Dále může jít o stabilizaci po relapsu u klientů, kteří již abstinovali. Také stabilizace klientů, kteří nechtějí nebo nemohou dlouhodobě abstinovat, ale potřebují snížit užívané látky, vynechat či vysadit na krátký čas užívání látek. Rozlišujeme dvě typické funkce krátkodobé stabilizace. První funkcí je *lůžková detoxikace a psychosociální stabilizace*, což je krátkodobá lůžková péče s obvyklou dobou trvání do 4 týdnů. Hlavním cílem je předcházení a tlumení abstinčního

syndromu. Může být poskytována klientům střízlivým, i ve stavu akutní intoxikace. Využívají se přitom farmakologické podpory a psychoterapeutické intervence, režimová opatření, relaxace a krizová stabilizace. Druhou funkcí je *krizová stabilizace*, která je krátkodobého charakteru, jde o lůžkovou péči sociálního charakteru a je určena lidem, kteří se ocitli v ohrožení v důsledku tíživé životní situace. Délka trvání pobytu je zpravidla 1 až 7 dní, podle individuálních potřeb klienta a také s ohledem na užívanou návykovou látku nebo lidem ve stavu intoxikace. Obě formy jsou poskytovány v rezidenčním režimu a jde o detoxikační jednotky anebo vyčleněná lůžka, případně krizová či stabilizační lůžka (ÚV ČR, 2021, s. 38):

Intervence: farmakoterapie, edukační program, motivační trénink, podpůrná individuální či skupinová psychoterapie, poradenství, case management, příprava a doporučení pacienta/klienta do navazujících programů.

Cílová skupina: osoby závislé. Tyto služby jsou využívány klienty závislími na hazardním hraní v případě, že mají současně problémy s alkoholem nebo návykovými látkami.

4.3.5 Rezidenční služby

Zaměření léčby: na celkovou stabilizaci a na uzdravu klienta v oblasti sociální, rodinné, vztahové, pracovní aj. Dále je podporován rozvoj vlastní identity a celková změna životního stylu. Zaměřuje se na stabilizaci druhotných problémů spojených se závislostí, jako například abstinenci od návykových látek, seberegulaci ve vztahu k užívání technologií, případně schopnost abstinence od hazardu či nadměrného trávení času v online světě atd. Délka léčby je zpravidla od 3 až do 18 měsíců (krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá). Dlouhodobé programy jsou zaměřeny na vnitřní změnu tzv. kontemplativní programy. Klienti do služby vstupují dobrovolně, obvykle již po absolvované krátkodobé stabilizaci. Tato léčba může být i soudně nařízena. Služby jsou poskytovány ve specializovaných pobytových zařízeních se strukturovaným programem, který je zaměřený na abstinenci a sociální rehabilitaci klientů. Mohou být poskytovány ve zdravotnickém zařízení, tj. psychiatrických nemocnicích nebo na psychiatrickém lůžkovém oddělení, které má strukturovaný adiktologický program. Dále pak mohou být poskytovány formou sociálních služeb v terapeutických komunitách. Některé služby mohou být součástí programu detoxifikací (psychiatrické léčebny), ale například komunity vyžadují po klientech projít detoxifikací před nástupem do jejich zařízení. Významnou metodou v rezidenčních službách je léčebný režim (ÚV ČR, 2021, s. 39):

Intervence: terapeutická komunita, individuální nebo skupinové terapeutické intervence, dále rodinné terapie či pracovní terapie. Součástí léčebného programu jsou volnočasové aktivity a sociální práce s klienty. Mohou být indikovány i léky.

Cílová skupina: osoby ve středním až těžkém stupni závislosti nebo závislostního chování. U těchto osob se vyskytuje těžší psychosociální, somatické nebo psychické poškození,

často provázené kriminalitou. Klienti se často nachází ve fázi rozhodnutí, akce a udržení. Služba je také určena rodičům, partnerům a dalším blízkým osobám.

V některých zdravotnických zařízeních mají samostatné oddělení specializované na hráče např. Psychiatrická nemocnice Opava. Klientům, kteří hledají jiné než „lékařské“ prostředí mohou vyhovovat například komunity, které se převážně nacházejí v odlehlejších oblastech nebo těsně na okraji obcí a měst. Klienti tak musí zastávat některé funkce, které jsou v psychiatrických léčebnách zajištěny personálem (vaření jídla, úklid, topení aj.).

4.3.6 Následná péče

Zaměření léčby: na podporu a udržení abstinence po léčbě, na udržení změn v chování a na životní způsob klienta, které získal v průběhu léčby, dále na sociální rehabilitaci a klientovo zapojení do normálního života. Cílem je udržení změn a udržení abstinence, prevence relapsu, sociální stabilizace klienta v oblasti bydlení, zaměstnání, vztahů aj. Tyto služby mohou být provozovány ambulantní nebo pobytovou formou. Také se mohou poskytovat sociální stabilizační lůžka v případě relapsu či krize. Služba je určena osobám, které již absolvovaly ambulantní nebo rezidenční léčbu a zároveň aktuálně abstínují, nebo osobám, které samostatně abstínují nejméně 3 měsíce a potřebují další podporu, tzn. klientům kteří se nachází ve fázi udržení dosažených změn, případně ve fázi relapsu (ÚV ČR, 2021, s. 40):

Intervence: skupinové nebo rodinné psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytnutí bydlení (chráněné nebo podporované), volnočasové aktivity případně chráněné zaměstnávání/rekvalifikace.

Cílová skupina: osoby v abstinenci nebo po léčbě, jejich rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

Příkladem následné péče jsou doléčovací centra, která provozuje SPR, a na svých webových stránkách uvádí, že tento typ služby se snaží podpořit klienty v samostatnosti, zodpovědnosti a osobní stabilizaci při opětovném zapojování do společnosti. Dále se služby zaměřují na abstinenci, hledání zaměstnání či zvýšení kvalifikace, řešení finanční situace a na hledání bydlení. Postupně také vedou k uschopňování klientů při navazování či rozvíjení vztahů s přáteli, partnery a rodinou. V neposlední řadě se zaměřují na aktivní využití volného času a osobní rozvoj, včetně pozitivního vztahu k psychickému a fyzickému zdraví.

4.3.7 Svépomocné skupiny

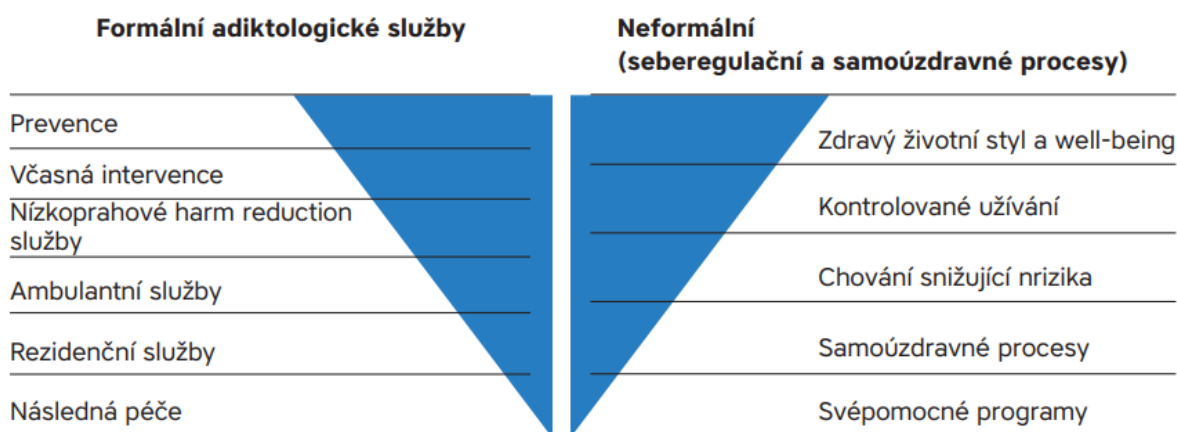
Další možnou formou pro zvládání závislosti mohou být právě skupiny, které si vedou a pořádají sami členové se zkušeností se závislostním chováním. Jako příklad lze uvést Anonymní Gambleri (AG), kteří vznikli v roce 1957 v USA, inspirováni Anonymními Alkoholiky (AA). Tuto svépomocnou skupinu založili dva muži s vlastními zkušenostmi s důsledky patologického hraní, načež se začali scházet, aby se k hraní nevrátili. V ČR se první

společenství AG začalo formovat po roce 2000, přičemž významnou podporu poskytl MUDr. Karel Nešpor. Poselství AG je vzájemná pomoc a povzbuzení těm, kteří chtějí skončit s hazardním hraním, stejně tak osobám blízkým. Dále nabízí podporu při iniciaci vytvoření AG v ostatních místech ČR. V současné době lze navštívit AG v Praze, Brně a Plzni, které jsou primárně uzavřené tzn. pouze pro hazardní hráče, tyto se konají 1 x týdně. V Brně je také otevřená skupina pro spoluzávislé a v Praze je i pro partnery a osoby blízké, které se konají 1 x měsíčně (AG, 2024).

Skupiny AG jsou vedeny sekretáři a abstinujícími patologickými hráči, kteří jsou spolehliví, mají zájem o práci v této skupině a mají autoritu u ostatních členů. Základem programu je „Dvanáct kroků AG“, který kromě přiznání si bezmocnosti nad závislostí, iniciuje snahu o mravní změnu či nápravu svých chyb. S tím také souvisí rozhodnutí předat svou vůli a svůj život do rukou Boha (AG, 2024).

Svépomocné skupiny jsou doplňkovou doléčovací aktivitou, která může zlepšit výsledky profesionální péče. Vhodná je zejména pro lidi, kteří mají zaměstnání, výše dluhů je řešitelná v horizontu jednotek let (pokud dosáhnou na osobní bankrot), kteří udržují sociální vazby, nemají nějakou duální diagnózu a zároveň jsou schopni abstinovat od hazardu. Práce s relapsem je součástí sezení, ale poučení plyne pouze na základě příkladu dlouhodobě abstinujících členů (Trantina, 2016, s. 61-62).

Obrázek 1 Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních samouzdravných procesů



Zdroj: ÚV ČR, 2021, s.41

K výše uvedeným formám léčby bych doplnila i další dvě oblasti, které vnímám jako důležitou součást léčby u hazardních hráčů, ale v odborné literatuře patří k okrajově zmiňovaným. Jsou jimi dluhové poradenství a sebeomezující opatření, které by měly být nedílnou součástí léčebného procesu.

4.3.8 Dluhové poradenství

Finanční problémy a dluhy jsou spojeny s návykovou nemocí, především u hazardu jde o jeden z výrazných důsledků této nemoci (Nešpor a kol., 2011, s. 124). Podle studie *Patologičtí hráči v léčbě 2021* bylo zadluženo 88 % hráčů, přičemž průměrná výše dluhu činila 815 tis. Kč. Průměrný měsíční výdaj v posledním roce před zahájením léčby činil 34 tis. Kč u jednoho hráče a jeho průměrná měsíční bilance byla -70 tis. Kč (ÚV ČR, 2023, s. 9-10). Dle Mravčíka a kol. (2014, s. 119) vyhledávají hazardní hráči pomoc často až v době, kdy už se situace stává z jejich pohledu neudržitelná např. neutajitelné dluhy, neschopnost splácet, tlak věřitelů, exekuce, prozrazení v rodině.

Hazardní hráči mohou využít dluhové poradenství, které je poskytováno bezplatně a je součástí léčby v rámci adiktologických služeb (SPR, Sananim, Preventcetrum, aj.). Lze také využít bezplatného odborného sociálního poradenství v občanských nebo dluhových poradnách (Charita, Člověk v tísní). Zde ale dluhová poradci nemusí přijít na příčinu zadlužení, pak nemusí být řešení dluhů vhodně nastaveno. Často i sociální pracovníci v zařízení poskytující léčbu pracují s klienty např. na evidenci nákupů, ukládání dokladů nebo na mapování dluhů. Existují také soukromé subjekty, jejichž hospodářská činnost se zaměřuje na řešení dluhové situace lidí a případně na jejich oddlužení, ze které tyto soukromé společnosti spíše profitují. Hráč zaplatí za okamžité řešení dané situace, které nemusí být vždy nejšťastnější, a to především z toho důvodu, že klient zaplatí pouze za „řešení“, ale osobně se na procesu řešení dluhů nijak nepodílí.

Nešpor a kol. (2011, s. 111-112) doporučuje, aby se jako součást léčby hazardních hráčů pracovalo na schopnosti realisticky odhadnout vlastní finanční možnosti (např. přehled dluhů včetně rodinných příslušníků a výše splátek dle naléhavosti splácení, přehled příjmů a výdajů). Velmi často se hazardní hráči vyhýbají realitě a prostřednictvím obranných mechanismů svoji situaci popírají nebo racionalizují, čímž se jejich situace zhoršuje a někdy vede ke zhoršení finanční situace až do bludného kruhu dluhů např. jsou schopni pod aktuálním tlakem věřitele uhradit dluh prostředky vyhrazenými na nájem, na jídlo, či na nezbytné výdaje pro rodinu. Ignorací či odmítáním závazků se dostávají do prodlení, která vede k exekucím nebo trestnímu stíhání za neuhrazené výživné.

4.3.9 Sebeomezující opatření

Jedná se o soubor nástrojů, které mohou vést ke snížení či zamezení rizik spojených s hazardním hraním prostřednictvím určitých omezení, které by měly hráčům zabránit v tom, aby se stali problémovými nebo patologickými hráči. Tyto nástroje může hráč využít preventivně resp. před zahájením hraní, případně kdykoliv během hry (MF ČR, 2020).

Mezi sebeomezující opatření lze zařadit:

1. Rejstřík vyloučených osob – je neveřejným informačním systémem jehož správcem je MF ČR. Slouží k úplnému zamezení přístupu vyloučených fyzických osob k hazardním hrám, a to jak v kamenných hernách, tak i online prostoru. Cílem je ochrana ohrožených skupin osob před negativními následky hraní hazardu. Zápis lze provést na základě podané žádosti jednotlivcem tzn. jde o dobrovolnou žádost. Případně lze zápis provést ze zákona (tj. na základě úřední moci) a to u osob které jsou příjemci příspěvku na živobytí nebo doplatku na živobytí (platí i pro společně posuzované osoby), dále osobám kterým bylo soudem uloženo předběžné opatření zákazu her a sázek anebo přiměřené omezení a přiměřená povinnost zdržet se hazardních her, hraní na hracích přístrojích a sázek nebo ochranné léčení spočívající v léčbě závislosti na hazardních hrách, osobám v insolventci, dále také osobám neplnícím vyživovací povinnost vůči nezaopatřenému dítěti (MF ČR, 2024).
2. Limity – provozovatelé hazardních her je jsou povinni ze zákona klientům nabídnout, ale lze je také ponechat nastaveny neomezeně. Je možné upravit například maximální výši sázek za 1 den/1 kalendářní měsíc, maximální výši čisté prohry za 1 den/1 kalendářní měsíc, počet návštěv herního prostoru, časový limit pro účast na hazardní hře, nastavení doby, po kterou není hráči umožněna účast na hazardní hře, aj.
3. Zrušení účtu – hráč se může rozhodnout kdykoliv vypovědět Smlouvu o poskytování služeb, a to i bez uvedení důvodů.
4. Stanovení rozpočtu – hráč si může určit svůj denní nebo měsíční limit, který nechce přesáhnout. Vyžaduje to však dostatek sebekontroly a je vhodné provádět kontrolu svého rozpočtu, zda byla vymezená částka dodržena.
5. Aplikace – existují aplikace do mobilních telefonů, ve kterých si hráč hlídá svůj čas strávený v aplikaci (AppBlock), může sledovat výši prohraných peněz či volných peněz (Port), nebo povolovat či blokovat používání aplikací (Google Family Link), dále také blokovat celosvětové webové stránky s hazardem (BetBlocker).

Přestože provozovatelé hazardních her mají ze zákona povinnost umožnit sebeomezující opatření (stanovení výše sázek, maximální výše proher, či nastavení jiných limitů), jde o dobrovolné parametry, které není nutné při přihlášení si jakékoliv limity stanovit. Proto po přihlášení do portálu provozovatele mohou hráči dosáhnout neomezené ztráty.

Výše uvedená opatření si hráč volí dle vlastního uvážení. Existují další sebeomezující opatření, která však vyžadují pomoc druhé osoby. Mezi tyto patří změna přístupových hesel, kdy nejčastěji osoba blízká změní přihlašovací/přístupové údaje k hráčskému profilu nebo účtu. Dále je zde zamezení přístupu k finančním prostředkům, kdy hráč dostává pouze částku „kapesného“ na běžné výdaje, v podstatě nemá přístup k vyšším částkám na bankovnímu účtu

či v hotovosti. Sebeomezující opatření jsou doporučována v rámci poradenství v CKP ZK, které jsou zpracovány ve formě letáčku viz Příloha č. 2, který je volně k dispozici na webových stránkách či Facebooku.

Nešpor a kol. (2011) a Kalina (2013) uvádějí, že léčba závislostí probíhá u každého jedince rozdílně, většinou jde o dlouhodobou záležitost, často je to boj na celý život. Míra účasti hazardních hráčů na léčbě je poměrně nízká, přestože počet a kapacita specializované péče v ČR roste. Příčinou jsou mj. bariéry na straně hráčů, zejména strach z přiznání problému a odmítnutí ze strany rodiny (ÚV ČR, 2013, s. 10).

Nešpor (b.d.) zpracoval na základě svých poznatku přehled doporučení vhodné léčby a intervencí s ní spojených, které mohou sloužit i pro rychlou orientaci viz Příloha 4. Existují také webové stránky odkazující na pomoc např. www.drogy-info.cz, kde lze nalézt mapu pomoci, která odkazuje na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci závislostí v ČR. Mapa je rozčleněná do kategorií podle druhu služby, dále podle jednotlivých krajů a v nich podle okresů a měst.

5 Teorie a metody sociální práce

Pro výkon sociální práce v adiktologickém poradenství je stejně, jako ve všech ostatních oblastech působení sociálních pracovníků je nezbytný teoretický základ, který je jedním ze znaků profesionální identity. Je nesporné, že teoretická základna usnadňuje praxi, neboť vymezuje, co se má dělat a jaký je k tomu důvod. Je tedy nepředstavitelné, aby se teoretický rámec odděloval od výkonu praxe. „*Profesionální výkon sociálního pracovníka lze také chápat jako využití vědomostí a aplikace teorie při dosahování požadovaných změn na straně klienta v jeho sociálním prostředí.*“ Proto je nezbytné, aby intervence poskytované sociálním pracovníkem byly podloženy celistvým teoretickým rámcem, který vede k pochopení a porozumění při pomoci lidem v jejich situaci. Pracovníci v pomáhajících profesích tyto návody a postupy potřebují, především proto, aby nedocházelo k ohrožování či poškozování klientů (Navrátil, 2001, s. 25)

Pro získání teoretických poznatků čerpá sociální práce z ostatních vědních oblastí např. psychologie, sociologie, pedagogiky, z právních věd aj. Díky tomu existuje jistá originalita teoretické výbavy sociálních pracovníků, přičemž při jejich využití nejde o původ teorie, nýbrž o její aplikaci při řešení problémů klientů. Tímto nabývá sociální práce zvláštní schopností integrovat a využívat různé poznatky, které lze přizpůsobit tak, že vedou k pomoci lidem a podporují jejich sociální fungování (Navrátil, 2001, s. 25).

Navrátil (2001, s. 26) odkazuje na typy teorií v sociální práci, které vydefinovala Janis Fook (1993):

1. Obecná teorie – je zaměřena na politické, ekonomické a sociální struktury společnosti (obraz společnosti, její hodnoty, ideologie).
2. Praktická teorie – tvoří metody intervence, zabývá se způsoby práce sociálních pracovníků a navrhuje jejich zlepšení (vysvětluje a aplikuje metody práce s klientem, případně definuje podmínky použití těchto metod, může také obsahovat vysvětlení problémů klienta).
3. Praktické modely – návody na uplatnění určitých zkušeností a znalostí v praxi (tzn. konkrétní způsoby práce s klienty, vymezení technik).

Navrátil (2001, s. 30) se zabývá také o posouzením a výběru teorií pro praxi sociálních pracovníků. Dle něj existuje nepřehledné množství teoretických konceptů, ze kterých si musí sociální pracovník sám vybrat. Pro posouzení výběru lze využít různé analytické nástroje pomocí nichž sociální pracovník prozkoumá vybranou teorii. Jeden z takových nástrojů zformuloval Malcolm Payne (1997) ve svém pojetí práce tzv. „*Malá paradigmata*“. Ty představují tři konkrétní způsoby práce s klientem. Jedná se o paradigma poradenské, terapeutické a reformní. *Poradenské paradigma* předpokládá, že sociální pracovník pomáhá klientovi přizpůsobit se společenským podmínkám. V *terapeutickém modelu* podporuje pracovník klienta v jeho osobním rozvoji, přitom je vhodné, aby si pracovník kladl otázku, proč

si zvolil právě ten či onen přístup, a zda nebylo vhodné zvolit jiný. V *reformním paradigmatu* se sociální pracovník zapojuje do změn systému.

V adiktologickém poradenství se diskutuje o hranicích mezi psychoterapií a poradenstvím. Například dle Kaliny (2013, s. 259-261) mezi nimi neexistuje ostrá hranice, dále dodává, že tím, jak se osamostatnily pomáhající profese a rozvíjely služby v sociální a vzdělávací oblasti, došlo k sebeurčení poradenství jako samostatné odbornosti a definování poradce jako nezávislého odborníka. Proto se v této oblasti definovalo poradenství „*jako forma sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly (tj. je nabídkou, kterou klient může svobodně přijmout nebo odmítnout)*“. Kalina pak dále uvádí, že cílem poradenství je vést klienta ke zlepšení jeho aktuální nebo dlouhodobé životní situace, a k tomu, aby získal autonomii a soběstačnost. Baštecká, Francová a Bodlák (in Kalina, 2013, s. 261) pak vymezují odborné poradenství „*jako působení poradce na klienta, při němž poradce využívá ve vztahu ke klientově zakázce soudobé poznatky dané odborností, seznamuje s nimi klienta a ve spolupráci s ním je uplatňuje, tak, aby zvýšily klientovu poznávací a citovou schopnost orientovat se ve vlastní situaci a v souladu s klientovými silami a vnějšími podmínkami ji co nejlépe řešit*“.

Ačkoliv existuje široké spektrum teorií a metod práce, je jen málo těch, které nabízí široké spektrum intervenčních postupů. Proto se lze v praxi čím dál častěji setkat se slučováním různých teoretických východisek do jednoho celku, tzv. „eklekticismus“. Přestože je eklekticismus některými autory odmítán, jiní v něm vidí výhody. Mezi hlavními argumenty pro využití eklekticismu sociálními pracovníky lze uvést například, že klienti mají možnost těžit ze všech dostupných zdrojů. Stejně tak každá teorie pokrývá určitou úroveň a oblast, proto se mohou doplňovat. Teorie mají nezdůrazněné shodné nebo podobné aspekty. Je třeba uvést i rizika, která s sebou nesou. Jedná se například o požadavek na zkušenosti sociálního pracovníka a jeho schopnosti, protože je nezbytné si práci s různými teoriemi důkladně promýšlet. Neplánované či chaotické přecházení od jednoho způsobu práce k druhému může mít negativní důsledky pro klienta (Navrátil, 2001, s. 33).

Existuje řada přístupů a teorií, které jsou přehledně zpracované v různých publikacích a knihách u nás či v zahraničí. Mezi naše nejznámější autory zabývajícími se právě psychoterapeutickými přístupy patří Kratochvíl (2017), Kalina a kol. (2013). V Příloze 4 uvádím přehled teorií vhodných pro využití v adiktologickém poradenství, které strukturovaně definují cíle terapie a využitelné terapeutické techniky.

Kalina (2013) stejně jako Millerová (2011) však rozšiřují repertoár stávajících metod o nově se rozvíjející terapeutické přístupy a techniky, které jsou nezbytnou znalostní základnou při práci se závislými. K těmto řadit prevenci relapsu, motivační rozhovory, krátkou terapii a pozitivní psychologii.

Z tohoto nepřehledného množství je však vhodné pečlivě vybírat teorie a metody práce, které zohledňují klientovy potřeby a typ poskytované intervence. Volba metod práce může být ovlivněna i pracovní pozicí, kterou pracovník vykonává. Při výběru terapeutického směru se pracovník rozhoduje také dle svých osobních preferencí. Jinak řečeno vybírá přístup,

který je mu osobně bližší s ohledem na jeho osobnostní rozvoj a do kterého je z hlediska dlouhodobosti sám schopen a ochoten investovat.

Dluhové poradenství je pro patologické hráče a jejich osoby blízké specifické tím, že kromě toho, že se gambleři potýkají s vysokou mírou zadlužení, s vysokým počtem bankovních a nebankovních půjček, s dluhy po splatnosti, se zadlužením rodinných příslušníků či s dluhy u známých, že se potýkají i se závislostí samotnou viz kapitola 3 Patologické hráčství. Z tohoto důvodu jsem hledala možné přístupy a metody, které by byly vhodné pro hazardní hráče a jejich osoby blízké, ať už při individuálních, rodinných, párových či skupinových intervencích. V následující podkapitole 4.4.1 Finanční terapie, představím koncept, který vznikl v USA a který by mohl znamenat potenciál pro rozvoj v oblasti finančního a dluhového poradenství v adiktologických službách.

5.1 Finanční terapie

Finanční terapie je nově se rozvíjející obor, který sdružuje odborníky z oblasti finančního a duševního zdraví, kteří se zabývají interpersonálními a intrapersonálními aspekty peněz. Propojuje kognitivní, emocionální, behaviorální, vztahové a ekonomické aspekty k podpoře finančního zdraví. Důsledky špatného hospodaření s penězi se mohou projevit například nadměrným utrácením, nadměrným šetřením, úhradou závazků po splatnosti, partnerskými a rodinnými konflikty, hazardním hraním, osobním bankrotem či protiprávním jednáním. V roce 2009 byla založena Financial Therapy Association (FTA), aby zastřešila odborníky v oblasti finančního a duševního zdraví včetně výzkumných pracovníků. Účelem je sdílení vize finanční terapie. Hlavním cílem terapie má být zlepšení finanční pohody a v konečném důsledku zlepšení kvality života (Klontz et. al., 2016, s. 3). Podle Americká psychologická asociace jsou stresovým faktorem v životě lidí na prvním místě jsou peníze, pak práce, zdraví a děti (Klontz et. al., 2016, 35).

Klontz et al. (2016, 23-24) uvádí, že představa o postojích k penězům se utváří od dětství a nevědomě se ukotvuje v průběhu dospělosti, je předávána z generace na generaci v rámci rodin a kultur, čímž se formuje pozdější finanční chování. Některá způsoby chování jsou tak zakořeněné, že přetrvávají i v dospělosti. Finanční strategie rodičů hraje proto zásadní roli a následně se odráží ve finančním chování jejich dětí. Pokud jsou chybná přesvědčení o penězích spojena problematičtým chováním a negativními emocemi a osoba je v odporu učinit změnu, pak dochází k posílení tohoto negativního chování.

Dále Klontz et al. (2016, 35) upozorňuje, že lidé, kteří mají problémy s financemi, mají obvykle mylné představy o penězích, a ty se odráží v chování a nakládání s penězi, přestože vědí, že jejich představy jsou mylné. Tyto problémy v oblasti financí nejsou způsobeny nedostatkem peněz, proto řešením situace osob s mylnými představami není zajištění vyšších příjmů. Některé tyto osoby se potýkají s finančními poruchami, resp. špatným finančním

„chováním“. Důsledkem emocionálních potíží, které způsobují, že hledají rychlé řešení, aby se vyhnuli pocitu nevyřešených emocí.

Finanční poruchy Klontz et al. (2016, s. 35) považuje za trvalé, předvídatelné, s trvalými vzorci sebedestruktivního finančního chování, které způsobují silný stres, úzkosti a značné poškození v hlavních oblastech života. Mezi tyto poruchy řadí dvě definované v DSM tj. patologické hráčství, kompulzivní nakupování. Dále sem řadí i hromadění peněz, resp. patologické šetření.

Klontz et al. (2016) pak popisuje různé metody a techniky práce, které doporučuje zasazuje je do kontextu jednotlivých finančních poruch. Uvádí různé terapeutické směry pro individuální párovou či skupinovou práci. V kontextu hazardního hraní jsem se zaměřila na přístup orientovaný na řešení (SFBT), který se využívá silné stránky klientů a předpokládá, že pokud chce klient učinit změnu, má schopnost změnu provést. Dále jsem zvolila popsat využití kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je vhodná pro identifikaci spouštěčů hazardu, rozvíjení aktivit zaměřených na rozptýlení pozornosti od hazardu, meditaci, pro změnu problematických finančních přesvědčení.

5.2 Krátká terapie orientovaná na řešení

Přístup orientovaný na řešení neboli krátká terapie orientovaná na řešení (SFBT) je zavedený směr, který lze využít při práci s klienty v psychoterapii, sociální práci, při koučování, ve školách, v pastoraci a dalších pomáhajících profesích.

Původ SFBT se datuje do období 50. a 60. let minulého století a je součástí postmoderních systemických přístupů, kde je rodina považována za uzavřený systém, který je svébytný a schopný sám sebe regulovat. Pokud zde hovoříme o problému, ten je vytvářen systémem, který v podstatě objektivně neexistuje, je pouze v myšlenkách či prohlášeních pozorovatele (Kratochvíl, 2017, s. 270).

Počátky tohoto přístupu lze nalézt v práci Institutu duševního výzkumu v Palo Alto, v práci Milтона H. Ericksona, ve Wittgensteinovské filozofii a v buddhistickém učení (De Shazer, Berg a kol., 2014, s. 16).

Hlavními představiteli SBFT jsou Steve de Shazer a jeho manželka a zároveň kolegyně Insoo Kim Bergová spolu s jejich kolegy z Brief Family Therapy Center v Milwaukee v USA. Postupem času docházelo k rozšiřování okruhu osob s novými myšlenkami a přístupy v SFBT, např. Bill O'Hanlon, Scott D. Miller nebo Bradford Keeney (Zatloukal, b.d.).

SFBT je postavena na následujících principech (Shazer, Berg a kol., 2014, s. 16):

- ✓ Když to není rozbité, nespravuj to.
- ✓ Když to funguje, dělej toho víc.
- ✓ Když to nefunguje, dělej něco jiného.
- ✓ Malé kroky mohou vést ke změnám.
- ✓ Řešení se nutně nemusí přímo vztahovat k problému.

- ✓ Jazyk užívaný k vývoji řešení se odlišuje od jazyka, jímž se popisuje problém.
- ✓ K žádným problémům nedochází neustále; vždy existují výjimky, kterých lze využít.
- ✓ Budoucnost lze utvářet i o ní vyjednávat.

Tyto principy shrnuje Zatloukal (b.d.) a jeho tým spolupracovníků z DALETu na základě četných diskusí a reflexe způsobu, jakým s klienty pracují a o co se při práci s klienty opírají. Vznikl tak akronym RESENI, kterým si lze lépe tyto principy zapamatovat:

R – rozvíjení řešení, nikoli problémů

E – efektivita

S – spolupráce

E – expertnost na proces (nikoliv obsah)

N – nevyhnutelnost změn

I – individuální přístup

Pracovník se zaměřuje na hledání a rozšiřování možností klientovy volby. Dále platí obecné pravidlo, že terapeut je pozitivní, vyjadřuje respekt a naději. Naopak od klientů se předpokládá, že mají dostatek odolnosti, síly, moudrosti a zkušenosti, které jsou schopni využít k uskutečnění změn, jsou experti na vlastní život (De Shazer, Berg a kol., 2014, s. 19).

K tomu, aby pracovníci vedli v rámci intervencí klienta ke změně, mají k dispozici různé techniky SFBT. Vybrala jsem následující dvě techniky, se kterými lze pracovat jak v oblasti závislostního chování spojeného s hazardním hraním, tak i v oblasti finančních témat.

5.2.1 Zázračná otázka

Jde o techniku, která má pomoci vytvořit konkrétní představu o tom, jak by měla vypadat klientova budoucnost, až bude jeho problém vyřešen. V SFBT jde o základní odrazový můstek při práci s klienty, neboť je nezbytné znát klientovy představy o tom, jak by měl jeho život vypadat. Je to proto, abychom byli schopni společně definovat cíle spolupráce. Právě definování cíle pomáhá smysluplně hledat možnosti, jak se k tomuto cíli dostat (Zatloukal, b.d.).

De Shazer, Berg a kol. (2014, s. 65) uvádějí, že existuje vícero formulací otázky na zázrak. Obecná stavba otázky zní takto: „*Zatímco spíte, dojde k zázraku – a zázrak způsobí, že problémy, které vás sem dovedly, zmizí. Dojde k tomu, zatímco vy spíte, takže nevíte, že se to stalo. Jak vy a lidé kolem vás zjistí, že k zázraku došlo*“. Tato otázka vede k pátrání v klientově skutečném každodenním světě, čímž může být považována za otázku na realitu, resp. reálnou představu o řešení daného problému. Díky této představě pak lze dojednat cíl spolupráce a dále jej rozvíjet a konkretizovat.

Jak De Shazer, Berg a kol. (2014), tak i Zatloukal (2009) zmiňují, že nejde o snadnou techniku, protože se jedná o komplexnější postup, který zahrnuje čtyři fáze: přípravu, formulaci zázračné otázky, rozhovor o situaci po zázraku a rozhovor navazující na zázračnou otázku.

Přínosy zázračné otázky při práci s klientem popisuje Zatloukal (2009) takto:

1. Definování cíle terapie.
2. Spolupráci s klientem zaměřit na hledání řešení
3. Otevírá široké pole možností při rozvíjení vize budoucnosti bez problému.
4. Nepřímo se sugeruje možnost zázraku a posiluje jednotlivé aspekty kolem něj.

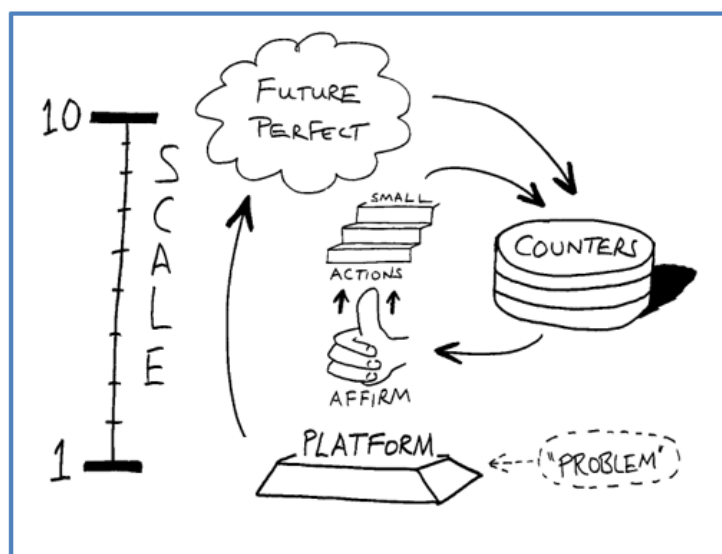
Přestože se může zdát, že jde o techniku s velmi přísnými pravidly, Zatloukal (2009) uklidňuje, že ji lze zvládnout především tréninkem a není třeba se bát využít improvizaci, hravost a tvořivost.

5.2.2 Škálování

Škály neboli stupnice se používají v SFBT jako technika či pomůcka při rozvíjení rozhovoru s klientem v oblasti klíčových témat a pomáhá k tomu, aby klienti byli schopni popsat konkrétně své cíle, což jim prostřednictvím pojmů chování nejde. De Shazer, Berg a kol. (2014, s. 95) doporučuje využití škál v momentě, kdy se nám podaří získat a propracovat odpověď na otázku na zázrak.

Škály dle Zatloukala, Vítka (2016, s. 180) mají potenciál komplexního nástroje, který lze využít spolu s dalšími technikami či nástroji. Stupnice je možné využít především v oblastech preferované budoucnosti, předpokládaných řešení, zdrojů, změn před sezením i mezi sezeními, zvládnání a udržení apod. Účelem není objektivně měřit, ale jde o vyjádření subjektivního pohledu klienta na danou situaci.

Obrázek 2 Škála dle Jacksona a McKergowa (2002)



Zdroj: Časopis Psychosom, 3/2022

Práce se škálou může být vyjadřována dle Zatloukala (b.d.) číselnou hodnotou např. 0 až 10, 0 až 100 nebo -10 až 0 apod., nebo procentuální hodnotou 0 % až 100 %. Nejčastěji se však využívá škála 0 až 10. Přičemž 0 je bod, resp. období, kdy se klient nacházel v nejhorsším období a naopak 10 je požadovaný stav neboli cíl. Na škále je pak možné zaznamenávat to, co klient vnímá, že dosud dosáhl, na čem pracuje, nebo také zdroje, které mu pomohly, případně další okolnosti.

Za hlavní výhody využití škál při práci s klienty jsou dle De Shazera (Zatloukal, Vítek, 2016, s. 179-180) považovány:

1. Pomáhají vyjádřit neurčité nebo obtížně vyjádřitelné věci (např. štěstí, jiskra v manželství, klid na práci, ...) a smysluplně s nimi pracovat.
2. Umožňují zviditelnit dosažený pokrok, jehož prostřednictvím lze posilovat důvěru ve změnu a motivaci. Jejich prostřednictvím lze také mapovat další změny.
3. Namísto černobílého pohledu na problém (existuje x neexistuje) nabízí větší barevnost a kontinuum, protože změna může být i postupná.
4. Názorně je možné sledovat změny v průběhu času, tzn. že lze pozorovat, jak se klientova situace vyvíjí.
5. Pomáhá přiblížit se ke klientům, kterým se lépe pracuje s číselným nebo grafickým znázorněním.

Implementace SFBT do finanční terapie byla testována výzkumným týmem na Kansaské Univerzitě v USA, kde tento tým na základě svých poznatků vyvinul techniky SFFT (Solution Focused Financial Therapy) a tyto techniky integroval do finančního poradenství. Na základě toho vznikl i postup pro práci s jednotlivci, který je navržen do tří fází. Zde ve stručnosti uvádím, jak lze SFBT implementovat (Klontz et al., 2015, s. 129-134):

- 1. Fáze:** zahrnuje první setkání s klientem, kdy dochází k budování vztahu, stanovení cílů, identifikace možností a podpoření klienta při identifikaci jeho silných stránek. Terapeut vede s klientem rozhovor o tom, co se stalo a jaké klient pociťuje problémy se vzniklou situací. V tomto rozhovoru lze využít především pozorování a reflexního naslouchání. Je doporučeno dotázat se i na to, zda klient už v minulosti daný problém řešil a případně jak se mu to dařilo, a to z důvodu zachycení změny před sezením, které je spojeno s kognitivními nebo behaviorálními změnami, které klient zažívá při prvním sezení. Škálování lze využít k tomu, jakou změnu klient zaznamenal od doby, co zavolal a objednal se do aktuálně probíhajícího sezení. Právě k vyjádření případné změny využijeme techniku škálování. Následně je vhodné klienta navést pomocí otázky po zázraku, jak si představuje, že bude vypadat řešení jeho situace. V této fázi je doporučeno také zadávání domácích úkolů vedoucích ke zmapování finanční situace klienta například vzapisování výdajů, dohledání a vytvoření přehledu úvěrových smluv, zapisování si pocitů spojených s výdaji na hazard, nákupy aj. Je potřeba však zvážit klientovy schopnosti, zohlednit čas na jejich zpracování tak,

aby byly rozumné a proveditelné. Úkol je zde pouze nástrojem, nikoliv prostředkem k hodnocení. Vhodné je, aby si klient zaznamenával pocity, které při plnění úkolů prožívá.

2. **Fáze:** obvykle zahrnuje dvě až čtyři sezení, vedoucí k identifikaci silných stránek klienta a ke zvýšení jeho zodpovědnosti. Účelem těchto schůzek je pomoci klientovi začít přebírat odpovědnost za změny ve svém životě, přestože dochází jen k drobným změnám. Opět lze využít škálování ke zjištění, co se událo jinak od předchozího sezení, jak se klientovi dařilo změny provést aj. Poté je vhodné se vrátit k dříve zadaným úkolům, mezi které patří vytvoření čistého jmění. To pomáhá klientovi zjistit své finanční závazky. Postupně by se klient měl dostat k vyhodnocení všech svých příjmů a jejich zdrojů, stejně tak jako ke svým závazkům. Nakonec na čtvrté sezení by měl klient zvládnout přinést vlastní rozpočet. Tento typ domácích úkolů by měl sloužit pro situace, kdy je nutné sjednání nápravy. Úkoly by měly být voleny podle povahy klientova problému.
3. **Fáze:** cílem je ukončení nebo uzavření spolupráce (léčby). Páté neboli poslední sezení by mělo zahrnovat: zopakování dříve zadaných úkolů; vyhodnocení stanovených cílů pomocí škálovacích otázek včetně pochvaly za klientovy úspěchy; zaměření se na pokrok a zaznamenání klientova pokroku. V této fázi je vhodné pokládat otázky vedoucí k udržitelnosti toho, co se klient naučil a identifikovat potenciální překážky a hledat možnosti, jak se s nimi vypořádat.

Jak Klontz et al. (2015, s. 140-141) shrnuje, je využití SFFT ve finanční terapii unikátní a patří mezi klinicky vyvinuté a testované techniky finanční terapie, jejíž účinky byly prokázány na široké škále finančních problémů. Techniku lze krok za krokem začlenit do praxe finanční terapie. K implementaci SFFT je vhodné, aby finanční poradce, který má znalosti z oblasti finančního a dluhového poradenství, získal vhodné nástroje a techniky v SFBT. Anebo aby poradce v oblasti duševního zdraví získal potřebné znalosti nezbytné pro finančního a dluhového poradce.

5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT je psychoterapeutický směr, jehož počátky se datují do sedmdesátých let, přičemž jde o spojení či kombinaci dvou historicky starších přístupů – kognitivního a behaviorálního. V pojetí behaviorální terapie se má za to, že při ovlivňování chování se bere na zřetel také vnitřní psychické projevy, a to především myšlení a postoje, které mohou k žádoucí změně napomoci. U kognitivní terapie se využívá experimentování s chováním, a to takovým způsobem, aby vedlo k dosažení žádoucích změn v myšlení. KBT má však oproti dvěma předchozím přístupům specifické rysy, které jsou založeny na odlišném filozofickém východisku (Kratochvíl, 2017, s. 77).

Zároveň však KBT převzalo z behaviorální terapie důraz na empirické ověřování teorií i účinnosti terapeutických postupů za pomoci vědeckých metod. Z kognitivní terapie čerpá především zkoumání a měření kognitivních procesů. Mezi hlavní představitele lze uvést A. Banduru (sociální učení), J. R. Cautela, D. Meichenbauma (nácvik sebeinstruktáže), M. Seligmana (vliv naučených postojů na rozvoj deprese), M. J. Mahoneyho (uplatnění poznatků behaviorální terapie v psychoterapii) a další (Pelcl, b.d.).

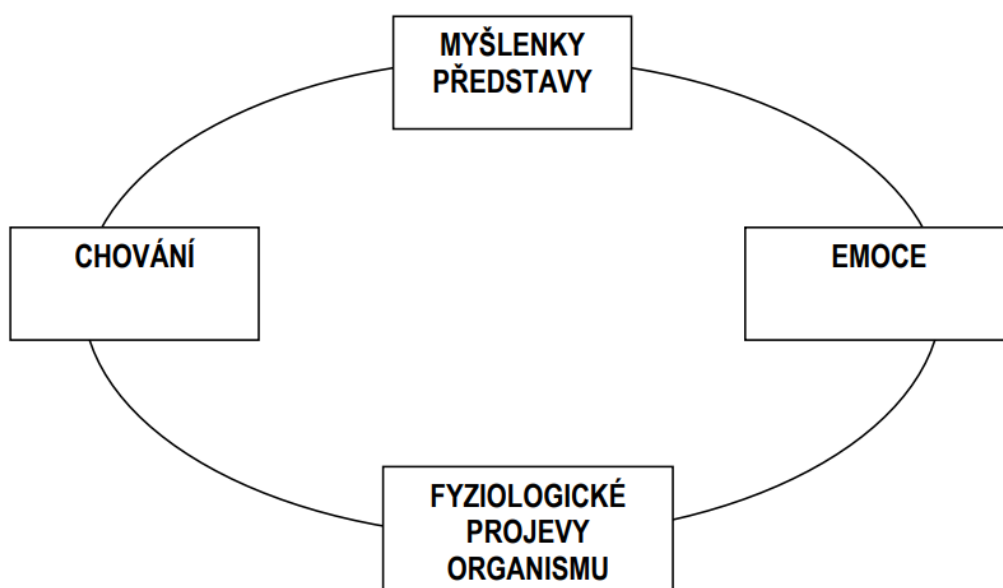
Praško a Možný (1999, s. 31) shrnují základní rysy KBT i přes různé odlišnosti představitelů do následujících bodů:

1. Krátkodobá a časově omezená terapie.
2. Strukturovanost včetně aktivního a direktivního terapeuta.
3. Opírá se o vztah spolupráce mezi klientem a terapeutem, který je otevřený a aktivní.
4. Východiskem je teorie učení a teorie kognitivní psychologie.
5. Je zaměřená na přítomnost.
6. Pozornost směřuje na konkrétní, jasně definované problémy.
7. Stanovení konkrétních a funkčních cílů.
8. Zaměření na pozorování chování a vědomé psychické procesy.
9. Je uplatňována vědecká metodologie.
10. Cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta.

V KBT je využívána řada metod, které se liší jak svým zaměřením, složitostí, tak i svým rozsahem. Často se různě prolínají i v různých variacích, proto je složité striktně je oddělit nebo rozlišit. Praško s Možným (1999, s. 90-91) však rozdělují tyto metody dle aspektů, na které se zaměřují na metody ovlivňující tělesné příznaky, zjevné chování a kognitivní procesy.

Pro stanovení využití vhodných metod je určeno vstupní a podrobné vyšetření klienta, kdy se sestavuje tzv. bludný kruh (Obrázek 3), jehož prostřednictvím se identifikují intervenční roviny.

Obrázek 3 Intervenční roviny KBT



Zdroj: Pelcl, b.d.

Podrobnějším využitím KBT v kontextu látkových a nelátkových závislostí se podrobněji zabývají Nešpor a kol. (2011) a Kuklová (2016). Právě Nešpor a kol. (2011, s. 40) uvádí, že využití KBT je vhodné pro jakýkoliv typ hazardního hraní a lze ji využít jak pro individuální, tak i skupinové aktivity, které je vhodné směřovat ke kognitivní terapii, k posilování motivace a desenzibilizaci ve fantazii.

Pro svoji práci jsem si vybrala dvě techniky, které lze vhodně využít nejen v souvislosti s tématy týkajícími se hazardního hraní, ale i při řešení nekomfortních stavů klienta způsobenými při mylných představách spojených s financemi a hospodařením.

5.3.1 Desenzibilizace ve fantazii

Tato technika byla vypracovaná J. Wolpem (1958) a je řazena mezi klasické behaviorální terapie, v současné době je označována názvem expozice. Jedná se o přímou konfrontaci s reálným podnětem, který v klientovi vzbuzuje strach. Cílem této techniky je utlumit nepřiměřený strach, který je záměrně a opakovaně vyvoláván představami o situacích a podnětech, které v klientovi vyvolávají strach. Jde o dokonale zvládnutí svalové a psychické relaxace, která je v opozici s psychickou, motorickou a vegetativní reakcí strachu. Je vhodné začít s představami a situacemi, které jsou nabitý emocemi nejméně a pokračuje se tak dlouho, až už se při představě žádný strach neobjevuje. Tato technika má tři etapy. Nejprve je vhodné přistoupit k nácviku svalové relaxace např. pomocí autogenního tréninku. Pak lze sestavit seznam strachů dle tematických skupin a podle intenzity vyvolaného strachu. Dále následuje poslední fáze, a tím je desenzibilizační postup (Kratochvíl, 2017, s. 199-201).

Nešpor a kol. (2011, s. 40-41) představuje desenzibilizační postup dosti podrobně, k dispozici je na stránkách audio verze na stránkách www.drnespor.eu. Celou textovou podobu uvádím v Příloze 6. Nešpor také zmiňuje, že lze tuto techniku využít při práci s hazardními hráči vůči podnětům které souvisejí s hazardem, a to v oblastech peněz, jejich výběru, volného času, rizikového prostředí a samotných myšlenek na hazard.

Z mého pohledu lze desenzibilizaci v oblasti finanční terapie, například při myšlenkách na nedostatek peněz, u myšlenek na nebankovní úvěry, při tlaku ze strany věřitelů a exekutorů, u zvládání náročných období např. u probíhající exekuce nebo v procesu insolvence aj., které v klientech často vyvolávají strachy, úzkosti, deprese a jiné emoce, které je dokáží nejen emočně, ale i fyzicky ochromovat.

5.3.2 Kognitivní restrukturalizace

Další vhodnou metodou KBT pro práci s klienty je kognitivní restrukturalizace, která pracuje s myšlením klienta, respektive s jeho automatickými negativními myšlenkami a kognitivními omyly. Kognitivní omyly vznikají na základě kognitivních schémat a jádrových přesvědčení. Jádrová přesvědčení a jádrová schémata si vytváří člověk během celého života. Ty nejsilněji emočně nabitá vznikají v dětství, tím jsou velmi silná a stabilní. Jádrová schémata mohou být jak pozitivní, tak i negativní. Pokud jsou klienti vystaveni výrazné a dlouhodobé stresové zátěži, vyplavují se jim automatické negativní myšlenky, tzv. kognitivní omyly (Kuklová, 2016, s. 73).

Mezi příklady kognitivních omylů řadí Kuklová (2016, s. 73-74):

- Katastrofizace – dopředu víme, co jak dopadne.
- Čtení myšlenek – aniž bychom se ptali, víme, co člověk řekne nebo co si myslí.
- Černobílé myšlení – buď je vše úplně v pořádku nebo je vše úplně špatně.
- Vyloučení pozitivního – například pochvalu považujeme za lítost nebo jí nevěříme.
- Značkování – pokud uděláme chybu, označíme se za hlupáka nebo idiota.
- Zkreslený výběr faktů – v určité situaci vidíme jen negativní věci, vše, co by mohlo být pozitivní opomíjíme.
- Katatymní zkreslení – situace vyhodnocuje na základě naší aktuální nálady, nikoliv na základě konkrétních faktů.

Při práci s myšlenkami jsou lidé ovlivněni tím, co jsme prožili, jak situaci hodnotí, co si o ní myslí. Metoda kognitivní restrukturalizace prostřednictvím sokratovského dotazování a rekapitulace faktů pomáhá měnit pohled klienta na danou událost, a tím mění i její prožívání (Kuklová, 2016, s. 74). Kalina (2015, s. 416) vysvětluje sokratovské dotazování jako „rozpoznávání a zpochybňování zavádějících myšlenek a úvah, falešných přesvědčení a kognitivních klišé“.

Nešpor a kol. (2011, s. 46) doporučuje tuto metodu používat u patologických hráčů k opravě chyb myšlení, které jsou spojeny s hráčskými mýty (viz podkapitola 3.1.2 Hráčské bludy a mýty), které mohou být spojené s bažením.

Z mého pohledu je metoda kognitivní restrukturalizace včetně postupu dosti obsáhlá a náročná, je potřeba hodně času na její nácvik, aby byla následně správně využita. Přesný postup a konkrétní kroky popisuje Kuklová (2016, s. 74-75) nebo Možný (b.d.) viz Příloha 7, ale lze ji využít ve zjednodušené (zkrácené) verzi:

1. Určení konkrétních myšlenek.
2. Zkoumání automatických myšlenek a vyhodnocení jejich pro a proti.
3. Vytvoření alternativní (zdravější) myšlenky tzv. přerámování.
4. Posílení alternativní myšlenky (např. pomocí behaviorálních experimentů).

Příklady restrukturalizace hráčských mýtů, resp. příklad chybných myšlenek a vyvrácení takového myšlenek popisuje Nešpor a kol. (2011, s. 46-48). Dovolím si uvést jeden konkrétní příklad práce s často se vyskytující myšlenkou v rámci sezení, která zahrnuje jak hráčský aspekt, tak i hodnoty a vnímání výsledků vlastní práce, resp. finančních hodnot.

Tabulka 3 Příklad kognitivní restrukturalizace

Konkrétní myšlenka	Zkoumání automatických myšlenek	Vytvoření alternativní (zdravější) myšlenky	Posílení myšlenky
<i>Hraji proto, abych svoje peníze vyhrál zpět, alespoň ty, které jsem do hazardu vložil (tzv. blud spořitelny).</i>	<i>PRO: Vydělávat peníze poctivou prací je na dlouhou dobu, je to dřina a je to staromódní. PROTI: Nedaří se mi vyhrávat, dluhy se prohlubují. Vyhrál jsem sotva pár korun.</i>	<i>Peníze z hazardu zmizely a s nimi i banka, ze které jsem si peníze mohl vyzvednout. Peníze vydělané poctivou prací mohu ukládat do smysluplných věcí nebo činností. Neprohlubuji se mi dluhy a mohu je splácet.</i>	<i>Vybereme situaci, kterou chce klient vyzkoušet, probereme možné problémy nebo způsoby, jak situaci zvládnout, vyzkoušíme (nácvik) a zhodnotíme závěry: Např: S prohranými penězi se rozloučíme a zamáváme jim, protože už je nikdy neuvidíme. Ty, které ušetříme případně vyděláme navíc, vítáme.</i>

Zdroj: vlastní zpracování

Výše uvedené přístupy SFBT a KBT, včetně jejich metod, lze využívat i jednotlivě v poradenském procesu. Nicméně pokud budeme hovořit v kontextu adiktologického sociálního poradenství, ve kterém je práce s klienty zaměřena spíše na procesní práci, je nezbytné, aby sociální pracovník absolvoval psychoterapeutický výcvik a následně pracoval pod supervizí a případně odborným dohledem (mentorem) což je podstatou terapeutického paradigmatu.

6 Projekt

Název projektu (služby):

Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí v CKP ZK

6.1 Cíle projektu

Cílem projektu je rozšíření odborného sociálního poradenství Centru komplexní péče ve Zlínském kraji o finančně-terapeutickou podporu pro klienty s problémy v oblasti nelátkových závislostí a jejich osoby blízké a zajistit její dostupnost a fungování.

6.2 Základní údaje o realizátorovi projektu

Název realizátora projektu:

Společnost Podané ruce, o.p.s.

se sídlem Hilleho 1848/5, 602 00 Brno-Střed, IČ: 60557621

Zařízení: Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji

Tř. T. Bati 202

763 02 Zlín-Louky

vedoucí zařízení: Mgr. Yvona Kopečková

Společnost Podané ruce je obecně prospěšnou organizací, jejímž zakladatelem jsou Podanky s.r.o. Posláním této organizace je pomáhat lidem v náročných situacích jejich života, a to ve dvou stěžejních oblastech: v oblasti závislostí a v oblasti práce s dětmi a mládeží. Tvorbou kvalitních preventivních, podpůrných a intervenčních služeb je účelem hledat a vytvářet cesty k sociální, zdravotní i osobní stabilizaci klientů s ohledem na dlouhodobě udržitelnou kvalitu jejich života a osobní spokojenost.

Tato organizace provozuje celkem 38 center a služeb (z toho v Jihomoravském kraji 22, v Olomouckém kraji 11 a ve Zlínském kraji 7), které fungují na základních lidských etických principech, toleranci, respektu, empatii, otevřenosti, důvěře, inovativnosti a tvořivosti, týmové práci a profesionalitě. Dále s odvahou a vytrvalostí provázejí klienty na cestě ke svobodě.

CKP ZK je registrovanou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb., která zajišťuje ambulantní formou odborné sociální poradenství dle § 37 (číslo identifikátoru: 3424265), zároveň je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

CKP ZK se věnuje osobám s nelátkovou závislostí (jedná se zejména o hazardní hraní/sázení, dále také závislost na PC, hrách, nakupování apod.), kterým nabízí základní odborné sociální poradenství, individuální, párové, rodinné poradenství a terapie, zprostředkování pobytové léčby i podporu v doléčování; možnost využít podpůrné skupiny

na pracovišti ve Zlíně. Služby jsou pro klienty bezplatné, pokud chtějí, mohou zůstat v anonymitě. Působí na třech místech ve Zlínském kraji, a to ve Zlíně a na detašovaných pracovištích v Uherském Hradišti a v Uherském Brodě. Centrum nabízí poradenství a terapii (individuální, párovou, rodinnou), podporu při udržení abstinence, pomoc v krizové situaci, poradenství pro příbuzné a blízké, skupinová setkávání. Komplexnost poskytování této služby je dána také finančním a dluhovým poradenstvím. Synergicky jsou pak propojována sociální práce, edukace a léčba psychologickými prostředky.

Personálně je tým v CKP ZK je v současné době stabilizovaný, celkem 4,0 úvazku a skládá se z následujících pozic:

- Vedoucí centra, sociální pracovnice v psychoterapeutickém výcviku SFBT 1,0 úvazku (Zlín, Uherské Hradiště)
- Odborný pracovník – psycholog v psychoterapeutickém výcviku KBT 0,6 úvazku (Zlín)
- Odborný pracovník – psycholog v psychoterapeutickém výcviku KBT 0,6 úvazku (Zlín)
- Sociální pracovník – dluhová poradkyně 1,0 úvazku – (Zlín, Uherské Hradiště)
- Sociální pracovník – dluhová poradkyně 0,8 úvazku – (Zlín, Uherský Brod)

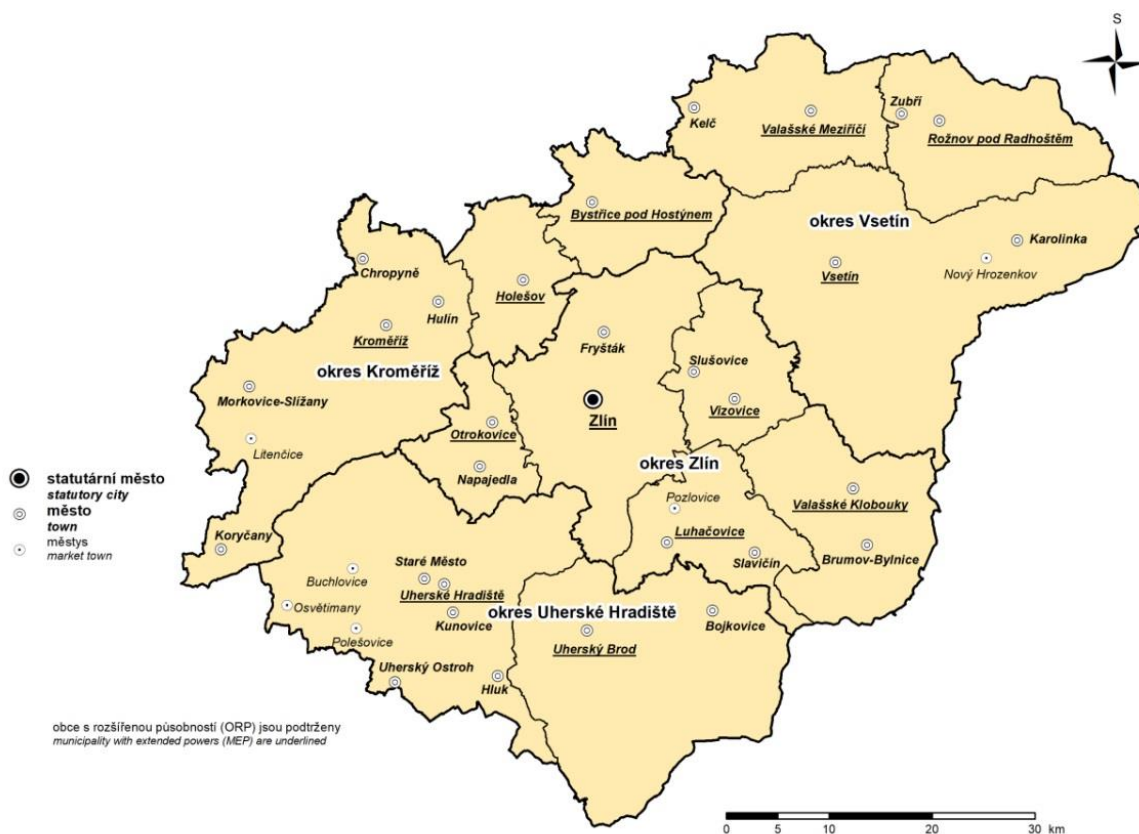
CKP ZK spadá pod vedoucího oddělení Zlínského kraje, který koordinuje centra a poskytované služby SPR ve Zlínském kraji.

6.3 Vymezení působnosti projektu

Pro účely projektu jsem vymezila oblast Zlínského kraje, což koresponduje se stávajícím rozsahem působnosti registrované služby tzn. služba je poskytována občanům s pobytem nebo pobývajícím na tomto území, stejně tak cizincům, kteří jsou schopni dorozumět se česky, případně si zajistí překladatele.

Na území kraje k 31.12.2022 s rozlohou 3 963 m² a počtem 307 obcí žije 580 331 obyvatel, které se skládá z 58 % z městského obyvatelstva (z toho 26 532 cizinců). Kraj je rozdělen do 4 okresů: Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín. Východní část území sousedí se Slovenskou republikou.

Obrázek 4 Mapa území Zlínského kraje



Zdroj: ČSÚ, 2023

6.4 Analýza potřebnosti

Z údajů ÚV ČR (2023, s. 9) se České republice v roce 2022 účastnilo na hazardních hrách včetně loterií 44–56 % osob starších 15 let. Odhady problémového hraní (škála PGSI⁵) dosahuje 400-500 tis. osob v riziku, z toho 50-120 tis. se nacházelo ve vysokém riziku. Odhadovaný počet osob v riziku ve Zlínském kraji 2 680 – 6 432 (propočít dle poměru počtu obyvatel v kraji k celé ČR (ČSÚ, 2024)). Což odpovídá odhadům dle odborné literatury, který se pohybuje cca 1-2 % z populace.

Hráči v r. 2022 prohráli v hazardních hrách (HH) v ČR celkem 53,8 mld. Kč, což je o 14,4 mld. Kč (36,5 %) více než v r. 2021. Celkem bylo do hry vloženo 759,3 mld. Kč (393,1 mld. Kč v r. 2020 a 526,4 mld. Kč v r. 2021) a na výhrách bylo vyplaceno 705,5 mld. Kč (360,4 mld. Kč v r. 2020 a 486,1 mld. Kč v r. 2021). V r. 2022 hráči do HH vložili téměř dvojnásobek objemu peněz vložených do her v období pandemie COVID-19 (ÚV ČR, 2023, s. 8). Průměrné měsíční výdaje vynaložené na hraní v posledním roce před začátkem léčby byly

⁵ Škála PGSI se skládá z 9 otázek, které jsou pak následně vyhodnocovány na základě skóre, které z odpovědí respondentů. Jde o vyhodnocení rizikovosti hazardního hraní u daného respondenta, tzn. může být hráč bez rizika, s nízkým rizikem, se středním rizikem s výskytem určitých negativních dopadů a vysoké riziko tedy riziko hráčské poruchy s negativními dopady a ztrátou kontroly.

34 tis. Kč, průměrná měsíční bilance byla -70 tis. Kč. Zadluženo bylo 88 % hráčů, zatímco průměrný dluh činil přibližně 815 tis. Kč (ÚV ČR, 2023, s.10).

Ve Zlínském kraji nebyla prováděna dosud žádná komplexnější analýza statistických údajů a možných dopadů. Krajem je monitorována problematika patologického hráčství pouze skrze poskytovatele služeb v kraji nebo zprostředkovaně z jiných subjektů. CKP ZK je i nadále jedinou specializovanou sociální službou pro hazardní hráče ve Zlínském kraji (Horyanský, 2024, s.16)

V CKP ZK v roce 2023 využilo odborné sociální poradenství 275 klientů (172 mužů, 103 žen), z toho hazardní hráči byli zastoupeni v počtu 106 osob, jiné nelátkové závislosti 8 osob a 162 osob blízkých. Z celkového počtu klientů využilo dluhové poradenství 145 osob.

Pokud bychom chtěli hovořit celkové výši peněz utracených za hazard, z vlastní zkušenosti mohu uvést, že značná část klientů netuší kolik za hazard vydala celkem. Často jsou sotva schopni vyčíslit aktuální výši dluhů, Na to, aby vyčíslili celkový objem prosázených peněz, tedy nejen vložené finanční prostředky, ale případné výhry opět vložené do hry není jednoduché. Dle interních zdrojů CKP ZK se průměrný dluh klientů se pohybuje cca kolem 500 tis. Kč.

Velmi zajímavé budou jistě celkové statistiky za letošní rok, který je bohatý na sportovní akce celosvětového měřítka. Dle ČTK v květnu ČR pořádala mistrovství světa v hokeji a již nyní máme informace o tom, že právě nárůst sportovních online sázek je významný, protože se prosázelo v celkové výši 2,9 mld Kč, čímž byl překonán loňský rekord téměř o 1 mld Kč. Následně se konalo mistrovství Evropy ve fotbale a sázky dosáhly v Česku zhruba 4 mld. Kč. Překonaly tak zhruba o 400 milionů korun dosud rekordní objem vsazených peněz z posledního fotbalového mistrovství světa v Kataru v roce 2022. V pozadí nezůstává ani tenis, kdy se naše tenistka probojovala do finále Wimbledonu, odhadované částky sázkových kanceláří jsou oproti fotbalovému Euru čtvrtinové, ale rozhodně nejsou zanedbatelné (iDnes.cz, ČTK). V červenci budou probíhat letní olympijské hry v Paříži, které celkové statistiky jistě navýší.

Jako ekonom, který pracuje v dluhovém poradenství, jsem se často pozastavovala nad výše uvedenými statistikami, studovala příčinami a dopady způsobené patologickým hráčstvím, tak jsem hledala možnosti, jak mohu při své práci přispět k tomu, aby nabízené služby byly komplexnější. Čím déle jsem s hráči pracovala, tím více jsem se setkávala s tím, že řešení dluhů v kontextu problematiky hazardního hraní považuji za nedílnou součást. Proto svůj projekt zaměřuji na efektivní rozvoj kompetencí pracovníků, kteří pracují jako sociální pracovníci a dluhový poradci s patologickými hráči a osobami blízkými.

Polostrukturované rozhovory s patologickými hráči

V období od září 2023 do ledna 2024 jsem vedla polostrukturované rozhovory s 15 klienty (z toho 2 ženy) z CKP ZK, kteří využívají ambulantní služby a řeší problematiku patologického hráčství (z toho 3 s kombinovanou závislostí), kteří byli ochotní se sejít a sdílet svůj příběh.

Jednotlivé rozhovory probíhaly zhruba 60 minut. V úvodu byly osoby seznámeny s účelem rozhovoru, dále s povinností mlčenlivosti a zachování anonymity. Také byli ústně dotázáni, zda souhlasí s využitím zjištěných údajů pro účely mé bakalářské práce. V úvodu jsem těmto klientům představila koncept „finanční terapie“, jako rozšíření služby dluhového poradenství o psychologickou pomoc při zvládnání dopadu jejich závislostního chování. Následně jsem přešla k rozhovorům o jejich problémovém hráčství a finančních dopadech, včetně toho, zda se v jejich představách ještě vyskytují témata, které by mohly být přínosné pro „finanční terapii“.

Dotazování ukázalo, že v souvislosti s jejich závislostním chováním často pociťují stud, strach, nervozitu, nespavost a úzkosti ze situací, ve kterých ocitli a následující témata vnímají jako stěžejní:

- Neustálý tlak věřitelů na úhradu splátek, na které nemají finanční prostředky.
- Nejistota a beznaděj při vyjednávání splátkových kalendářů s věřiteli, kteří nechtějí svolit k nižším splátkám.
- Výhrůžky věřitelů, že předají vymáhání inkasní agentuře nebo exekutorům.
- Tlak exekutorů na splátky, někteří i nad rámec zákonných srážek – často pod výhrůžkami.
- Frustrace z exekučních srážek a blokování bankovního účtu.
- Tlak insolvenčních správců na výši splátek v oddlužení.
- Doba oddlužení je dlouhá. Výsledek, resp. rozhodnutí insolvenčního soudu je nejistý.
- Finanční nejistota v období dlouhodobé nemoci, ztráty zaměstnání či změně zaměstnání.
- Jak překlenout období nejistých či nízkých příjmů nejen v exekuci.
- Nejistota spojená s čekáním na rozhodnutí soudu, zda bude povoleno oddlužení.
- Jak smysluplně využít finanční prostředky na zážitky, koníčky, výlety, investice i přestože mám omezené finanční prostředky.
- Špatný vztah k penězům, bezmyšlenkovité utrácení – jak finance vnímají, jakou hodnotu pro mě mají.
- Neví, jak si zpřehlednit výdaje a příjmy.
- Jak si vážit věcí a peněz.
- Umět komunikovat a řešit svoji situaci s partnerem a rodiči či kamarády.
- Stud před dětmi, partnerem a rodinou.

- Ponižující život pod dohledem probačního pracovníka a rodiny, neustálé obhajování výdajů, rozdíly ve vnímání hodnoty vlastních výdajů.
- Beznaděj ohledně dluhů z trestných činů – někdy je výše tak výrazná, že není možné je uhradit za celý život, jak s tím žít.
- Dostatečná atraktivita při hledání partnera, který jistě očekává finanční stabilitu a zajištění, kterou nejsem schopen(a) nabídnout.
- Hledání jistoty a klidu, než budu mít po oddlužení nebo po uhrazení dluhů (např. práce na dobu neurčitou, brigády aj.)
- Jak se postavit ke své minulosti? Dluhy mě dohánějí, nebudu mít klid, dokud je neuhradím, ale je to na dlouho.
- Stud při nástupu do zaměstnání, že mají exekuce nebo oddlužení.
- Stydí se za to, že neví, jak nakládat s penězi, kde začít, proč bych měli, když nějak vychází.
- Obávají se toho, že jakmile budu mít opět více peněz (po oddlužení, po splacení dluhů, exekucích), že by to mohlo opět způsobit relaps.

Pro mě bylo velmi zajímavé, že dotázané osoby většinou hovořily o své závislosti velmi otevřeně, zato se více se styděly za důsledky své závislosti, za kriminalitu a dluhy.

Z patnácti dotazovaných nyní pouze jedna osoba využívá sestavování rozpočtu jako svůj nástroj pro udržení stability financí. Ostatní nerozpočtují, říkají že vždy nějak vyjdou, ale pociťují právě obavy a nejistotu. Při položené otázce na investování jejich financí se většinou objevovaly zkreslené představy o rizikovosti a výnosnosti. Shodují se, že tlak společnosti na úspěch a finanční zajištění zvyšují jejich očekávání. V současné době, ale nemají prostředky na vklady do finančních produktů – pojištění, spoření, investice. Téměř každý hazardní hráč je zvyklý na tlak a zejména pak na rychlá řešení, rychlé výhry, rychlé peníze. Proto často sáhnou po „pochybných investicích“, což také může mít opět znaky závislostního chování.

Někteří z dotazovaných vnímají dluhy uhrazené rodinou za vyřešené. Nemají pocit, že jsou dlužníky ani v případě, že mají dohodnuto, že tento dluh blízkým v budoucnu uhradí.

Dotazovaní vyjádřili až na dvě výjimky zájem o skupinové setkávání, jako hlavní důvod zmínili, že jsou na to sami a chtěli by vědět, jak jsou na tom ostatní a třeba se nechat inspirovat tím, jak podobnou situaci zvládají druzí. Případně by chtěli vědět, že na to nejsou sami. U poloviny dotazovaných byl projeven zájem o individuální sezení, chtějí se svými problémy něco dělat, je těžké se svěřit blízkému okolí (stud, strach). Čtyři zájemci by uvítali, kdyby mohli o své situaci hovořit se svým partnerem či rodičem. Cítili by se bezpečněji, neumí vhodně vysvětlit všechny okolnosti své situace a důsledky, protože se ve financích neorientují a nemají v tom pevnou půdu pod nohama.

Rozhovory s pracovníky CKP ZK

Na základě konzultací a rozhovorů s vedoucí služby a s psychologkou CKP ZK jsem získala následující informace. Zkušenost kolegyně, které terapeuticky s hráči pracují ukazuje, že často uchopení své vlastní zodpovědnosti hráčům chvíli trvá. Jak uvádím, někteří hráči si myslí, že peníze vyřeší problém (dluh uhrazený rodiči či jinou blízkou osobou a tím problém považují za vyřešený, přestože třeba sází dál...), nevyřeší však „hráčství“. Někdy vnímám, že právě toto vysvětlit klientovi na dluhovém poradenství je nejdůležitější, aby se pak klient nestal stálým uživatelem nějakého dluhového poradenství, ve kterém se v souvislosti hrou točí. Kolegyně se u hazardních hráčů často setkávají s tím, že několik prvních sezení klient řeší pouze finanční důsledky a emoce s nimi spojenými. Až po nějaké době jsou schopni vnímat ostatní důsledky hazardního hraní (vztahové a rodinné problémy, problémy v oblasti zdraví, udržení abstinence atd.). Proto ve finanční terapii vidím možnost, jak klientovi nabídnout komplexní podporu na jeho dlouhé cestě boje se závislostí.

Z výše uvedené analýzy potřeby projektu je zřejmé, že CKP ZK má potenciál k realizaci, má podporu vedoucího centra i jeho pracovníků. Existuje zájem ze strany klientů řešit svá témata spojená s financemi v terapeutickém paradigmatu. Vzhledem k tomu, že jde o zavedenou službu, která jako jediná v kraji poskytuje bezplatné a anonymní odborné sociální poradenství, není její fungování nedostatečným počtem nebo zájmem klientů o službu ohroženo.

6.5 Vymezení cílových skupin

V této podkapitole vymezují přímé a nepřímé cílové skupiny, které se jsou součástí mého projektu. Přímé cílové skupiny jsou charakteristické tím, že těží z klíčových aktivit, zatímco nepřímé cílové skupiny těží z projektu až po jeho skončení.

6.5.1 Přímá cílová skupina

Pracovník – dluhový poradce/sociální pracovník

Cílová skupina projektu je směřována na moji konkrétní pozici dluhové poradkyně. V současné době jako odborný pracovník na 1,0 úvazek (dále jen „projektový pracovník“). V rámci projektu získám potřebné vzdělání a kompetence pro poskytování služby v oblasti finanční terapie. Toto vzdělání bude naplňovat požadavky platné legislativy, respektive Zákon č. 108/2006 Sb., Vyhláška č. 505/2006 Sb. a Standardy odborné způsobilosti v adiktologických službách. V době zahájení projektu mám ukončené vysokoškolské magisterské vzdělání v ekonomickém směru (Ing.) a nyní dokončuji bakalářské studium v oboru sociální práce (Bc).

Jako dluhové poradkyni se mi klienti velmi často svěřují s osobním příběhem, který je opředěný hlubokými emocemi. Klienti hledají oporu nejen v oblasti dluhů, ale také v pochopení jejich vzniklé situace, případně pokud jsou v na cestě ke změně dosavadního života, cítí nejistoty, úzkosti, či strachy, které přímo souvisí s jejich finanční a dluhovou (ne)stabilitou, a to jak sami se sebou, tak i ve vztazích. Proto v této oblasti vnímám potřebu zaměřit se na vzdělávací kurzy vhodné pro práci se závislostními klienty (např. prevence relapsu, motivační rozhovory, aj.) a celoživotní vzdělávání (psychoterapeutický výcvik), které by mi pomohlo získat a posílit kompetence pro řešení nejen dluhové problematiky (poradenství), ale pokrýt i emoční stránku klienta spojenou s touto problematikou. Práce s klienty by měla probíhat jak v rámci individuálních či skupinových, tak i párových či rodinných sezení.

6.5.2 Nepřímá cílová skupina

Zvýšením kvalifikačních předpokladů projektového pracovníka bude mít dopad na další osoby a subjekty.

Patologičtí hráči a jejich osoby blízké

Předpokládá se, že za celé období trvání projektu využije finanční terapii buď ve formě skupinové, individuální nebo párové či rodinné, celkem 65 osob (z toho 60 patologických hráčů a 5 osob blízkých). Může se jednat o stávající klienty CKP ZK nebo nové zájemce o službu. Dále se může jít o osoby, které již v minulosti služby CKP ZK využili a z důvodů relapsu či jiných okolností vyhledají opětovně pomoc.

V projektu odhaduji počet podpořených osob blízkých v počtu 5, které se zúčastní párového či rodinného sezení. Nicméně výsledný pozitivní dopad může být v mnohem vyšší, protože dle průzkumu v rámci SPR projektu „Osm ku jedné“, tak na jednoho patologického hráče připadá osm blízkých (partneři, rodiče či kamarádi), které problémy s jeho hraním zasáhnou. Tzn. že v případě, že se projektu zúčastní 60 patologických hráčů, pozitivní dopad to může mít až na 480 osob z jejich blízkého okolí.

Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji

Díky projektu bude vytvořen multidisciplinární tým, který rozšíří nabídku poskytovaných služeb a bude moci lépe reagovat na potřeby svých klientů. Předpokládá se, že v důsledku zvýšení kvalifikace projektového pracovníka, dojde ke zvýšení kvality služby jako celku. Pracovníci CKP ZK budou s pracovníkem projektu v rámci supervizí a odborného dohledu reflektovat průběh vývoje spolupráce a její dopad na cílovou skupinu hazardních hráčů včetně osob blízkých.

Stakeholderi

V rámci sekundární cílové skupiny lze zařadit následující organizace, instituce či zájmové a jiné skupiny, které budou projektem ovlivněny viz Příloha 8. Jedná se především

o provozovatele a poskytovatele služeb SPR, dále zdroje finanční podpory, tj. orgány státní správy a územní samosprávy. Dále součástí této skupiny jsou ostatní organizace či zájmové skupiny, které se mohou prostřednictvím síťování služby (projektu), sdílení dobrých praxí či doporučení stát aktérem projektu. V neposlední řadě je nutné zmínit také spolupráci v oblasti publicity a propagace projektu, kterými budou aktivity a výstupy komunikovány: webové stránky, Facebook, Instagram, interní newsletter SPR „PoRuce“ a Magazín 21 (krajský zpravodajský magazín).

6.6 SWOT analýza

Ke zjištění podmínek CKP ZK pro realizaci projektu jsem zpracovala SWOT analýzu, která vyhodnocuje vnitřní a vnější prostředí služby.

Silné stránky

- SPR jsou dlouhodobě ověřeny a spolehlivý dodavatel adiktologických služeb.
- Spolupráce služeb SPR ve Zlínském kraji s územně samosprávnými celky.
- Odborné a metodické vedení, sdílení dobré praxe s dalšími službami SPR ve Zlínském kraji.
- Spolupráce s adiktologickými ambulancemi, navazujícími sociálními službami a úřady či institucemi.
- Dlouhodobá finanční stabilita.
- Personální obsazení zajištěno kvalifikovanými a zkušenými pracovníky.
- Podpora vedení v celoživotním vzdělávání pracovníků.
- Požadavky vedení na kvalitu služeb – odborný dohled a mentoring, práce pod supervizí.
- Unikátnost služby CKP ZK, která je jako jediná sociální služba pro patologické/problémové hráče ve Zlínském kraji.
- Komplexnost služby, která umožňuje práci s jednotlivcem a celým rodinným systémem včetně dluhového poradenství.
- Profesionální a etický přístup.
- Individuální a holistický přístup ke klientovi, komplexnost péče, vysoká kvalita služeb, spokojenost klientů.
- Stabilita fungování ve vlastní nemovitosti – nehrozí zvyšování nákladů za pronájem prostor.
- Výborná dostupnost služby, resp. vzdálenost od centra (autobusového a vlakového nádraží) 10 min MHD, přímo u zastávky MHD a autobusové zastávky, vlaková zastávka cca 3 min. pěšky, parkoviště přímo u domu.
- Dostupnost z nejvzdálenější části kraje dojezdovost cca 1,5 hodiny autem.

- Možnost využití online konzultací.

Slabé stránky

- Financování závislé na ročních dotacích ze státního rozpočtu.
- Nenárokovost dotací.
- Omezená finanční podpora z rozpočtu obcí.
- Nedostatečné personální zajištění služby.
- Nízká výše úvazků v základní síti služeb Zlínského kraje.
- PR pracovník na částečný úvazek na síťování služeb, propagaci služeb v rámci sociálních sítí nebo vymýšlení akcí sloužících k propagaci a fundraisingu služby.

Příležitosti

- Šíření dobré praxe komplexnosti práce s hazardními hráči v rámci služeb SPR.
- Účast na konferencích a odborných fórech.
- Šíření dobré praxe a informací v rámci Asociace poskytovatelů adiktologických služeb.
- Propagace služeb a síťování.
- Zvýšení fundraisingových aktivit.

Hrozby

- Nejasný vývoj a koordinace protidrogové politiky a jejího financování.
- Personální udržitelnost služby - soukromé nebo zdravotnické zařízení nabízejí vyšší finanční ohodnocení.
- Nezískání re-certifikace poskytovatele adiktologického poradenství.

6.7 Logický rámec a management rizik

Logický rámec projektu slouží k uspořádání a navržení jednotlivých charakteristik projektu ve vzájemných souvislostech. Tento rámec jsem zpracovávala na začátku plánování projektu, za účelem vytvoření kroků realizace projektu ve strukturované podobě, které jsou důležité pro uchopení širšího kontextu. Při sestavování logického rámce jsem nejprve definovala cíl projektu. Na ten jsem navázala specifikací účelu projektu včetně očekávaných výstupů a výsledků projektu. Nakonec jsem si stanovila klíčové aktivity, které zahrnují jednotlivé činnosti. Kompletní matici logického rámce uvádím v Příloze 9.

Logický rámec lze číst následujícím způsobem. Na základě předběžných podmínek musí realizátor splnit činnosti, resp. aktivity, ze kterých se projekt skládá. Pro splnění aktivit jsou vymezeny prostředky zajišťující realizaci projektu. Opět jsou uvedeny předpokládané podmínky, které mají vést k výsledkům neboli výstupům projektu, za které je realizátor zodpovědný, zároveň vedou k naplnění účelu projektu. Účel projektu je pak odvozen

od hlavního problému, k jehož vyřešení má projekt přispět, což v konečném důsledku vede k naplnění celkového cíle. Ke splnění účelu projektu a cíle projektu jsou nastaveny konkrétní objektivně ověřitelné ukazatele, včetně zdrojů ověření těchto ukazatelů.

Během formulování cílů a výstupů projektu jsem stanovila případná rizika, která mohou během realizace projektu nastat. Tato rizika je vhodné průběžně během realizace mapovat a případně zpracovávat preventivní nebo nápravná opatření, tak aby nebyla ohrožena realizace projektu. Specifikace rizik spojených s realizací projektu uvádím v Příloze 10.

6.8 Klíčové aktivity (výsledky, výstupy, indikátory)

Pro úspěšné naplnění cíle projektu byly stanoveny klíčové aktivity (KA), které obsahují dílčí jednotlivé činnosti. Pro realizaci projektu je důležité tyto KA plánovat tak, aby jejich průběh včetně harmonogramu byly v souladu s realizací projektu. Jejich stanovení a časový plán by měl být definován před zahájením projektu, aby se zajistila minimalizace rizik prostřednictvím předdefinování problémů i pomocí SWOT analýzy před zahájením projektu.

Projekt bude realizován následujícími klíčovými aktivitami, jejichž kompletní přehled včetně výsledků, výstupů a indikátorů lze nalézt viz Příloha 11.

KA01 Vzdělávání pracovníka

V rámci KA01 jsou stanoveny následující výsledky, výstupy a indikátory (Tabulka 5):

Tabulka 5 Klíčová aktivita 01 – výsledky, výstupy, indikátory

Klíčová aktivita	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA01 Vzdělávání pracovníka	Zvýšení kvalifikace a odbornosti pracovníka	Plán vzdělávání	1 vzdělávací plán
		Realizace vzdělávacího plánu základní kurzy	1 dokončení vzdělávacího plánu (získání akreditovaných certifikátů z kurzů)
		Realizace vzdělávacího plánu psychoterapeutický výcvik	1 započatý psychoterapeutický výcvik

Aktivita bude zahájena výběrem relevantních akreditovaných vzdělávacích kurzů i psychoterapeutického výcviku vhodných pro práci v odborném adiktologickém poradenství. K této problematice se vztahují poznatky z kapitoly 4 Léčba závislostí a z kapitoly 5 Teorie a metody sociální práce. Projektový pracovník sestaví plán vzdělávání s harmonogramem konání kurzů a částek, za kurzy, který bude následně konzultován s vedoucí CKP ZK a schválen odborným ředitelem SPR.

KA02 Přímá práce s klienty

V rámci KA02 jsou stanoveny následující výsledky, výstupy a indikátory (Tabulka 6):

Tabulka 6 Klíčová aktivita 02 – výsledky, výstupy, indikátory

Klíčová aktivita	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA02 Přímá práce s klienty	Realizace přímé práce s klienty	Skupinové terapie	Celkem 65 osob, z toho: 25 osob – skupinová terapie 30 osob – individuální terapie 10 osob – párová terapie
		Individuální terapie	
		Párové a rodinné terapie	
		Podpora a zajištění kvality služby v přímé práci s klienty	

Pracovník tím, že postupně bude nabývat dle vzdělávacího plánu odborné znalosti a kompetence k výkonu odborného sociálního poradenství. Projektový pracovník bude nejprve pracovat pod dohledem zkušeného terapeuta jako ko-terapeut skupiny. Skupině tak bude terapeutem zajištěn bezpečný prostor a hlídání procesu a dynamiky skupiny. Projektový pracovník, bude mít úlohu odborného garanta za oblast financí, zároveň účast na skupině slouží k rozvoji jeho kompetencí a možnosti reflektovat práci terapeuta. Individuální sezení bude umožněno projektovému pracovníkovi až po zahájení psychoterapeutického výcviku. Párové a rodinné sezení bude moci absolvovat až po půl roce v psychoterapeutickém výcviků, vždy však v tandemu s terapeutem.

Nezbytnou součástí KA02 je zajištění kvality poskytovaných služeb a jejich odbornost. Proto pracovník bude pracovat pod intervizí, supervizí a odborným dohledem. Intervize je druh supervize, kdy není přítomen externí supervizor (osoba zvenčí organizace), ale je vykonávána někým z organizace, tj. vlastním pracovníkem, v tomto případě bude projektový pracovník pracovat pod intervizí vedoucího pracovníka (terapeuta). Individuální či skupinová supervize slouží k rozvoji profesních dovedností a vědomostí. Skrze supervizi lze nacházet řešení problematických situací při práci s klienty i v týmu, dodává pracovníkům jiný pohled na situace, které jsou pro ně obtížné. Supervize také rozvíjí úroveň vědomostí, myšlení i pochopení souvislostí, zvyšuje úroveň komunikačních dovedností a zplnomocňuje pracovníky pro zvládnání těžkostí dané profese.

Odborný dohled (mentoring) je v podstatě podobný nástroj jako supervize, ale vztahuje se k závislostem a závislostnímu chování. Jde o podporu k získání znalostí a zpracování témat či dilemat spojených se závislostním chováním, případně se související spoluzávislostí. Jde o specifikum SPR, kdy pracovníci poskytující psychoterapeutickou pomoc jsou povinni se

jednou měsíčně sejit a sdílet své zkušenosti s ostatními kolegy a mentorem, kterým je odborník na problematiku závislostí a je oprávněn k výkonu supervizora/mentora. Zaměřuje se na procesní terapeutickou práci i etická dilemata. Pro projektového pracovníka bude tato aktivita stěžejní – rozlišování poradenského a terapeutického paradigmatu (zpracováno v kapitole 5 Teorie a metody sociální práce).

KA03 Propagace projektu

V rámci KA03 jsou stanoveny následující výsledky, výstupy a indikátory (Tabulka 7):

Tabulka 7 Klíčová aktivita 03 – výsledky, výstupy, indikátory

Klíčová aktivita	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA03 Propagace projektu	Fungující propagace projektu	Distribuce letáků	450 ks letáků 3 články web, facebook 15 příspěvků facebook, instagram
		Zveřejnění článků a příspěvků	5 článků na web, facebook 15 příspěvků facebook, instagram 2 zprávy do interního newsletteru
		Zveřejnění tiskové zprávy	1 tisková zpráva

Tato klíčová aktivita má za cíl vytvořit fungující nástroje pro propagaci projektu a jeho aktivit. Návrh a tisk letáků bude zajišťována pracovníkem projektu. Stejně jako distribuce letáků, zveřejnění článků a příspěvků. Propagace projektu bude zaměřena na dvě oblasti: přímé a nepřímé cílové skupiny.

KA04 Evaluace projektu

V rámci KA04 jsou stanoveny následující výsledky, výstupy a indikátory (Tabulka 8):

Tabulka 8 Klíčová aktivita 03 – výsledky, výstupy, indikátory

Klíčová aktivita	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA04 Evaluace projektu	Zhodnocení projektu	Evaluace projektu	8 průběžných evaluačních zpráv 1 závěrečná evaluační zpráva
		Aktualizace Operačního manuálu služby (metodika a standardy služby)	1 aktualizovaný metodický manuál služby (včetně příloh)

Výsledkem této aktivity bude zhodnocení projektu, jeho přínosů a sdílení dobré praxe. V rámci vyhodnocení budou stanoveny aktivity a úkoly pro další období, stejně jako doporučení

a definování rizik. Prostřednictvím evaluačních dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů bude získávána reflexe na finanční terapii. Dále bude s týmem CKP ZK a vedením SPR komunikovány výsledky. Průběžně bude aktualizován Operační manuál služby CKP ZK (včetně souvisejících příloh a dokumentů) tak, aby v něm byly zahrnuty aspekty nově rozšířené služby.

6.9 Harmonogram projektu

Datum zahájení projektu „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí v CKP ZK“ je datováno na 1.6.2024 s předpokládanou dobou realizace 31 měsíců (tj. 2 roky a 7 měsíců) a ukončením projektu k 31.12.2026. Uvedené období zahrnuje již aktivity realizované nebo zahájené, dále aktivity čekající na realizaci.

Kompletní harmonogram realizace klíčových aktivit, ve kterém jsou znázorněna podrobně i realizace dílčích aktivit v tzv. Ganttově diagramu viz Příloha 12.

KA01 Vzdělávání pracovníka

Byla zahájena 06/2024. V rámci této aktivity byla realizováno sestavení vzdělávacího plánu pracovníka a schválení jeho vedením. Součástí vzdělávacího plánu s realizací od 08/2024 byly vybrány a schváleny následující základní vzdělávací kurzy:

- Krizová intervence I a II (32 hodin)
- Motivační rozhovory I až III. (48 hodin)
- Prevence relapsu (16 hodin)

Předpokládané zahájení přihlašování do kurzů a jejich absolvování od 08/2024, s tím, že kurzy jsou dvoudenní, celkem v rozsahu 96 hodin).

Proběhla přihláška do úvodní části k výcviku “SOLUTIONS FOCUS”, komplexní výcvik v psychoterapii zaměřené na řešení (Na řešení orientovaný přístup v rámci metod sociální práce – 160 hodin), předpokládaná realizace od 01/2026.

KA02 Přímá práce s klienty

Aktivita bude realizována od 09/2024, kdy pracovník bude zapojen do přímé práce se skupinou, pod vedením terapeuta – vedoucí služby. Pracovník zajišťuje odbornou část tzn. finanční, zatímco terapeut je zodpovědný za procesní práci se skupinou. Postupně s nástupem do psychoterapeutického výcviku se pracovník zapojí do přímé práce individuální, s rodinou či páry. Po celou dobu realizace této aktivity bude pracovník využívat intervize, supervize a odborný dohled (mentoring).

KA03 Propagace projektu

Tato aktivita již byla zahájena v 07/2024 a realizace této aktivity se předpokládá průběžně do konce tohoto projektu. PR projektu směrem k zájemcům o službu již probíhá, jsou

oslovování klienti CKP ZK s nabídkou tištěných letáků Finanční terapeutické skupiny (viz Příloha 14). a dále je leták zveřejněn v elektronické podobě na facebooku a webových stránkách CKP ZK. Doposud závazně vyjádřilo zájem o skupinu 8 hazardních hráčů. Další propagace prostřednictvím letáků, článků, příspěvků na sociální sítě, zpráv do interního newsletteru budou probíhat průběžně. Zároveň mediální výstupy budou součástí příloh závěrečných zpráv donorům za rok 2024, 2025 a žádostí o dotaci na rok 2025 a 2026.

KA04 Evaluace projektu

Bude zahájena od 09/2024 a to aktualizací Operačního manuálu služby. Tak aby aktivity probíhající v rámci CKP ZK byly v souladu s tímto metodickým dokumentem. Jeho nedílnou součástí jsou příslušné početné přílohy, které též obsahují klíčové informace. Operační manuál mimo jiné vymezuje „Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji“ v rámci celé Společnosti Podané ruce o.p.s. Dále specifikuje cíle a způsoby poskytování služeb, ochranu práv klientů, zabývá se i jednáním se zájemcem o službu, smlouvou o poskytování služby a v neposlední řadě i individuálním plánováním s klienty. Dále budou zahrnuty evaluační dotazníky polostrukturované pohovory s klienty, kteří se zapojili do projektu. Spolu se supervizí týmu CKP, který bude nedílnou součástí reflexe rozšíření služby, fungující spolupráce kolegů. Dále budou probíhat pravidelné schůzky s vedením – ředitelem Olomoucko-zlínské divize, vedoucím služeb ve Zlínském kraji, vedoucí CKP ZK a pracovníkem.

6.10 Rozpočet projektu

Rozpočet projektu byl sestaven na období od 06/2024 do 12/2026, tj. 31 měsíců a jsou do něj zohledněny pouze položky spojené s realizací projektu a navyšují tak celkové náklady na provoz služby CKP ZK:

- Vzdělávání (kurzy, výcvik): 72 200 Kč
- Cestovné (včetně stravného a ubytování): 43 700 Kč
- Supervize a odborný dohled (mentoring): 114 600 Kč
- Materiál na tisk letáků: 3 200 Kč
- Terapeutické pomůcky: 4 300 Kč

Celkové náklady související s rozšířením služby tedy činí 208,2 tis. Kč. Byly vyčísleny mimo rozpočet CKP ZK, tak aby bylo zřejmé, zda je rozšíření služby možné financovat ze stávajícího vícezdrojového financování, resp. o kolik se navýší náklady, když dojde k rozšíření stávající služby.

CKP ZK je v současné době financováno ze státních prostředků a z rozpočtů územně samosprávních celků. Rozpočet CKP ZK na rok 2024 činí 4 653 tis. Kč, přičemž poměrná část na období od 06/2024 do 12/2024 činí 2 714 tis. Kč. V letech 2025 a 2026 se předpokládá částka stejná, tj. 4 653 tis. Kč.

Tabulka 9 Rozpočet projektu „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí CKP ZK“
za období 06/2024 až 12/2026

Zdroje financování CKP ZK	Rozpočet 2024 červen - prosinec	Rozpočet 2025 leden - prosinec	Rozpočet 2026 leden - prosinec	Rozpočet celkem 06/2024 - 12/2026
Úřad vlády ČR Zlínský kraj (MPSV) Město Uherské Hradiště Město Uherský Brod Město Otrokovice Město Kroměříž	2 714 250 Kč	4 653 000 Kč	4 653 000 Kč	12 020 250 Kč
<i>z toho náklady na projekt:</i>	<i>25 300 Kč</i>	<i>76 900 Kč</i>	<i>106 000 Kč</i>	<i>208 200 Kč</i>

Vzhledem k tomu, že cílem projektu je rozšíření stávající služby o finanční terapii, byl rozpočet na projekt „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí v CKP ZK“ vyčíslen pouze o náklady, o které budou na toto rozšíření vynaloženy.

Při stávajícím zachování financování služby činí 208 tis. z celkových 12.020 tis. Kč, tj. 1,7 % z celkových nákladů na provoz CKP ZK po dobu realizace. Nicméně realizátor projektu (CKP ZK) bude oslovovat stávající zdroje a žádat o navýšení podpory. Dále bude zvažovat i nové zdroje.

Grafické znázornění výše nákladů dle jednotlivých klíčových aktivit spojených s realizací projektu je uvedeno v Příloze 10.

6.11 Popis přidané hodnoty projektu

Realizací projektu „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí“ bude ve Zlínském kraji zajištěna komplexní péče pro osoby s problémovým hraním a pro jejich osoby blízké. V tomto kraji jde o jedinou specializovanou sociální službou pro hazardní hráče včetně dluhového poradenství pro tuto cílovou skupinu.

Vzhledem k dlouholetým zkušenostem v poskytování odborných adiktologických služeb, dokáže CKP ZK nabídnout stabilní zázemí pro své pracovníky a nabídnout jim kvalitní systém vzdělávání, který zahrnuje odborné kurzy, stáže v ostatních adiktologických službách SPR v kraji, umožňuje získávat stáže mimo organizaci, účast na odborných konferencích, podporu při terapeutickém výcviku, odborný dohled (mentoring) a sdílení zkušeností s adiktologickými odborníky pracujícími ve specializovaných adiktologických klinikách aj. Tímto SPR přispívá ke zvýšení odbornosti a zajištění vysokého standardu svých služeb.

Tím, že v kraji provozuje SPR již dlouhodobě kromě CKP ZK také dvě kontaktní centra, terénní programy, terapeutické centrum, doléčovací centrum a nízkoprahové centrum pro děti a mládež, a spolupracuje s ostatními sociálními službami, síťuje v psychiatrických nemocnicích

i mimo Zlínský kraj, tak je již v povědomí nejen těchto organizací, které předávají případně kontakt na tyto služby, ale povědomí o působení této společnosti má v povědomí i širší veřejnost.

Pokud bych měla shrnout v základních bodech přidanou hodnotu, tak jde o komplexní péči poskytovanou v kontextu holistického přístupu v odborném poradenství zaměřeného na individuální potřeby a přání klienta.

Projekt tedy může nabídnout v kraji ojedinělou službu, která zajistí poskytování komplexní služby s přidanou hodnotou vysoce kvalifikovaného dluhového poradenství, které zajistí širokou škálu pokrytí potřeb svých klientů. Následně může být toto know-how šířeno do jiných adiktologických služeb v ČR.

7 Závěr

Bakalářská práce se věnovala zpracování projektu týkajícího se rozšíření služby odborného sociálního poradenství, jehož realizátorem je Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji, které je zde jediným poskytovatelem sociální služby zaměřené na hazardní hráče.

Patologičtí hráči se potýkají s důsledky hazardního hraní nejen v oblasti emoční, ale především ve finanční oblasti, která zasahuje nejen je samotné, ale i jejich osoby blízké, zaměstnavatele a společnost jako celek. Často jsou to právě osoby blízké, které iniciují vyhledání odborné pomoci kvůli neúnosným finančním a emočním problémům hráče, v dosti velkém počtu tak v první fázi oslovují dluhového poradce, u kterého hledají řešení své svízelné situace. Mnohdy si však neuvědomují, že problém patologického hráčství je mnohem komplexnější a nekončí pouze jednou schůzkou s dluhovým poradcem, který zajistí okamžité řešení. Je to v převážné většině případů první schůzka, na které hráči a osoby blízké projeví své obavy, úzkosti a jiné emoce, které se v souvislosti se zadlužením projeví. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby pracovník dluhového poradenství získal kompetence a znalosti, které by mohl uplatnit v rámci terapeutického paradigmatu, resp. v konceptu finanční terapie.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol. Prvních pět kapitol je věnováno na objasnění závislostního chování, možnostem léčby a poskytovaných intervencí v různých fázích hazardního hraní. Dále se věnuje využívaným teoretickým přístupům a metodám vhodných pro finanční terapii.

Šestá kapitola je pak věnována zpracování konkrétního projektu s názvem „Finanční terapie jako součást léčby nelátkových závislostí v CKP ZK“. V této kapitole jsou uvedeny základní údaje o realizátorovi, o analýze potřeb včetně vymezení cílových skupin. Následně jsou stanoveny klíčové aktivity včetně dílčích činností s nastavením časového harmonogramu. Pro projekt byly definovány výstupy, indikátory a výsledky, včetně jejich ověřitelnosti prostřednictvím logického rámce projektu. Nechybí ani identifikace rizik, analýza jejich dopadu na realizaci a ke stanovení preventivních opatření. Součástí tohoto projektu je i rozpočet, který je popsán a znázorněn dle klíčových aktivit.

Cílem této práce bylo zpracovat projekt pro rozšíření stávající sociální služby, který se podařilo naplnit. Tento projekt zohledňuje časovou stránku včetně rozpočtu a je plně způsobilý k jeho realizaci.

Díky tomu, že projekt zajišťuje komplexnost nabízených služeb v rámci odborného poradenství, které využívá holistický přístup ke klientům a současně bere ohled na jejich individuální přání a potřeby, je ojedinělý nejen ve Zlínském kraji.

Zpracovaný projekt může sloužit jako inspirace pro ostatní adiktologické služby, které poskytují nebo by chtěly poskytovat komplexní odborné poradenství jehož nezbytnou součástí je i kvalitní dluhové poradenství.

Bibliografie

ANONYMNÍ GAMBLEŘI ČESKO, 2024. Jsem gambler? Online. Dostupné z: <https://anonymnigambleri.cz/jsem-gambler/>. [citováno 2024-05-14].

BLINKA, Lukáš, 2015. Online závislosti. 1. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5311-9.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ), 2024. Regionální data. Počet obyvatel k 31.12. podle krajů. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/pocet-struktura-a-projekce-obyvatel?pocet=10&start=0&podskupiny=132&razeni=-datumVydani#regionalni-data>. [citováno 2024-07-23].

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ (ČTK), 2024. Sázky na letošní MS v hokeji byly rekordní, přesáhly 2,9 miliardy korun. Online. In: [České noviny.cz](https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/2522091) 27.05.2024. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/2522091>. [citováno 2024-07-20].

DÁVIDOVÁ, Michaela, 2020. Patologické hráčství: výskyt, diagnostika, léčba, komplexní pohled na problematiku. 1. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2758-5.

DE SHAZER, Steve, Yvonne DOLAN a kol, 2014. Zázračná otázka. Krátká terapie zaměřená na řešení. 2. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0680-4.

HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ, 2010. Velký psychologický slovník. 4. vyd. Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HORYANSKÝ, Petr, 2024. Výroční zpráva o realizaci politiky v oblasti závislostí ve Zlínském kraji za rok 2023. Online. Zlínský kraj. Dostupné z: <https://zlinskykraj.cz/problematika-zavislostnich-chovani>. [citováno 2024-07-16].

IDNES.CZ, ČTK, 2024. Lidé prosázeli na fotbal čtyři miliardy. Částka překonala šampionát v Kataru. In: [Idnes.cz](https://www.idnes.cz/ekonomika/domaci/me-fotbal-nemecko-sazky-fortuna-vysledek-mistrovstvi-evropy.A240715_150821_ekonomika_jadv) 15.07.2024. Dostupné z: https://www.idnes.cz/ekonomika/domaci/me-fotbal-nemecko-sazky-fortuna-vysledek-mistrovstvi-evropy.A240715_150821_ekonomika_jadv. [citováno 2024-07-20].

KALINA, Kamil a kol, 2015. Klinická adiktologie. 1. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9791-5.

KALINA, Kamil a kol, 2013. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. 1. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7946-1.

KALINA, Kamil a kol, 2003. Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup. Online. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf. [citováno 2024-03-16].

KLONTZ, Bradley T., Sonya L. BRITT, Kristy L. ARCHULETA et. al., 2015. Financial therapy: Theory, research, and practice. 1st edition. Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-34411-9.

LEE, Jimmy, Ray, 1993. Bod obratu 1 a 2. Praha: Národní kancelář Teen Challenge.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. Základy psychoterapie. 7.vyd. Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.

KŘÍŽOVÁ, Ivana, 2021. Závislosti. Pro psychologické obory. 1.vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1754-3.

KUKLOVÁ, Marie, 2016. Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.

MIKLAS, František, 2020. Metodika preventivní e-terénní sociální práce v on-line prostředí hazardu. Online. SPR. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/wp-content/uploads/2021/03/Projekt-HRani%CC%81-metodika.pdf>. [citováno 2024-05-14].

MILLEROVÁ, Geri, 2011. Adiktologické poradenství. 1. vyd. Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MF ČR), 2020. Výkladové stanovisko odboru 73 – Procesní agendy a regulace hazardu k plnění povinnosti podle § 15 odst. 3 a 4 zákona o hazardních hrách. Online. MF ČR. Dostupné z: https://www.mfcr.cz/assets/attachments/2020-11-20_Stanovisko-k-vykladu-15-odst-3-a-4-v1-0.pdf. [citováno 2024-05-14].

MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MF ČR), 2024. Rejstřík vyloučených osob. Online. MF ČR. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/kontrola-a-regulace/hazardni-hry/rejstrik-vyloucenych-osob-rvo/pro-verejnost/dulezite-informace-k-zapisu>. [citováno 2024-05-14].

MIOVSKÝ, Michal a kol., 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR. Online. Klinika adiktologie. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>. [citováno 2024-07-10].

MRAVČÍK, Viktor, Jakub ČERNÝ, Zuzana LEŠTINOVÁ, Pavla CHOMYNOVÁ, Kateřina GROHAMOVÁ, Šárka LICEHAMMEROVÁ, Aleš ZIEGLER, Veronika KOCAREVOVÁ, 2014. Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Online. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1619/312/hazard_final_web.pdf. [citováno 2024-03-13].

MRAVČÍK, Viktor, Barbara JANÍKOVÁ, Tereza ROZNEROVÁ, Blanka NECHANSKÁ, Lucia KIŠŠOVÁ, Zuzana Tion LEŠTINOVÁ, 2015. Léčba a další odborné služby pro patologické hráče v ČR. Online. Adiktologie, 2015(4), 367-375. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/journal-archive/2015-2/4-2015/>. [citováno 2024-03-17].

NAVRÁTIL, Pavel, Radka JANEBOVÁ a kolektiv, 2010. Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce. 1. vydání. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-038-2.

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. Teorie a metody sociální práce. 1. vyd. Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NEŠPOR, Karel, 2018. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5. rozšířené vyd. Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel a kol, 2011. Jak překonat hazard. Prevence, krátká intervence a léčba. 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0009-3.

NEŠPOR, Karel, 2012. Už jsem prohrál dost. Online. Karel Nešpor. Dostupné z: <https://www.drnespor.eu/Upd.doc>. [citováno 2024-03-17].

NEŠPOR, Karel, [b.d.]. Syndromy závislosti a patologického hráčství. Online. Karel Nešpor. Dostupné z: https://www.drnespor.eu/_povs4.doc. [citováno 2024-07-12].

PELCÁK, Stanislav, [b.d.]. Základy psychoterapie. Studijní opora k předmětu pro studenty kombinované formy studia oboru Sociální patologie a prevence. Univerzita Hradec Králové. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/studijni_opory/socialni_patologie_a_prevence_2020/zaklady-psychoterapie.pdf. [citováno 2024-07-02].

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ, 1999. Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. 1. vyd. Triton. ISBN 80-7254-038-6.

PRUNNER, Pavel, 2013. Gamblerství aneb Ztráta svobody. 1. vyd. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-452-7.

PSYCHOSOM, 2024. Teorie. Online. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/838-teorie-3-2022>. [citováno 2024-07-20].

RÖHR, Heinz-Peter, 2015. Závislost: jak ji porozumět a jak ji překonat. 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0927-0.

TRANTINA, František, 2016. Svépomocné skupiny pro patologické hráče v České republice. Online. Adiktologie. 2016(1), 58-62. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/journal-archive/2016-2/1-2016/>. [citováno 2024-05-14].

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY (ÚV ČR), 2023. Zpráva o hazardním hraní v České republice 2023. Online. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-hazardnim-hrani-v-ceske-republice-2023/>. [citováno 2024-03-13].

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY (ÚV ČR), 2021. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Online. ÚV ČR. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/vyrocní-zpravy/koncepce-rozvoje-adiktologicky-sluzeb-192949/>. [citováno 2024-03-17].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS), [b.d.]. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Online. ÚZIS. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F63.0>. [citováno 2024-03-17].

VACEK, Jaroslav, [b.d.]. Nelátkové závislosti – Behaviorální závislosti. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/407/behavioralni-zavislosti.pdf>. [citováno 2024-02-12].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>. [citováno 2024-07-07].

ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 108/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>. [citováno 2024-07-07].

ZATLOUKAL, Leoš, [b.d.]. Přístup zaměřený na řešení – Stručný úvod. Dostupné z: <https://www.dalet.cz/wp-content/uploads/2023/06/SFBT-uvod.pdf>. [citováno 2024-06-17].

ZATLOUKAL Leoš, Pavel VÍTEK, 2016. Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností. 1.vyd. Portál. ISBN 978-80-262-1011-5.

ZATLOUKAL, Leoš, 2009. „Zázračná otázka“ a její využití v krátké terapii. Online. Psychoterapie, 2009 (3), s.179-191. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Leos-Zatloukal/publication/316582457_Zazracna_otazka_a_jeji_vyuziti_v_kratke_terapii/links/5904e48a0f7e9bc0d58ec3cb/Zazracna-otazka-a-jeji-vyuziti-v-kratke-terapii.pdf. [citováno 2024-06-25].

Seznam příloh

Příloha 1: Sebe-diagnostický dotazník AG (Zdroj: AG Česko, 2024).....	85
Příloha 2: Sebeomezující opatření (Zdroj: Interní dokumenty CKP ZK)	86
Příloha 3: Dvanáct kroků Anonymních Gamblerů (Zdroj: Anonymní Gambleři Česko, 2024)	87
Příloha 4: Léčba patologického hráčství dle Nešpora (Zdroj: Nešpor Karel, b.d.).....	88
Příloha 5: Teorie poradenství související s léčbou závislostí (Zdroj: Millerová Geri, 2011) ..	89
Příloha 6: Desenzibilizace – postup (Zdroj: Nešpor a kol., 2011)	91
Příloha 7: Kognitivní restrukturalizace (Zdroj: Možný Petr).....	92
Příloha 8: Specifikace stakeholderů (Zdroj: vlastní zpracování)	97
Příloha 9: Logframe projektu (Zdroj: vlastní zpracování)	98
Příloha 10: Identifikace rizik, dopady na realizaci projektu, preventivní opatření (Zdroj: vlastní zpracování)	100
Příloha 11: Klíčové aktivity, indikátory, výstupy a výsledky (Zdroj: vlastní zpracování)	101
Příloha 12: Ganttův diagram (Zdroj: vlastní zpracování)	103
Příloha 13: Propagační leták Finanční terapeutické skupiny (Zdroj: CKP ZK.....	104
Příloha 14: Rozpočet projektu (Zdroj: vlastní zpracování)	105

Přílohy

Příloha 1: Sebe-diagnostický dotazník AG (Zdroj: AG Česko, 2024)

JSEM GAMBLER? Mám problém v důsledku hazardních her či sázek? Mám vyhledat pomoc? Nejsem si jistý svojí závislostí na hazardních hrách a sázkách? K tomu slouží dotazník Dvacet otázek Anonymních Gamblerů:

1. Ztratil(a) jste někdy čas určený k práci nebo studiu kvůli hazardní hře?
2. Učinil hazard Váš život doma nešťastným?
3. Poškodil hazard Vaši pověst?
4. Cítil(a) jste po hazardu výčitky svědomí?
5. Hrál(a) jste někdy hazardní hru proto, abyste získal(a) peníze, jimiž by jste zaplatil(a) dluhy nebo vyřešil(a) finanční problémy?
6. Zmenšilo hazardní hraní Vaši ctižádost a výkonnost?
7. Když jste prohrál(a), měl jste pocit, že se musíte k hazardní hře co nejdříve vrátit a vyhrát zpět, co jste prohrál(a)?
8. Když jste vyhrál(a), měl(a) jste silnou touhu se k hazardu vrátit a vyhrát ještě víc?
9. Hrál(a) jste hazardní hru často tak dlouho, dokud jste neprohrál(a) poslední peníze?
10. Půjčil(a) jste si někdy peníze, abyste financoval(a) hazard?
11. Prodal(a) jste někdy něco, abyste financoval(a) hazard?
12. Nechtělo se Vám používat peníze z hazardu pro normální účely?
13. Způsobil hazard to, že jste se nestaral(a) o prospěch rodiny?
14. Hrál(a) jste někdy hazardní hru déle, než jste měl(a) původně v úmyslu?
15. Hrál(a) jste hazardní hru někdy, abyste unikl(a) starostem a trápením?
16. Spáchal(a) jste někdy, nebo jste někdy uvažoval(a) o spáchání nezákonného činu, abyste financoval(a) hazard?
17. Působil Vám hazard potíže se spaním?
18. Vedly hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že ve Vás vznikala touha hrát hazardní hru?
19. Když se na Vás „usmálo štěstí“, cítil(a) jste touhu to oslavit pár hodinami hazardu?
20. Uvažoval(a) jste někdy o sebezničení kvůli hazardu?

Většina patologických hráčů odpoví kladně nejméně na sedm z těchto otázek.



SEBEOMEZUJÍCÍ OPATŘENÍ HAZARDNÍHO HRANÍ

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE VE
ZLÍNSKÉM KRAJI

1. LIMITY

- maximální výše sázek za 1 den/1 měsíc
- maximální výše čisté prohry za 1 den/1 měsíc
- je povinností sázkových kanceláří limity klientům umožnit

2. ZRUŠENÍ ÚČTU

- hráč může kdykoliv smlouvu vypovědět bez udání důvodu
- jak:
 - a)zasláním žádosti o ukončení smlouvy nebo výpovědí přes datovou schránku
 - b)žádost emailem s úředně ověřeným podpisem

3. BLOKOVÁNÍ ÚČTU

- změnou hesla na účtu hráče (ideálně osobou blízkou)

4. STANOVENÍ ROZPOČTU

- hráč si určí denní limit, který nechce překročit (forma tužka-papír, aplikace mobilní peněženka)

5. MOBILNÍ APLIKACE

- AppBlock
- omezení času stráveného v aplikaci
- Google Family Link Pro rodiče
- sledování, jak dítě tráví čas na internetu, možnost některé aplikace zakázat
- Gamban (v angličtině)

6. RVO = REJSTŘÍK VYLOUČENÝCH OSOB

- zamezení hry
- neveřejný informační systém Ministerstva financí
- slouží k zamezení přístupu vyloučených fyz. osob k hazardním hrám
- zapisovány jsou všechny osoby v insolvenční, os. pobírající dávky hmotné nouze, os., které samy požádají, os., kterým to nařídí soud
- zápis: pomocí web. stránek ministerstva financí www.mfcr.cz
- výmaz nejdříve za 1 rok



Příloha 3: Dvanáct kroků AG (Zdroj: AG Česko, 2024)

1. „Přiznali jsme si svoji bezmocnost nad závislostí na hazardním hraní a sázení. Naše životy se staly neovladatelnými.“
2. „Dospěli jsme k víře, že jen síla větší než je naše vlastní, nám vrátí duševní zdraví.“
3. „Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do rukou Boha, vyšší moci, tak jak ho my sami chápeme.“
4. „Provedli jsme důkladnou a nebojácnou mravní inventuru sebe samých.“
5. „Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků.“
6. „Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.“
7. „Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.“
8. „Sepsali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.“
9. „Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.“
10. „Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, tak jsme si to přiznali.“
11. „Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k Bohu, či vyšší moci tak jak Ho my sami chápeme a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.“
12. „Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním gamblerům a uplatňovat tyto zásady ve všech svých záležitostech.“

Někteří z nás zapochybovali, to přeci nelze dokázat! Nenechme se odradit. Ani jeden z nás nebyl schopen dodržovat tyto principy perfektně, nejsme svatí. Cílem je, že chceme růst po duchovních liniích. Naše tvrzení napovídá spíš o spirituálním pokroku než perfektnosti.

Příloha 4: Léčba patologického hráčství dle Nešpora (Zdroj: Nešpor Karel, b.d.)



Příloha 5: Teorie poradenství související s léčbou závislostí (Zdroj: Millerová Geri, 2011)

Teorie poradenství	Cíle terapie	Terapeutické techniky
Psychoanalytická terapie	Z nevědomého učinit vědomé, rekonstruovat základní osobnost, napomoci klientům opětovně prožít dřívější zkušenosti a propracovat se k vytěsněným konfliktům; dosáhnout rozumového uchopení problému.	Hlavními technikami jsou interpretace, analýza snů, volné asociace, analýza odporu a analýza přenosu. Všechny mají klientům pomoci získat přístup k jejich nevědomým konfliktům, což vede k vhledu, kdy ego nakonec přijme nový materiál za své. Často se používá diagnostika a testování. Pomocí kladení otázek se mapuje dosavadní vývoj případu.
Adlerovská terapie	Privést klienta k přehodnocení jeho základních názorových východisek a životních cílů; nabídnout podněty, jejichž prostřednictvím si jsou jedinci schopni stanovit sociálně užitečnější cíle; rozvíjet klientův pocit sounáležitosti.	Adleriáni věnují větší pozornost subjektivním prožitkům klientů než užívání technik. Mezi některé z uplatňovaných technik patří shromažďování údajů o dosavadním životě (rodinná schémata, rané vzpomínky, osobní priority), sdílení interpretací s klientem, povzbuzování a pomoc klientům při hledání nových možností.
Existenciální terapie	Pomoci lidem uvědomit si jejich svobodu a možnosti, které se jim nabízejí; stimulovat je k tomu, aby si byli vědomi své odpovědnosti za věci, o nichž se dříve domnívali, že se jim jednoduše staly; identifikovat faktory stojící v cestě ke svobodě.	Z tohoto přístupu mnoho technik nevychází, protože je klade až na druhé místo za prvořadé porozumění. Terapeut si může vypůjčit techniky z jiných přístupů a zpracovat je do stávajícího rámce. Diagnostika, testování a externí kvantifikované proměnné se nepovažují za důležité. Tento přístup může být velmi konfrontační.
Terapie zaměřená na člověka	Poskytnout bezpečnou atmosféru vytvářející příznivé podmínky pro klientovo sebezkoumání tak, aby si byl schopen rozpoznat bloky bránící rozvoji a uvědomovat si stránky svého já, které byly dříve popírány nebo deformovány; umožnit mu posun k otevřenosti, větší důvěře v sebe sama, ochotně procházet určitým procesem, větší spontaneitě a čínorodosti.	V rámci tohoto pojetí se mnoho technik nepožívá, ale klade se zde důraz na přístup terapeuta. Mezi základní techniky patří aktivní naslouchání a vyslechnutí, reflexe pocitů, vyjasňování a terapeutova „účast“. Tento model neobnáší diagnostické testování, interpretaci, mapování dosavadního vývoje případu či dotazování ani „dolování“ informací.
Gestalt terapie	Pomoci klientům získat povědomí o momentálních prožitcích a rozšířit jejich schopnost volby; účelem není analýza, ale integrace.	K dosažení intenzivnějšího prožitku a integrace konfliktních pocitů je zde určena celá řada experimentů. Experimenty společně koncipují terapeut a klient na základě neformálního dialogu (já/ty). Terapeuti mají dostatečný prostor pro své vlastní experimenty. Formální diagnostika a testování se jako součást terapie nevyžaduje.
Terapie realitou	Pomoci lidem na cestě k vyšší efektivitě při uspokojování jejich potřeb; umožnit klientům znovunavázat kontakt s lidmi, které se rozhodli začlenit do svých kvalitativních světů a seznámit klienty s teorií volby.	Aktivní, direktivní a didaktická terapie. K tomu, aby klienti zhodnotili své aktuální počínání a zjistili, jestli jsou ochotni se změnit, se dají využít různé techniky. Pokud dospějí k závěru, že jejich stávající chování není efektivní, vypracují si konkrétní plán pro dosažení změny a zavážou se k jeho plnění.
Behaviorální terapie	Obecně eliminovat maladaptivní chování a osvojit si efektivnější způsoby chování; zaměřit se na faktory ovlivňující chování a	K hlavním technikám patří systematická desenzibilizace, relaxační metody, přesytní/zaplavení (flooding), desenzibilizace

	<p>zjistit, jak se dá problematické chování řešit. Klienti mají aktivní roli při sestavování cílů léčby a při hodnocení míry jejich dosahování.</p>	<p>pomocí očních pohybů a přepracování (EMDR), techniky posilování, modelování, kognitivní restrukturalizace, asertivita a trénink sociálních dovedností, programy self-managementu, behaviorální trénink, koučování, různé techniky multimodální terapie. Diagnostika či zhodnocení se provádí na začátku s ohledem na stanovení plánu léčby. Používají se otázky jako např. „co“, „jak“ a „kdy“ (nikoliv však „proč“). Typické je rovněž využívání kontraktů a zadávání domácích úkolů.</p>
<p>Kognitivně-behaviorální terapie</p>	<p>Podněcovat klienty ke konfrontaci mylných přesvědčení pomocí protichůdných důkazů, které oni sami shromažďují a vyhodnocují; pomáhat klientům při odhalování jejich dogmatických přesvědčení a energicky je minimalizovat; uvědomovat si projevy zautomatizovaného myšlení a měnit takové myšlení.</p>	<p>Terapeuti využívají množství kognitivních, emočních a behaviorálních terapeutických technik; jednotlivé metody jsou přizpůsobovány specifickým individuálním potřebám klientů. Jde o aktivní, direktivní, časově omezenou, strukturovanou terapii zaměřenou na přítomnost. Některé z technik obnášejí vedení sokratovského dialogu, debatování o iracionálních přesvědčeních, plnění domácích úkolů, shromažďování údajů o předpokladech, které si člověk utvořil, evidenci činností, formování alternativních interpretací, osvojování si nových dovedností zvládání zátěžových situací, změnu jazykových vzorců a vzorců myšlení, přehrávání modelových situací („hraní rolí“), představivost a konfrontování mylných představ.</p>

Příloha 6: Desenzibilizace – postup (Zdroj: Nešpor a kol., 2011)

Úvod

Existují přesvědčivé doklady o tom, že tento postup pomáhá překonat problém s hazardem. Úvodní relaxace působí příznivě sama o sobě. Další část připomíná, že hazard je pro patologického hráče nudná a fadní záležitost. Máte mnoho lepších možností. Nahrávku si pouštějte třikrát nebo vícekrát týdně po dobu jednoho měsíce. Pak ji používejte dlouhodobě jednou za měsíc nebo častěji.

Poloha: Položte se na záda, nohy mírně od sebe, ruce podle těla dlaněmi vzhůru. Pokud má někdo kulatá záda, ať si podloží hlavu tvrdším polštářkem nebo složenou dekou. Dá se cvičit i v pohodlném sedu. Ideální je být při cvičení uvolněný a při tom bdělý.

Předběžné uvolnění

Můžete se ještě pohnout a najít si v rámci základní polohy co nejhodnější pozici. Pak je lépe zůstat nehybně. Uvědomte si, kde se tělo dotýká podložky nebo opěradla... Uvědomte si všechna tato místa současně... Uvědomte si místa příjemné tíže, tíže přicházející z různých částí těla... Tělo je příjemně těžké...

Uvolnění svalů

Vyslovujte názvy částí těla, vybavte si jejich tvar a nechte je, ať se uvolní.

- Temeno hlavy, čelo, oči... Tváře, ústa, čelist, šíje i přední strana krku...
- Pravé rameno, paže, loket... Předloktí zápěstí, pravá dlaň a prsty...
- Levé rameno, paže, loket... Předloktí zápěstí, levá dlaň a prsty...
- Pravá lopatka, levá lopatka, pravá bederní oblast, levá, celá záda...
- Pravá polovina hrudníku, levá polovina, břicho...
- Pravá kyčel, stehno, koleno, lýtko, kotník, chodidlo a prsty u nohou...
- Levá kyčel, stehno, koleno, lýtko, kotník, chodidlo a prsty u nohou...
- Celá hlava a krk, obě ruce, trup, obě nohy...
- Celé tělo, celé tělo, celé tělo...

Uvolnění za pomoci dechu

Přeneste pozornost k přirozenému, spontánnímu dýchání. Uvědomujte si pohyby břicha. S nádechem se břišní stěna oddaluje od páteře, s výdechem se k ní přibližuje. S nádechem přijímejte ze všech stran sílu a energii, s výdechem se ještě více uvolňujete. S nádechem si můžete v duchu říkat „síla“, s výdechem „klid“. Pokračujte takto chvíli dále... Zůstávejte bdělí a zároveň uvolnění... Kdyby se objevovaly nesouvisející myšlenky, nechávejte je zase odcházet. Trpělivě, laskavě se vracejte k uvědomování pohybů břicha při dýchání... **Vlastní desenzibilizace**

Budeme ve fantazii otužovat vůči podnětům, které souvisejí s hazardem.

1. Peníze atd.: Vybavte minci nebo bankovku. Zůstaňte při tom uvolnění... Fantazii odsuňte a vraťte se do stavu uvolnění. Uvědomujte si pohyby břicha při dýchání. S nádechem můžete v duchu opakovat „síla“ s výdechem „klid“...

2. Bankomat, kreditní karta: Nyní si vybavte bankomat nebo kreditní kartu. Zůstaňte při tom uvolnění... Fantazii odsuňte a vraťte se do stavu uvolnění. Uvědomujte si pohyby břicha při dýchání. S nádechem můžete v duchu opakovat „síla“ a s výdechem „klid“...

3. Konec pracovní doby nebo páteční odpoledne: Pracovní doba skončila a vy máte volno. Zůstaňte při tom uvolnění... Tuto fantazii odsuňte a vraťte se do stavu uvolnění. Uvědomujte si pohyby břicha při dýchání. S nádechem můžete v duchu opakovat „síla“ s výdechem „klid“...

4. Rizikové prostředí: Nyní jste se ocitli blízko herny, kasina nebo sázkové kanceláře... Fantazii odsuňte a vraťte se do stavu uvolnění. Uvědomujte si pohyby břicha při dýchání. S nádechem můžete v duchu opakovat „síla“ s výdechem „klid“...

5. Myšlenka na hazard: Vybavte si vzpomínku, která nějak souvisí s hazardem. Uvolněně, znudněně ji odmítněte. Pošlete ji pryč... Máte mnoho jiných, dobrých a zdravých možností. Pak se za odmítnutí hazardu ve fantazii odměňte. Tou odměnou může být pochvala někoho, na kom vám záleží. Může to být také představa něčeho dobrého a prospěšného, co máte rádi. Jste se sebou spokojeni. Jste na odmítání hazardu hrdí. Je to vaše velká výhoda. Vraťte se do stavu uvolnění. Uvědomujte si pohyby břicha při dýchání. S nádechem můžete v duchu opakovat „síla“ s výdechem „klid“...

Pomalý závěr

Od uvědomování si dechu přejděte k uvědomování celého těla. Vnímejte vše co souvisí s dotykem. Vnímejte, kde se dotýkáte podložky nebo židle i kde se těla dotýká oděv. Zaposlouchejte se na chvíli do zevních zvuků. Pak pohněte prsty u nohou i u rukou. Na úplný závěr se zhluboka nadechněte, protáhněte se jako při osvěžujícím probuzení. Naše cvičení končí.

Na stránkách www.drnespor.eu ke stažení MP3

Příloha 7: Kognitivní restrukturalizace (Zdroj: Možný Petr)

Úvod - edukace klienta

- Co jsou to emoce
- Pojmenování emocí
- Vztah mezi emocemi a myšlenkami
- Myšlenky automatické a volní
- Myšlenky primární a sekundární
- Myšlenky „chladné“ a „žhavé (palčivé)“
- Přesvědčivost myšlenek
- Chyby v uvažování pod vlivem emocí
- Metoda změny emocí pomocí změny myšlení
- Záznam myšlenek

Cvičení - emoce a souvislost mezi emocemi a myšlenkami (10 minut)

Vzpomeňte si na nějakou situaci, ve které jste prožívali určitou silnou emoci - strach, vztek, radost, nechuť, bezmoc apod.

Zavřete si oči a vybavte si tuto situaci co nejživěji - kdy to bylo, kde jste byli, s kým, co jste dělali, na co jste mysleli.

Až si situaci dostatečně vybavíte, napište do formuláře se 3 sloupci:

1) Situace

2) Emoce - jaká a jak silná (0-10)

3) Jaké myšlenky se s touto emoci pojily - co vám při této emoci automaticky běželo hlavou. Jak byly tyto myšlenky přesvědčivé (0-100 %)

Každý napište aspoň 2 příklady.

Záznam automatických myšlenek 1

1. SITUACE Kdy? Kde? Kdo? Co?	2. EMOCE Intenzita 1-10	3. AUTOMATICKÁ MYŠLENKA Přesvědčivost 0-100 %

Čtyři kroky kognitivní restrukturalizace

1. Určení automatických myšlenek (AM)
2. Zkoumání platnosti AM – důkazy pro a proti
3. Vytvoření vyváženější/alternativní myšlenky
4. Posílení přesvědčivosti vyváženější/ alternativní myšlenky pomocí behaviorálních experimentů

Určení automatických myšlenek

Probrání nedávného emočního prožitku

Představa emočně nabitě situace

Změny nálady během sezení

Hraní rolí

Úmyslné vyvolání tělesných příznaků

Scénář nejhorší možné varianty

Příklady myšlenek, na které se má klient zaměřit

Cvičení: Určování ANM (10 min)

- Rozdělte se do trojic – pacient, terapeut, koterapeut
- Pacient popíše nějakou situaci, ve které cítil silnou emoci
- Terapeut se zaměří na to, aby zjistil, jaké automatické myšlenky pacient měl v této situaci
- Společně vyplní tabulku Záznam myšlenek se 3 sloupci
- Pacient určí myšlenku, která je nejvíce „žhavá“ (nejvíce vysvětluje prožívanou emoci, je nejvíce přesvědčivá)

Chyby v uvažování

1. Přehnané zobecnění
2. Nepodložené závěry
3. Zkreslující výběr faktů (mentální flitr)
4. Přehánění či bagatelizace
5. Černobílé (extrémní) myšlení
6. Perfekcionismus/nereálná očekávání
7. Vztahovačnost
8. Čtení myšlenek
9. Emoční usuzování
10. Nálepkování

Zkouška v reálné situaci

Cvičení (5 minut)

Najděte v předchozí tabulce se 3 sloupci chyby v uvažování v zjištěných automatických myšlenkách.

Zkoumání platnosti AM

Zvolit AM, která je nejvíce přesvědčivá/emočně nabitá

- Ujasnění významu pojmů
- Co svědčí pro?
- Co svědčí proti?
- Jaké má tato AM důsledky? Pomáhá mi takovýto způsob uvažování nebo mi škodí?
- Nedopouštím se logických chyb? Jakých?
- Je možno tuto situaci vidět/hodnotit jinak?

Otázky je zpochybňování platnosti ANM

Platí tato myšlenka vždy a za všech okolností? Nemáte nějaké zážitky a zkušenosti, které ukazují, že to tak není?

- Berete v úvahu všechna fakta? Nebo některá přehlídíte?
- Kdyby si toto myslel váš nejlepší přítel nebo někdo, na kom vám záleží, co byste mu na to řekl?
- Kdyby váš nejlepší přítel nebo někdo, komu na vás záleží, věděl, že takto uvažujete, co by vám řekl? Na co by poukázali, aby vás upozornili na to, že vaše myšlenky nejsou 100% pravdivé?
- Když jste se necítil tak jako teď, uvažoval jste v podobných situacích jinak? Jak?
- Když jste se takto cítil dříve, jaké myšlenky vám pomohly cítit se lépe?
- Byl jste už v takové nebo podobné situaci někdy dříve? Co se tehdy stalo? Je nějaký rozdíl mezi touto situací a tou dřívější? Jaké zkušenosti, které by vám teď mohly pomoci, jste z dřívějších situací získal?
- Existují nějaké třeba i maličkosti, které vašim myšlenkám protirečí a které odmítáte vzít v úvahu s tím, že nejsou důležité?
- Když si představíte, že uplynulo pět let - jak budete na tuto situaci vzpomínat? Bude v tom nějaký rozdíl? Vzpomenete si na nějakou jinou součást dnešního zážitku?
- Má tato situace i nějaké kladné stránky, které přehlídíte?

- Neobviňujete se kvůli něčemu, co jste tak úplně a zcela nezavinil?
- Pomáhá vám tento způsob uvažování nebo vám škodí?
- Nesnažíte se najít odpověď na otázky, na které odpovědět nelze?
- Nepoužíváte dvojí metr - nemáte na sebe jiné nároky než na druhé?
- apod.

Záznam automatických myšlenek 2

4. DŮKAZY PRO	5. DŮKAZY PROTI	6. ALTERNATIVNÍ/ VYVÁŽENĚJŠÍ MYŠLENKY Přesvědčivost 0-100%	7. EMOCE NYNÍ Intenzita 1-10

Vytvoření alternativní/vyváženější myšlenky

Když projdete všechny důkazy pro a proti „žhavé“ negativní myšlence, existuje nějaký jiný, vyváženější způsob jak chápat a hodnotit tuto situaci (sebe sama, druhé lidi)?

Když si napíšete jednu větu, která shrnuje všechny důkazy, které podporují vaši žhavou myšlenku, a druhou větu, shrnující všechny důkazy, které vaši žhavou myšlenku zpochybňují - vytvoří kombinace těchto dvou shrnujících vět, spojených spojkou „a“, vyváženější myšlenku, která bere v úvahu všechny informace, které jsou shromáždil?

Kdyby někdo, koho máte rád, byl v této situaci, měl tyto myšlenky a měl k dispozici tyto informace, co byste mu poradil? Jak byste mu poradil, aby se na tuto situaci díval?

Pokud je vaše žhavá myšlenka pravdivá, co **nejhoršího** se může stát? Pokud je vaše žhavá myšlenka pravdivá, jak **nejlépe** to může dopadnout? Pokud je vaše žhavá myšlenka pravdivá, jak **nejpravděpodobněji** to může dopadnout?

Mohl by někdo, komu věříte, vidět tuto situaci odlišně než vy?

Cvičení - 20 minut

Rozdělte se do trojic - pacient, terapeut, koterapeut.

Pacient sdělí svou „žhavou“ AM, která mu běžela hlavou v situaci, kterou si předtím popsal, a emoci, kterou prožíval.

Popište přesvědčivost ANM a intenzitu své emoce.

Terapeut s pacientem probere:

- co svědčí pro platnost ANM
- co zpochybňuje platnost či užitečnost ANM
- jak zní vyváženější/alternativní myšlenky
- emoce spojená s vyváženější/alternativní myšlenkou, její intenzita

Behaviorální experiment

1. Zvolíme a napíšeme alternativní/vyváženější myšlenku, jejíž platnost chce klient ověřit
2. Nenaplánujeme zkoušku, která její platnost ověří nebo vyvrátí
3. Probereme možné problémy a způsoby, jak je zvládnout
4. Klient provede „behaviorální experiment“
5. Zhodnotíme výsledek, zformujeme závěry a zapíšeme je

Záznam behaviorálního experimentu

Myšlenka, jejíž platnost ověřuji: _____

Experiment	Předpoklad	Výsledek experimentu	Poučení z experimentu - nakolik potvrdil ověřovanou myšlenku? 0-100%

Jaká poučení jsem z těchto experimentů získal (a)?: _____

Zpochybňování dysfunkčních schémat/přesvědčení

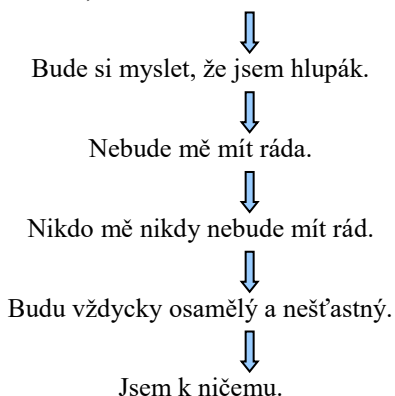
1. Určování dysfunkčních schémat/přesvědčení
2. Verbální zpochybňování
3. Zaznamenávání faktů, protirečících dysfunkčnímu přesvědčení
4. Formulace alternativního schématu/přesvědčení
5. Posilování alternativního schématu/přesvědčení

ad1. URČOVÁNÍ DYSFUNKČNÍCH SCHÉMAT

- „Padající šíp“ (řetězení významů)
- Shrnutí opakujících se témat
- Absolutní, extrémní výroky o sobě, o druhých, o světě
- Velmi emočně nabitě
- Velmi přesvědčivé
- Dosažení žádoucích cílů více brání než pomáhají

Příklad „padajícího šípu“

Když ji oslovím, zakotám se a nebudu vědět, co říci.



ad2. VERBÁLNÍ ZPOCHYBŇOVÁNÍ DYSFUNKČNÍHO PŘESVĚDČENÍ

- Nakolik tomuto přesvědčení věřím? (0-100%)
- Jaká fakta a zkušenosti svědčí proti platnosti tohoto přesvědčení?
- V čem je toto přesvědčení přehnané?

- V čem je toto přesvědčení nelogické?
- V čem mi toto přesvědčení škodí?
- Z čeho toto přesvědčení pramení?

ad3. FORMULACE ALTERNATIVNÍHO/VYVÁŽENĚJŠÍHO PŘESVĚDČENÍ

- Jaká forma tohoto přesvědčení by byla
 - realističtější (více odpovídala faktům)
 - relativnější
 - logičtější
 - prospěšnější

ad4. UPEVNĚNÍ ALTERNATIVNÍHO PŘESVĚDČENÍ

- Zaznamenávání faktů, podporujících platnost alternativního přesvědčení
 - Behaviorální experimenty
 - Historické zkoumání platnosti alternativního přesvědčení
 - Opakované hodnocení přesvědčivosti alternativního přesvědčení (0-100%)
- „Pokud má klient přesvědčivost svých iracionálních přesvědčení trvale oslabit, je nutné, aby opakovaně úmyslně jednal proti nim!“ (A. Ellis)

Historické zkoumání platnosti alternativního přesvědčení

Mé nové přesvědčení: _____

Věk	Zážitky, které potvrzují mé NOVÉ přesvědčení
Narození – 2 r.	
3 – 5 r.	
6 – 12 r.	
13 – 18 r.	
19 – 25 r.	
26 – 30 r.	

Příloha 8: Specifikace stakeholderů (Zdroj: vlastní zpracování)

Stakeholder	Forma a průběh spolupráce
Společnost Podané ruce o.p.s..	Poskytování služeb dle 108/2006 Sb. Financování služby Odborný dohled Kontrolní činnost Sdílení dobré praxe Výměna informací
Úřad vlády ČR Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky	Finanční podpora Strategické dokumenty
Úřad práce, ČSSZ, OSSZ	Doporučení Vyřizování a potvrzení sociálních dávek, důchodů
Zlínský kraj	Finanční podpora Strategické dokumenty Spolupráce s krajským protidrogovým koordinátorem
Statutární město Zlín	Finanční podpora Komunitní plánování Strategické dokumenty
Město Uherské Hradiště	
Město Kroměříž	
Město Otrokovice	
Město Uherský Brod	
Asociace poskytovatelů adiktologických služeb (skupina pro nelátkové závislosti)	Konzultace Strategické dokumenty Výměna informací Sdílení dobré praxe
Vzdělávací organizace OSVČ supervizoři, mentoři	Zajištění odborného vzdělávání a odborného růstu
Psychiatrické ambulance	Síťování služby informace, doporučení
Charita Otrokovice dluhové poradenství Samaritán	Síťování služby informace, doporučení
Oblastní charita Uherské Hradiště občanská poradna	Síťování služby informace, doporučení
Webové stránky	Publicita a propagace
Facebook, Instagram	
PoRuce – interní newsletter SPR	
Magazín 21	

Příloha 9: Logframe projektu (Zdroj: vlastní zpracování)

Cíl projektu	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje a prostředky ověření ukazatelů	
<p>Cílem projektu je rozšíření odborného sociálního poradenství Centru komplexní péče ve Zlínském kraji o finančně-terapeutickou podporu pro klienty s problémy v oblasti nelátkových závislostí a jejich osoby blízké a zajistit její dostupnost a fungování.</p>	<p>Počet, rozsah a zaměření vzdělávání pracovníka Zájemci o finanční terapie Počet klientů</p>	<p>Přehled akreditovaných kurzů a psychoterapeutického výcviku Evidence intervencí a výkonů Evidence zájemců o službu Propagace služby</p>	
Účel projektu	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje a prostředky ověření ukazatelů	Předpoklady
<p>Účelem projektu je vyřešit zkvalitnění komplexního odborného sociálního poradenství a vyřešit tak poptávku po finanční terapii</p>	<p>Splněný plán vzdělávání Počet klientů Spokojenost klientů Kvalita služby</p>	<p>Doklady o absolvovaných kurzech, započeti výcviku Evidence intervencí a výkonů Evaluační dotazníky, Polostrukturované rozhovory Odborný dohled týmu Supervize</p>	<p>Personální, provozní a finanční udržitelnost Poptávka ze strany klientů Podpora vedení SPR, donorů Spolupráce týmu Spolupráce se supervizory a odborným mentorem</p>

Výstupy projektu	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje a prostředky ověření ukazatelů	Předpoklady
<p>Zvýšení kvalifikace a odbornosti pracovníka Realizace přímé práce s klienty Fungující propagace projektu Zhodnocení projektu a jeho evaluace</p>	<p>Certifikáty o absolvování základních kurzů Přihláška do psychoterapeutického výcviku Počet klientů Statistika poskytnutých intervencí Supervizní smlouvy Počet letáků Počet článků na webu a facebooku Počet příspěvků na facebooku a instagramu Zpráva v interním newsletteru Tisková zpráva Průběžné evaluační zprávy Závěrečná evaluační zpráva Aktualizovaný metodický manuál služby</p>	<p>Personální složka zaměstnance Aplikace pro záznamy intervencí a výkonů služby Úložna s pracovními listy a terapeutickými pomůckami Operační manuál služby včetně příloh Sociální sítě, webové stránky Archiv tiskových zpráv Archiv tištěných dokumentů Sdílené úložiště elektronických dokumentů</p>	<p>Kvalitní příprava vzdělávacího plánu pracovníkem Podpora vedoucího pracovníka při přípravě vzdělávacího plánu Podpora zájmu o službu ze strany pracovníků CKP ZK Zájem o službu ze strany klientů Zajištění supervizních a mentorských smluv Příprava propagačních letáků a článků Motivace klientů k evaluaci projektu (dotazníky, polostrukturované rozhovory)</p>
Aktivity projektu	Prostředky (vstupy)	Zdroje a prostředky ověření ukazatelů	Předběžné podmínky a předpoklady
<p>Vytvoření vzdělávacího plánu Realizace vzdělávacího plánu (kurzy, výcvik) Skupinové terapie Individuální terapie Párové a rodinné terapie Podpora a zajištění kvality služby v přímé práci s klienty Distribuce letáků Zveřejnění článků a příspěvků Zveřejnění tiskové zprávy Evaluace projektu Aktualizace Operačního manuálu služby</p>	<p>Zajištění podpory u vedení SPR, donorů viz Rozpočet projektu</p>	<p>viz. Ganttův diagram</p>	<p>Financování ze stávajících zdrojů Příprava pracovníka a spolupracovníků Předběžný výběr vzdělávacích kurzů Zajištění externích supervizorů, odborného mentora Vhodně zvolená strategie oslovení zájemců o službu Fungující platformy pro PR</p>

Příloha 10: Identifikace rizik, dopady na realizaci projektu, preventivní opatření (Zdroj: vlastní zpracování)

Identifikace rizik	Dopady na realizaci projektu	Preventivní opatření
Nedostatečná nabídka nebo kapacita kurzů	Nízké riziko: projekt lze realizovat přechodně v omezené míře	V harmonogramu je dostatečně vymezená doba pro realizaci kurzů, je zde prostor pro posun aktivit
Nepřijetí do psychoterapeutického výcviku	Střední riziko: v projektu lze realizovat pouze skupinové terapie	Dostatečně dlouhá doba pro přijetí Byly v dostatečném předstihu zjištěny podmínky přijetí včetně zahájení výcviku
Neschválení vzdělávacího plánu	Nízké riziko: projekt lze realizovat přechodně v omezené míře	Sjednání nápravy dle připomínek vedoucího Výběr kurzů probíhá dle doporučení nadřízeného
Odchod dluhového poradce/sociálního pracovníka	Vysoké riziko: projekt nelze realizovat	V organizaci bude zapojen i druhý dluhový poradce Podpora pracovníků ze strany vedení organizace Důstojné finanční ohodnocení Benefity pro zaměstnance
Nedostatek finančních prostředků na úhradu vzdělávání	Nízké riziko: projekt lze realizovat přechodně v omezené míře	Sledování grantového kalendáře Žádosti o dotaci u kraje, měst a obcí
Ukončení smluvního vztahu se supervizory či mentory	Nízké riziko: projekt lze realizovat přechodně v omezené míře	Vyhledání a oslovení osob poskytujících supervizní či mentorské služby Příprava nových smluv
Nedostatečný zájem o službu ze strany klientů	Vysoké riziko: projekt nelze realizovat	Informovanost stávajících a nových klientů PR služby zaměřené na kapacity a nabízené činnosti Využití sociálních sítí Síťování v rámci dalších subjektů v regionu
Nezájem klientů o spolupráci na polostrukturovaných rozhovorech a evaluačních dotaznících	Střední riziko: projekt lze realizovat přechodně v omezené míře	Komunikace s klienty o významu projektu a získávání evaluačních dat PR služby zaměřené na projekt

Příloha 11: Klíčové aktivity, indikátory, výstupy a výsledky (Zdroj: vlastní zpracování)

Klíčová aktivita	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA01 Vzdělávání pracovníka	Zvýšení kvalifikace a odbornosti pracovníka	Plán vzdělávání	1 vzdělávací plán
		Realizace vzdělávacího plánu základní kurzy	1 dokončení vzdělávacího plánu (získání akreditovaných certifikátů z kurzů)
		Realizace vzdělávacího plánu psychoterapeutický výcvik	1 započatý psychoterapeutický výcvik
KA02 Přímá práce s klienty	Realizace přímé práce s klienty	Skupinové terapie	25 osob – skupinová terapie 30 osob – individuální terapie 10 osob – párová terapie
		Individuální terapie	
		Párové a rodinné terapie	
		Podpora a zajištění kvality služby v přímé práci s klienty	
KA03 Propagace projektu	Fungující propagace projektu	Distribuce letáků	450 ks letáků
		Zveřejnění článků a příspěvků	5 článků na web, facebook 15 příspěvků facebook, instagram 2 zprávy do interního newsletteru
		Zveřejnění tiskové zprávy	1 tisková zpráva
KA04 Evaluace projektu	Zhodnocení projektu a jeho evaluace	Evaluace projektu	8 průběžných evaluačních zpráv 1 závěrečná evaluační zpráva
		Aktualizace Operačního manuálu služby (metodika a standardy služby)	1 aktualizovaný metodický manuál služby (včetně příloh)

Příloha 13: Propagační leták Finanční terapeutické skupiny (Zdroj: CKP ZK)



Nabízíme prostor a čas pro téma FINANCE z různých perspektiv.

Může se jednat na příklad o sebepojetí, sebeocení, hodnoty, frustrace z nedostatečného zabezpečení, vztahové problémy v souvislosti s penězi, finanční nejistoty apod.

Skupina je dobrovolná a bezplatná.

Termíny setkání: 4. září, 2. října, 13. listopadu a 11. prosince 2024

Čas setkání: od 16.30 do 18.00

V případě zájmu nás, prosím, předem kontaktujte:

775 882 540 - Ing. Helena Švajková – dluhová poradkyně

777 293 960 - Mgr. Yvona Kopečková - vedoucí služby

Adresa: Třída T. Bati 202, Zlín-Louky – vstup ze dvora



Příloha 14: Rozpočet projektu (Zdroj: vlastní zpracování)

Klíčové aktivity (KA)		Rozpočet dle klíčových aktivit 06/2024 – 12/2026		
		Částka za aktivitu	Celkem KA	Položky
KA01 Vzdělávání pracovníka	Vzdělávací plán	0 Kč	86 100 Kč	bez nákladů
	Vzdělávání – základní kurzy	36 100 Kč		vzdělávání: 22.300 Kč; cestovné: 2.800 Kč; stravné: 3.800 Kč ubytování: 7.200
	Psychoterapeutický výcvik	50 000 Kč		psychoterapeutický výcvik: 50.000 Kč cestovné, stravné a ubytování (bez nákladů - hradí si pracovník)
KA02 Přímá práce s klienty	Skupinová terapie	3 000 Kč	76 900 Kč	pracovní listy, terapeutické pomůcky: 3.000,- Kč
	Individuální terapie	1 000 Kč		pracovní listy, terapeutické pomůcky: 1.000,- Kč
	Párové a rodinné terapie	300 Kč		pracovní listy, terapeutické pomůcky: 300,- Kč
	Individuální supervize	27 000 Kč		individuální supervize: 18 h x 1.500 Kč = 27.000 Kč
	Intervize	0 Kč		bez nákladů
	Skupinová supervize	28 800 Kč		supervize skupiny (jednou za dva měsíce): 12 h x 2.400 Kč = 28.800,-
	Odborný dohled (mentoring)	16 800 Kč		odborný dohled (mentoring 2 h/měsíčně): 28 x 600 Kč = 16.800,- (jde o poměrnou část na pracovníka projektu)
KA03 Propagace projektu	Propagace finanční terapie (skupinové, individuální, párové a rodinné)	2 600 Kč	2 600 Kč	450 letáků x 5,60 Kč = 2.520,- (kalkulace částky za tisk 1 letáku zahrnuje: tonery 5.000 Kč; válce, údržba, čištění 300 Kč; papíry 240 Kč)
	Propagace/publicita stakeholderi	0 Kč		facebook, web, instagram příspěvky bez nákladů
KA04 Evaluace projektu	Evaluační dotazníky pro klienty	600 Kč	42 600 Kč	100 dotazníků x 5,60 Kč = 560,- (kalkulace částky za tisk 1 letáku zahrnuje: tonery 5.000 Kč; válce, údržba, čištění 300 Kč; papíry 240 Kč)
	Polostrukturované rozhovory			
	Supervize týmu	42 000 Kč		supervize týmu CKP: 1,5 hod á 3.000 Kč x 14 h = 42.000Kč
	Projektová porada týmu a vedení	0 Kč		bez nákladů (porady s odborným ředitelem OLK a ZK, vedoucím ZLK, vedoucí CKP ZK)
	Aktualizace Operačního manuálu služby	0 Kč		bez nákladů (pdf, word, xls)
		CELKEM	208 200 Kč	

Anotace

Tato bakalářská práce reaguje na potřeby klientů odborného sociálního poradenství poskytovaného osobám závislým na hazardním hraní a jejich osobám blízkým. Zabývá se možností rozšíření znalostí a kompetencí pracovníka dluhového poradenství, který bude poskytovat finanční terapii, čímž se rozšíří komplexnost nabízených sociálních služeb Centra komplexní péče ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: odborné sociální poradenství, metody a techniky sociální práce, finanční terapie, kognitivně-behaviorální přístup, přístup orientovaný na řešení, hazard, patologické hráčství, dluhy

Annotation

This bachelor's thesis responds to the needs of clients of professional social counseling provided to persons addicted to gambling and their loved ones. It deals with possibility of expanding the knowledge and competences of a debt counseling worker who will provide financial therapy, therapy expanding the complexity of the social services offered by the Centrum komplexní péče ve Zlínském kraji.

Key words: professional social counseling, methods and techniques of social work, financial therapy, cognitive-behavioral approach, solution-oriented approach, gambling, pathological gambling, debts