



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Hazardní hráči v terapeutických komunitách z pohledu
sociální práce**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Kateřina Baloušková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Hazardní hráči v terapeutických komunitách z pohledu sociální práce* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28.05. 2021

Kateřina Baloušková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, Ph.D. za její cenné rady, ochotu a spolupráci při zpracování. Dále bych chtěla poděkovat rodině a blízkým přátelům za podporu při celé době studia. A v neposlední řadě komunikačním partnerům za poskytnuté rozhovory.

Hazardní hráči v terapeutických komunitách z pohledu sociální práce

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá hazardními hráči v terapeutických komunitách se zaměřením na sociální práci. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou v současné době uplatňováni sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést jejich význam a důležitost role při práci s hazardními hráči. Hlavní výzkumná otázka byla zvolena: „Jaké metody a techniky využívá sociální pracovník při práci s hazardními hráči?“

K naplnění zmíněného cíle a výzkumné otázky byla využita strategie kvalitativního výzkumu. Výzkumným souborem je 5 sociálních pracovníků v terapeutických komunitách, kteří pracují s hazardními hráči. Dále byl výzkum rozšířen ještě o 2 sociálními pracovníky, kteří pracují poradensky pouze jen s hazardními hráči, pro případné rozdíly mezi užívanými metodami a technikami. Data byla získávána technikou polostrukturovaného rozhovoru a následně vyhodnocována pomocí otevřeného kódování a axiálního kódování.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce sociální pracovníci upřednostňují individuální práci, jelikož zde mohou navázat důvěrný vztah a detailně zmapovat klientovu situaci pomocí nejčastěji používané techniky, a to rozhovoru. Dále využívají metodu práce se skupinou a rodinou, uvádějí, že při zapojení všech daných metod je léčba komplexnější. Z technik ještě mohou být dále jmenovány pozorování, prevence relapsu, edukace a pozitivní motivace.

Tato bakalářská práce a její poznatky mohou být přínosem pro budoucí sociální pracovníky, kteří se chtějí zabývat prací s touto cílovou skupinou, aby získali povědomí o nejvíce využívaných metodách, technikách a přístupech při práci s nimi. Také pro současné sociální pracovníky v terapeutických komunitách či jiném zařízení, pracující přímo s hazardními hráči, co by mohli případně změnit nebo zlepšit.

Klíčová slova

Hazardní hráči; impulzivní porucha; terapeutická komunita; sociální práce

Gamblers in Therapeutic Communities from the Point of View of Social Work

Abstract

Bachelor thesis focuses on hazard players in therapeutic communities with the emphasis on social work. Its goal is to find out how social workers are currently used in the treatment of gamblers. Next goal is to imply the meaning and importance of social workers' role in the working process with social groups such as this one. The main research question was chosen to be: "Which methods and techniques do social workers use when working with hazard players?"

In order to fulfil this goal and research question, a qualitative strategy of data collection was used. Research participants were five social workers from therapeutic communities working with hazard players. The research was later on expanded with two more social workers, focusing on consultancy for hazard players only, in order to gather more information about differences among methods and techniques used. Data were collected using the half-structured interview technique. All gathered information was evaluated with the use of open coding and axial coding methods.

Results show that social workers prefer individual work the most, because it allows them to create a deeper connection with the client and collect more valuable information about their social background, while using the interview method. Next to that, the group work and family work methods are used. They say that combining all mentioned methods creates a space for more complex collaboration. From other techniques, observing, relapse prevention, education or positive motivation can be mentioned.

This bachelor thesis and its findings can serve as an information source for future social workers wanting to focus on this social group, by receiving as many facts about methods, techniques and approaches towards hazard players as possible. It can also come in useful for current social workers in therapeutic communities or in other facilities that focus their work on hazard players, by showing them new possible directions for improvement.

Key words

Gamblers; impulse-control disorder; therapeutic community; social work

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická východiska	9
1.1 Impulzivní porucha a její diagnostika.....	9
1.1.1 Etiologie a patogeneze	9
1.1.2 Craving (bažení).....	10
1.1.3 Důsledky impulzivní poruchy.....	12
1.1.4 Sociální dopady.....	12
1.1.5 Psychické dopady.....	13
1.1.6 Zdravotní dopady	14
1.2 Hazardní hra.....	14
1.2.1 Druhy hazardních her.....	16
1.2.2 Patologické hráčství	17
1.2.3 Typologie hráčů	19
1.3 Prevence a léčba.....	20
1.3.1 Principy a cíle léčby.....	22
1.3.2 Terapeutické komunity	24
1.4 Sociální práce s hazardními hráči	25
1.4.1 Role sociálního pracovníka v terapeutických komunitách	26
1.4.2 Sociální poradenství.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
3 Metodika výzkumu	30
3.1 Popis výzkumného nástroje	30
3.2 Výzkumný soubor.....	31
3.3 Realizace výzkumu	32
3.4 Analýza dat	33
3.5 Etika výzkumu	33
4 Výsledky výzkumu	35

5	Diskuse	49
6	Závěr	53
	Seznam literatury a zdrojů	54
	Seznam tabulek a obrázků	60
	Seznam příloh	61
	Seznam zkratk	62

Úvod

Vzhledem k přístupnosti online hazardních her a v nespočetném výskytu kasin a heren je v současné době hazard velmi rozšířený, způsobuje řadu sociálních, psychických a ekonomických problémů. Může přinášet i velmi vážné problémy spojené se zadlužením, exekucemi, kriminalitou a násilím. Také je zde velmi důležitá problematika patologického hráčství jako problém negativně zasahující celou společnost. Právě zde je důležitá pomoc sociálního pracovníka a jeho role v procesu léčby. Sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu při léčbě hazardních hráčů, a je proto důležité vymezit jeho kvality a význam při práci s touto klientelou.

Teoretická část se zabývá definicí impulzivní poruchy a jejími dopady na sociální, psychickou a zdravotní oblast člověka. Dále definuje pojem hazardní hra a její druhy. V neposlední řadě se teoretická část věnuje léčbě a prevenci patologického hráčství, které zahrnuje i terapeutickou komunitu a role sociálního pracovníka jako nedílnou součást léčebného procesu.

Při realizaci výzkumu byl použit kvalitativní typ přístupu, pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou v současné době uplatňováni sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést jejich význam a důležitost role při léčebném procesu, jeho využívané metody a techniky sociální práce. Výsledky byly zpracovány pomocí metody otevřeného a axiálního kódování a byly rozděleny do 7 kategorií.

Dané téma jsem si vybrala z důvodu mé osobní zkušenosti v mém okolí, kdy jsem si zažila veškeré dopady na danou osobu, které zasahovaly i do našeho vzájemného vztahu. Zároveň bych se v budoucnu chtěla prací s touto klientelou zabývat.

Tato bakalářská práce a její poznatky mohou být přínosem pro budoucí sociální pracovníky, kteří se chtějí zabývat prací s touto cílovou skupinou, aby získali povědomí o nejvíce využívaných metodách, technikách a přístupech při práci s nimi. Výsledky také mohou sloužit jako zpětná vazba mým komunikačním partnerům do jejich zařízení.

1 Teoretická východiska

1.1 Impulzivní porucha a její diagnostika

Hraní hazardních her lze definovat jako sázení něčeho hodnotného (obvykle peněz) na událost s nejistou výhrou v tužbě po výhře. Nezdravé hraní hazardních her bylo poprvé uznáno jako psychiatrická porucha v roce 1977 Světovou zdravotnickou organizací, o 3 roky později byla tato závislost shrnuta pod pojmem impulzivní porucha (Fauth-Bühler a kol., 2016).

Impulzivní porucha je taková porucha, kdy jedinec není schopen odolat těm impulzivním činům, které ovlivňují jeho samotného a také jeho blízké okolí. Do impulzivních a nutkavých poruch řadíme patologické hráčství, které můžeme definovat dle mezinárodní klasifikace nemocí, konkrétně diagnóza F63 – nutkavé a impulzivní poruchy (Fischer, 2014).

Hlavním aspektem impulzivního chování je tendence jednat předčasně a bez předvídavosti. Mezi hlavní rysy této poruchy patří problémy s emočním a behaviorálním sebeovládáním. Jedinec chronickým hraním začíná ztrácet kontrolu nad svým životem, dochází k úpadku fyzická a psychická, narušují se sociální kontakty v osobní či profesní rovině, nakonec je závislý lehce schopen páchat trestné činy (Fauth-Bühler a kol., 2016).

Podle Vágnerové (2014) je impulzivní porucha podněcována třemi aspekty-závislý je veden **silnou touhou** k prožitku z hazardu (tzv. *craving*/bažení), bažením však hazardér riskuje oslabení kognitivních funkcí. Patologický hráč má velké **potíže v sebeovládání**, nedokáže si upřít hraní i přes vědomí toho, že hazard působí negativně na jeho život a život nejbližších. Hráč má **problémy s nutkáním k určité aktivitě**, což mu přináší psychické problémy jako jsou úzkosti, nespavost či deprese.

1.1.1 Etiologie a patogeneze

V rámci sociokulturního kontextu je četnost jednotlivých impulzivních poruch vysoce variabilní a v průběhu času je měnný. Nejčastější impulzivní poruchou je již zmíněný gambling, kterým je dle dostupných údajů postiženo 1-2 % české populace (Vágnerová, 2014).

Hazardní hráčství se velmi těžce diagnostikuje. Jak již bylo zmíněno, patologické hráčství řadíme mezi impulzivní poruchy, nicméně jsou zde domněnky, že patologické hráčství koreluje s obsedantně kompulzivní poruchou. Vychází z toho předpokladu, že příčinou patologického

chování jsou nevědomé modely, které jedinec nemůže ovládat a kontrolovat. Terapie jen pomocí psychodynamiky a psychoanalytiky však nejsou téměř nikdy úspěšné. Není možné doložit, že léčba intrapersonálních konfliktů vede k odstranění patologického vzorce chování (Verosta, 2012).

Vyhlídka toho, zda člověk začne vyhledávat hazardní hry a propukne až v patologické hráčství, je zapříčiněno mnoha faktory, můžeme sem zařadit faktory intrapersonální a interpersonální. U mužů se patologické hráčství objevuje cca 4x více než u žen. Hraje zde roli i nižší věk jedince. Také je vyšší pravděpodobnost u jedinců, kteří se potýkají s hazardní hrou v rodině či v zaměstnání (Mravčík a kol., 2014). V etiologickém pojetí patologického hraní hraje velkou roli fakt, že je hazard snadno dostupný a propagovaný i pro nezletilé, navíc je jeho nabídka poměrně rozmanitá. Herny a hrací automaty se mohou vyskytovat v blízkosti práce, domu nebo nákupních střediscích. Co se týče časové dostupnosti, spoustu barů a heren jsou otevřené nonstop. Je možnost však zvolit online hraní, kde není jedinec omezován časem a může hrát kdykoliv, a to přímo z domova. Jistou roli ve vzniku impulzivní poruchy hrají rodiče hráče, mohou se projevovat skrz tvrdost otce a ústupnost matky, je třeba zmínit i nedostatek něhy a péče ze strany rodičů (Nešpor, 2011b; Licehammerová, 2015).

Podle Vágnerové (2014) hraje v riziku vzniku patologického hráčství i osobnostní předpoklady, zejména jedinci prahnoucí po nových podnětech a vzrušení z rizika výhry nebo prohry. Tito jedinci mívají nižší práh zábran a jednoduše baží po opakovatelném riziku z her, bývají často méně empatictí, často i asociální a labilní. Jejich chování je vysoce nezodpovědné, ačkoliv lze těžce potlačit.

1.1.2 Craving (bažení)

Velice známým pojmem z oblasti patologického hraní je tzv. *craving*. Člověk není schopen přes zjevné negativní dopady ovlivňovat impulzy vedoucí k bažení, prahnutí či puzení po riziku z hraní. Před uspokojením potřeby je závislý člověk v tenzi, podléhá úzkostem či depresím, což následně vyústí v nežádoucí psychosomatické příznaky. Během hraní člověk prožívá blažené pocity vyvolané vzrušením ze hry, po skončení hraní přichází úleva a pocity uspokojení (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Licehammerová (2015) dodává, že zde hraje velkou roli emoční inteligence ve snaze udržení si hry pouze jako koníček, a také hlavně při zvládnutí bažení. Ta u závislých jedinců není příliš vysoká.

Dle Vágnerové (2014) je jedinec i skutečně přesvědčen, že by s hraním mohl přestat, ale mýlí se, bohužel to nikdy nevydrží, protože nutkání ke hře je silnější a je třeba odborné péče. Studie uvádí, že během prvních měsíců abstinence je závislý téměř vždy postižen nějakou formou *cravingu* v různé intenzitě. Nešpor (2011a) popisuje, že bažení má nutkavý charakter, tudíž nutí jedince jednat určitým způsobem. Přináší s sebou velký stres, oslabuje paměť a jedinec je nesoustředěný a má zhoršené sebeovládání.

Mechanismus bažení není znám, předpokládá se však, že tkví v dysbalanci dopaminergního systému (útlum či přílišná aktivita). V souvislosti s *cravingem* je spojován vliv prefrontálního kortexu v rámci fungování serotoninergních a glutamatergních systémů člověka. *Craving* často zvrátí hráče do závislosti, ne vždy je však bažení přítomno během relapsu (Dvořáček, 2008).

Dvořáček (2008) nám dále definuje *craving* třemi různými směry:

- Craving jako touha po odměně (výhře) plynoucí z hazardu
- Craving jako touha vyvarovat se nepříznivým psychickým stavům
- Craving jako stav obsesivní povahy

Bažení je běžnou komplikací při abstinenci, v jedné studii se zhruba 60-70 % odvykajících setkala s tímto stavem. Bažící hráč je ovlivněn vzpomínkami a fantaziemi plynoucí z herního prožitku, pokud je bažení neukojené, dostávají se svíravé pocity na hrudi, svírání žaludku, třesy, bolesti hlavy a těž bušení srdce. Psychologickými projevy jsou silné úzkosti, deprese, tíseň, únava a vzrušení. *Craving* se objevují i při odvykacích stavech, kdy se může jednat o určitou formu flashbacku¹. Jde přesněji o vyjádření vnitřních úzkostných pocitů, které se závislostním vzorcem chování ani nesouvisí (Kalina, 2015).

V praxi je běžný fakt, že téma *cravingu* je velmi neoblíbený až obtěžující, a to jak pro terapeuty, tak pro klienty. Jistá tabuizace tématu je potřeba překonat a pomoci klientům v těchto těžkých časech během abstinence. Může se stát, že je klient po skončení léčby vystaven bažení, z toho důvodu se může cítit zmateně a zklamaně, připadá mu, že pro něj léčba nedosáhla úspěšnosti, proto je téma bažení důležité probrat s hazardérem a vysvětlit mu, jak se má člověk zachovat a udržet si optimistické vyhlídky, aniž by se musel uchýlovat zpět k patologickému hraní (Nešpor, 2018; Dvořáček, 2008)

¹ Flashback – záblesk minulosti, epizoda krátkého trvání, v níž se opakuje dřívější zkušenost s návykovou látkou nebo chováním

Kalina (2015) a Nešpor (2011a) popisují techniky zvládnání *cravingu*:

- Snaha změny automatických vzorců chování
- Odvádění pozornosti na činnosti, co nám přináší radost (četba, hudba, vaření)
- Abstinence a uvědomění si jejích výhod
- Odpočinek a dostatečný spánek
- Promluvit si s poradcem, rodinou
- Opustit rizikové prostředí a vyhýbat se místům, kde hrozí patologické jednání
- Relaxace, tělesná a dechová cvičení
- Motivace
- Odložit rozhodnutí, mít nadhled
- Autosugesce a sebemonitorování

1.1.3 Důsledky impulzivní poruchy

Dopady způsobené impulzivní poruchou nejsou velmi příznivé a promítají se do všech oblastí života patologického hráče. Nejvíce je však zasažena oblast roviny vztahů, financí a zdraví (Mravčík a kol., 2014).

1.1.4 Sociální dopady

Verosta (2012) uvádí fakt, že patologický hráč dokáže hazardním hraním ovlivňovat 10-15 lidí ze svého blízkého okolí. S nabalujícími se problémy je běžný vztahový rozchod či rozvod, ztráta zaměstnání, zadlužení, páchaní kriminality, vyloučení z kolektivu a bezdomovectví. Roznerová a Mravčík (2015) zmiňují, že ztráta zaměstnání souvisí se snižováním sociálního postavení. A tato ztráta se objevuje jako jeden z prvních varovných signálů k odhalení závislosti. Licehammerová (2015) popisuje, že finanční ztráty chce hráč obvykle zakrýt lhaním, půjčkami nebo kriminálním chováním. Finanční dopady se však nevztahují jen na něj, ale i na partnery zadlužených hráčů. V některých případech jsou partneři nuceni pokrýt výdaje spojené s domácností a s dluhy. V nejhorších případech mohou přijít o veškeré úspory, majetek a dům. Kuklová (2016) také uvádí, že se běžně patologický hráč na začátku léčby potýká až s milionovými dluhy. Kriminalita je páchána skrze krádeže za účelem nabytí chybějících prostředků ke hrám.

V rámci závislosti hazardérů se po určité době objevují i sekundární problémy kromě samotné závislosti, dochází k poškození zdraví vlivem prostředí. Člověk dlouhodobě vysedává

u automatů, nedbá správného spánku a výživy, dochází do stresujícího prostředí s nezdravým světlem blikajících automatů, pasivně či aktivně kouří, konzumuje drogy a alkohol (Verosta, 2012).

Zásadním sociálním důsledkem je také oddálená dospělost, což je myšleno tak, že rodiče dítě neustále zachraňují před finančními potížemi, pokrývají jeho potřeby, tudíž se jedinec sám nijak neosamostatní (Roznerová a Mravčík, 2015).

Co se týče rodinné stránky, velmi negativní dopady to může mít na děti. Ty jsou díky patologickému hráčství v rodině vystaveni samy velkému riziku k podlehnutí hazardnímu hraní, alkoholu nebo drogové závislosti. Dítě může vnímat jakési odcizení od rodiče a cítit se vinně (Nešpor a kol., 2011a)

1.1.5 Psychické dopady

Mravčík a kol. (2014) shromáždili informace z Národního výzkumu o rozsáhlém užívání návykových látek a alkoholu. Alkohol požívalo až 78,3 % hráčů sázkových her v produktivním věku. Mezi hráči online hazardních her dokonce 94 %. Mezi nejčastější užívané návykové látky můžeme zařadit konopí, dále pervitin a kokain. Lutri a kol. (2018) zmiňují, že se např. hrací automaty nacházejí na místech, kde je snadno přístupný alkohol pro veřejnost jako jsou hospody nebo bary. Autoři dále uvádějí, že konzumace alkoholu při hraní vede k delšímu času stráveným nad hazardem.

Emoce se u takového jedince razantním způsobem mění, kdy agresivita střídá pocit euforie, hazardér začíná být otažitější od rodiny a blízkých, je úzkostný a má problémy s pozorností. Také zde hrají roli náhlé výbuchy vzteku, deprivace a v nejhorších případech mohou být myšlenky na sebevraždu či její vykonání (NZIP, 2021). Autorka Licehammerová (2015) uvádí, že patologické hráčství je spjato s nižší emoční inteligencí, která zahrnuje vnímání a regulaci emocí.

K tomu se připojuje i autorka Kuklová (2016), že nejčastějšími psychickými dopady jsou deprese, úzkosti a velmi časté problémy se spánkem. Často se psychosomatické obtíže vyskytují jako reakce na prohru ve hře. Hráči jsou stále ve stresu, ze kterého mohou vycházet další somatické nemoci.

Do psychických dopadů můžeme dále zařadit i výskyt panických atak, při kterých je nutný zásah záchranné služby. Ta může vznikat při horším zvládnutí obtížných situací a stresu

(Roznerová a Mravčík, 2015). Často se zde vyskytuje problém sebemedikace, kdy jedinec užívá léky bez předpisu či antidepresiva na všechny jeho psychické problémy, zejména úzkostné a depresivní stavy. Jedinec si myslí, že mu to pomáhá řešit jeho obtížné stavy, ve skutečnosti si může ještě více uškodit (Verosta, 2012).

1.1.6 Zdravotní dopady

Sociální a psychické dopady hazardního hráčství vyúsťuje v dopady zdravotní. Hráči nejčastěji trpí na bolest krční a bederní páteře, hemeroidy a zrakové problémy, které jsou způsobeny nevhodným a velmi dlouhým vysedáváním u počítače či hracích automatů. Dále žaludečními a střevními potížemi. Díky psychickým dopadům, především stresu, dochází ke zvýšené hladině cholesterolu v krvi, zvýšenému krevnímu tlaku a s tím spojené kardiovaskulární onemocnění (Roznerová a Mravčík, 2015). K dalším zdravotním potížím můžeme přidat nechutenství, pocity na zvracení, chvění, třes a bolesti hlavy. Zdravotní komplikace jsou také častou podobou volání o pomoc, o kterou si jedinec sám neumí říct (Mravčík a kol., 2021).

Dle Mravčík a kol. (2014) jsme se dozvěděli, že hazardní hráči při hraní užívají ve velkém množství návykové látky, z kterých pramení další zdravotní dopady. Týká se to především injekčního užívání, které způsobují infekční onemocnění např. hepatitida typu B a C.

1.2 Hazardní hra

V rámci kontextu bakalářské práce je potřeba nejdříve vysvětlit pojem hazard a hazardní hra.

Hazard je označován jako soustavná impulzivní činnost, kdy dochází k negativním dopadům na jedince a jeho život. Hráč si tuto skutečnost ve většině případů neuvědomuje. Typickým znakem je možnost výhry, kterou si hráč neustále kupuje (Kraus a kol., 2010). Autoři uvádějí, že na hazard řada studií pohlíží jako na strategii vyhýbání se nepříznivým vlivům a mezilidským vztahům (Lutri a kol., 2018).

Hazard je běžnou součástí života lidí po celém světě. Zatímco mnoho lidí se rekreačně věnuje hazardním hrám bez negativních důsledků na ně samotné, u některých jedinců se rozvíjí maladaptivní příznaky, které mohou vést až k rozvoji plně funkční poruše, tedy psychiatrické nemoci (Ioannidis a kol., 2019). Neurobiologickými studiemi se prokázalo, že účinek psychoaktivních drog má velmi podobný efekt, který lze prožívat i pomocí smyslových percepí a chováním – hazardním hraním. V obou případech je stimulován dopaminový

odměňovací systém, což má za následek samotný vznik a udržování závislosti (Frouzová, 2003).

Hazard rozdělujeme dle Nešpora a kol. (2011a) na:

- Rizikový hazard – nejsou zde způsobeny žádné větší psychologické či sociální problémy, ale i přesto zde může vzniknout stav patologického hráčství,
- Problémový hazard – zde jsou způsobeny negativní dopady jak na hráče samotného, tak na jeho blízké, a především jeho finanční stránku,
- Hráčství a sázkařství – můžeme zařadit do skupiny, která nepříznivě ovlivňuje zdraví jedince. Nejčastějším důvodem hraní a sázení je pocit vzrušení nebo touha vyhrát peníze,
- Patologické hráčství – je definováno v MKN-10, charakterizuje se opakovanými epizodami hraní s velmi negativním dopadem

Hazardní hraní je jednoduchou a nízkoprahovou možností, jak získat celou paletu odměn (Licehammerová, 2015, s. 10).

Autor Prunner (2013) definuje hazardní hru jako možnost výhry, která je založená na riziku a také možnosti výher a ztrát. Kdysi bývaly hazardní hry považovány za nemorální a nezákonné, v současné době je na hazardní hry nahlíženo např. i jako na zdroj příjmů. Hraní hazardních her je definováno jako vidina zisku, která je založena na náhodě a nejistém výsledku (Bareš a Leštinová a kol., 2013). V současné době existuje mnoho druhů hazardních her, kam můžeme zahrnout výherní automaty, sportovní sázení, loterie, poker, dokonce i stírací losy (Blinka, 2015).

Od roku 1989 se v České republice začalo rozvíjet gamblerství. Gamblerství se v této době účastnili spíše lidé z vyšších středních vrstev, následně se hazard rozšířil i mezi mladší jedince a nižší vrstvy. Sázení a hraní s pomocí internetu byl nový trend, který se začal rozvíjet v roce 1995 (Frouzová, 2008). Roznerová a Mravčík (2015) uvádějí, že číselná a okamžitá loterie je brána jako nejrozšířenější hazardní hra v České republice.

1.2.1 Druhy hazardních her

V České republice se vyskytuje mnoho druhů hazardních her. MVČR (2017) zařazuje mezi hazardní hry loterii, kurzové sázky, totalizátorovou hru, bingo, technickou hru, živou hru, tombolu a také turnaj malého rozsahu. Pro většinu vyjmenovaných druhů her platí základní pravidlo pro umístění hry v takzvaném *land-based* prostředí, a sice získání základního povolení, k jehož vydání je kompetentní úřad Ministerstva financí. Ve své práci charakterizují některé z nich.

Kasina

Kasina či herny jsou veřejné prostory určené k hraní hazardních her. Nutným předpokladem k fungování kasin a heren je získání povolení k umístění herního prostoru, jež je vydáváno příslušným obecním úřadem obce, pod který herní prostor katastrálně spadá (MVČR, 2017).

V kasinu se hraje s velkými částkami, z toho důvodu jsou tato zařízení nejrizikovější. Výhra sice může přinést velký obnos peněz, za to ale velmi rychle narůstá návykovost (Nešpor, 2006).

Kursově sázky

Tato forma hazardu v dnešní době patří mezi nejoblíbenější a nejčastější způsoby sázení peněz. Jde o uhodnutí správného sportovního výsledku nebo události. Výše výhry je přímo úměrná výhernímu kurzu, ve kterém byla sázka přijata. V České republice jsou nejsázenějšími sporty např. hokej, fotbal nebo basketbal (Prunner, 2013; MVČR, 2017).

Loterie

Peněžitá či věcná loterie je takový typ loterie, u níž je výhra podmíněna vylosováním určitého losu. Obvykle jsou takové losy vyráběny v sériích a označeny pořadovými čísly, v rámci sérií se cena nemění. Vyhodnocení je formou slosování všech zakoupených losů. Další formou je loterie číselná. Tato hra tkví v uhodnutí určitého čísla, číselných kombinací a pořadí. Třetí formou je okamžitá loterie, u níž se hazardér dozví výsledek setřením skrytého pole papírového losu. Jedná se o notoricky známé stírací losy (MVČR, 2017).

Do posledních zmiňovaných stíracích losů můžeme zařadit Sportku, Šťastných 10 a Euro miliony. Tyto tiketové společnosti spadají pod správu sázkové kanceláře SAZKA. Je zde menší riziko hazardu díky vloženým částkám, které nejsou tak vysoké (Prunner, 2013).

Online hazardní hry

Během pandemie viru COVID-19 byly zaznamenány obavy z vyššího nárůstu online gamblerství. Vlivem vládních restrikcí se zakázaly události, na kterých se hazardní hry běžně provozují, to vedlo ke zvýšenému bažení po hazardních hrách, které následně vyústilo v přilnutí hráče k online hazardu (Lindner et al., 2020).

U online hazardních her se provozovatelé snaží o povzbuzování hráče k opakovanému sázení peněz, i když se sázejícímu nedaří, jev se nazývá “lepivost webových stránek”. Hráč se stává velmi rychle závislým jak na samotné hře, tak často i na internetu. Online hry jsou neustále k dispozici gamblerovi, relativně snadno se dostane k samotným hrám a hry jsou svižné, rychlé a neúnavné (Effertz et al., 2018).

V dnešní době jsou přístupné téměř všechny hazardní hry online. Jsou lákavé zejména díky své dostupnosti, jelikož se mohou hrát kdykoli a kdekoli. Dále pro svou atraktivitu prostředí, protože mohou díky nižším provozním nákladům poskytovat lepší podmínky hraní. Je zde možnost prvních sázek zdarma a další benefity (Blinka, 2015). Což potvrzuje i autorka Dávidová (2020), která uvádí, že je nově přichozímu hráči poskytnuto možné poradenství, slevy a akce při vkladu. Online hazardní hry mají přednosti ve své rychlosti, dostupnosti, anonymity a pohodlnosti (Blinka, 2015).

Živá hra

Typickou živou hrou se rozumí kupříkladu ruleta, karetní hra (provozovány i v rámci turnajů) nebo hra s kostkami. Obvykle hrají sázející proti krupiérovi nebo jeden proti druhému u hracích stolů v herních prostorách kasin (MVČR, 2017).

1.2.2 Patologické hráčství

Patologické hráčství se charakterizuje opakovanými epizodami hraní. Tyto epizody mají pro jedince ničivý dopad jak pro jeho samotného, tak pro rodinný, pracovní a sociální život. Takový jedinec nedokáže ovládnout sám sebe a jeho nutkání ke hře, myšlenky a představy o potenciální výhře (Tkáč, 2019). V rámci závislosti na hazardních hrách může vzniknout chorobný stav zvaný patologické hráčství. Dávidová (2020) uvádí, že patologická závislost je chronická progresivní neschopnost vzdorovat podnětům k hazardu, která má za důsledek narušení bio-psycho-socio-spirituální sféry osobnosti. Patologické hráčství definuje Vágnerová (2014) jako

nadměrná závislost k hraní her bez ohledu na možné problémy a následky, které touto závislostí mohou vzniknout. Tento chorobný stav se projevuje psychickými změnami, změnami v prožívání a jednání.

Patologickým hráčem se jedinec obvykle stane v adolescenci či brzké dospělosti. Postupem času do hraní vkládají větší obnos peněz a do hraní vkládají veškerý čas. Pokud nějaké peníze vyhraje, opět je vkládá do hry a hrají až do vyčerpání finančních prostředků (Kuklová, 2016).

Patologické hráčství se dle MKN-10 definuje jako:

- Vyskytnutí dvou a více epizod hráčství během 1 roku
- Pro hráče nejsou epizody nijak přínosné, často se opakují a narušují jeho každodenní způsob života
- Hráč má silnou touhu k hraní, kterou nedokáže ovládnout, není schopen hraní odolat
- Osoba je zcela zaujata myšlenkami a představami o hře a možné výhře (Nešpor, 2011b).
- Potřeba vkládat do hry stále větší obnos peněz
- Několikanásobné neúspěšné snahy o kontrolu nebo přerušování hry a s tím spojený nervozita a vztek při pokusu skončit s hrou
- Hrát z důvodu utíkání z reality a problémů
- Dochází až k protiprávnímu jednání, kam můžeme zařadit např. podvody, krádeže k získání financí pro hru
- Hraní mu negativně zasahuje do života, ztrácí blízké přátele, zaměstnání apod.
- Spoléhá na pomoc druhých s tíživou finanční situací (Mravčík a kol., 2014).

Autoři Prunner (2013) a Nešpor (2011b) rozdělují patologické hráčství do tří stadií:

1. Vítězná fáze

Toto stádium je charakterizováno prvotním úspěchem, které je doprovázeno s velkým množstvím euforie a energie. Euforie z výhry je tak silná, že to jedince motivuje k většímu soustředění a zájmu o hru a její strategii. Prvotní zisk zvyšuje frekvenci opakovaného hraní, s čímž je spojená i výše vkladu. V případě prohrané částky dochází k ústupu hráčského optimismu, kvůli tomu se jedinec dostává do fáze druhé.

2. Ztrátová fáze

V této fázi se jedinec snaží získat zpět své vložené a prohrané peníze. Jedinec do hry vkládá další obnosy peněz, namísto ukončení hraní a smíření se se ztrátou. Jedinec se v této fázi

dostává do problému, které s sebou přináší opakované lhaní. Dostává se do takové fáze, kdy je jeho finanční situace velmi nepříznivá, dochází často k nárůstu dluhů a sociálních ztrát. Jedinec se dostává do „začarovaného kruhu“ proher a přesouvá se do závěrečné třetí fáze.

3. Fáze zoufalství

Fáze zoufalství je pro jedince velkým problémem. Jedinec se dostává do dluhů, nezvládá splácet smluvené splátky, dochází až k soudnímu řízení a s tím spojené tresty a přetrhání rodinných a přátelských vazeb. V této fázi hráč propadá depresím, které mohou vést až k sebevražedným sklonům. S patologické hráčstvím jsou spjaty i další sociálně patologické problémy jako jsou např. návykové látky, alkoholismus, krádeže a další trestné činy.

1.2.3 Typologie hráčů

Dle Mühlpachra (2008) rozdělujeme patologické hráče do tří typů:

Typ A

Jedinec se snaží hazardní jednání opakovat, má potřebu vkládat větší finanční částky do hry, v rámci závislosti je schopen překročit mez zákona a spáchat trestný čin (krádež – pro získání dalšího finančního obnosu na hru). Tento jedinec se označuje jako sociálně narušený s charakteristickými znaky sociální maladaptace.

Typ B

Patologický hráč utíká od reality do hry kvůli psychickým problémům jako jsou úzkosti, deprese, pocit méněcennosti a pocitu viny. Nedokáže si problém přiznat a postavit se k němu zodpovědně, vyskytují se časté lži a křivdy vůči blízkým osobám.

Typ C

Daný jedinec nezvládá kontrolovat svou silnou závislost ke hře, při myšlence na ukončení hraní hazardních her bývá hrubý až agresivní. Není schopen si připustit jaké má na něj hra negativní sociální dopad v oblasti rodinných a blízkých vztahů. Jedinec je izolován ze společnosti a stává se toxikomanickým.²

² Toxikomanie – dle definice WHO je toxikomanie stav periodického nebo chronického požití drog, které škodí jednotlivci nebo společnosti

1.3 Prevence a léčba

Na území České republiky se v současnosti neaplikuje žádný účinný preventivní systém v boji proti rizikům spjatých s častým hraním hazardních her, nicméně situace není uspokojivá ani jinde po světě (Mravčík a kol., 2014). Jakmile se v určitých státech preventivní opatření zavedla, z většiny se tak stalo na základě spontánního úsudku úřadů bez vědeckého potvrzení o účinnosti metody, nebo se jednalo o inspiraci zavedeným modelem v sousedních zemích (Williams a kol., 2012).

Pravděpodobně nejaktivnějším projektem v rámci zavedení metod vedoucích k zodpovědnějšímu hraní je ProGam.cz, vzniklý z iniciativy Českého institutu pro výzkum závislostí. Program se zaměřuje především na samotné hráče a též na personál herních prostředí (Mravčík a kol., 2014). Dále se v ČR vyskytují organizace Anonymních hráčů (Gamblers Anonymous), která u nás působí v Praze a Brně a jedná se o svépomocnou skupinou. Zaměřuje se na skupinové terapie s cílem abstinence (Nešpor, 2013).

Veřejné mínění o problémech hazardního hraní je z valné většiny ovlivňováno různými občanskými sdruženími, zejména pak sdružením Brnění a Občané proti hazardu. Cílem sdružení je nekompromisně prosazovat politiku většinové minimalizace až prohibice hazardních her, a veřejně s názory vystupovat a pomáhat jednotlivým obcím se zavedením regulí proti sázkovým hrám (Mravčík a kol., 2014).

Preventivní opatření můžeme rozdělit do tří částí, na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se snaží omezit či zabránit hráčství hazardních her ve společnosti. Sekundární prevence zabraňuje vzniku patologického hráčství u rizikových jedinců. A terciární prevence zabraňuje rozšíření problému u patologických hráčů. Regulační opatření patologického hráčství mohou být např. omezení otevírací doby kasin a heren. Dále provozovatel kasin je vázán povinností vyhledávat patologické hráče a doporučit mu adekvátní pomoc, bohužel se nic z toho neděje nebo pouze jen ve velmi malé míře (Winkler a kol., 2015).

Dle Tani a kol. (2021) je velice efektivní a fungující systém prevence dosažený pomocí názorné demonstrace na školách, zejména pak na základních a středních. Apel na učitele a jejich dostatečné proškolení o morálních hodnotách a rizicích v sázkových hrách hrají důležitou roli ve snižování potenciálně budoucích závislých hráčů ve společnosti. Též Miovský a kol. (2015) vidí důležitost školského systému v prevenci hazardu. V roce 2012 byl publikován Návrh

doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy, ten však paradoxně nezahrnuje problematiku rizik spjatých s hazardním hraním.

Úřad vlády České republiky přispěl v roce 2013-2020 do oblasti prevence a léčby patologického hráčství 3-5 milionů Kč. Konkrétně na programy a instituce uvedené zde v tabulce (Mravčík a kol., 2021)

Obrázek č. 1 – Počet podpořených projektů v oblasti hraní v letech 2013–2020

Typ služby/projektu	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Preventivní programy	–	–	2	9	7	0	0	0
Poradenství	3	2	2	3	3	1	1	0
Ambulantní léčba	10	9	13	23	17	14	13	12
Následná péče/doléčování	–	–	–	3	3	3	2	0
On-line poradenství	–	–	–	2	1	1	1	2
Informace, výzkum, hodnocení	3	–	–	10	3	1	0	1
Celkem	16	11	17	50	32	20	17	15

(Zdroj: Mravčík a kol., 2021)

Dle Nešpora (2013) se při léčbě využívají postupy kognitivní restrukturace, kdy dochází k opravování chyb v myšlení na hazardní hry, snaží se to něčím alternativně nahradit. V rámci celistvé léčby jsou vhodné i další postupy, jako jsou následná péče, socioterapeutické kluby, psychodramaterapie. Dle Winkler a kol. (2015) je nejúčinnější psychologickou terapií pro hazardéry behaviorální terapie, kognitivní terapie a kombinace obou. Patologické hráčství je dle behaviorální terapie popisováno jako naučené chování, které vzniká negativním/pozitivním posilováním spjatý s výhrou a adrenalinem. Kognitivní terapie popisuje, že příčina gamblerství je ve špatném přesvědčení hráče, že může ovlivňovat výsledek hraní.

Autorka Frouzová (2003) uvádí, že pro gamblery je možnost léčby tou poslední variantou, ke které byli zjevně dotlačeni věřiteli, zaměstnavateli či rodinou. Nízký počet patologických hráčů v léčebném procesu je dán především popíráním problému. Léčba je velmi dlouhodobý proces, u kterého může docházet k častým relapsům.³ Probíhá buď ambulantní nebo ústavní formou. Většinou nelze předpovědět výsledek léčby.

³ Relaps – časný návrat či znovuzplanutí závady/poruchy, která již byla v klidovém stavu

Dále podle Frouzové (2003) můžeme léčbu rozdělit do 4 stádií:

1. Inventura

Po zastavení hazardu je třeba ověřit objektivní i subjektivní životní situaci jedince – a to především v oblasti zaměstnání, rodině a partnerských vztazích, financí a v neposlední řadě i zdraví. V této fázi je důležité, aby si jedinec plně uvědomoval závažnost problému a aktivně se sám chtěl podílet na jeho změně. Je zde důležitá motivace ke změně.

2. Informace

Zde by měl jedinec získat veškeré potřebné informace k začátku své proměny. Většinou jsou klienti negativisté, a proto je třeba využívat techniky jako je nácvik uvolnění, čelit stresu, upadání do zlosti a deprese.

3. Iniciativa

Pacient by v této fázi již měl pochytit základní vývoj onemocnění. Uvědomuje si, že jde o jeho vlastní problém, kdy k jeho úspěšnému vyléčení musí spolupracovat a mít dostatek iniciativy. Je důležité zde čelit relapsům a nevzdávat se. Nacvičují se zde sociální dovednosti, především asertivita, komunikace a zvládání krizí.

4. Idea

Klient se snaží zkvalitňovat svůj každodenní život. Dále pracuje na sebepoznání v oblasti svých zájmů a snaží se vybudovat svou novou identitu.

Léčba probíhá obvykle v určitém stacionáři, specializované léčebně nebo terapeutických komunitách. Využívají se skupinové a rodinné terapie, trénink asertivity, trénink ve zlepšování sociálních dovedností, případně farmakoterapie (Winkler, 2015). U hazardních hráčů postačuje krátká intervence. I vážně závislé hráče je možné léčit, ale je zapotřebí sestavit dlouhodobou léčbu, která zahrnuje více postupů dohromady (Nešpor, 2013).

1.3.1 Principy a cíle léčby

Cílem léčby hazardérů je jejich životní přerod, zbavení závislosti a zkvalitnění jejich stávajícího života. Zadáváním úkolů pacientům a jejich následným plněním, dosažením abstinence a překonáním abstinčních příznaků, též nasazením člověka zpět do běžného života ve

společnosti a zlepšením vztahů s jeho blízkými se snaží léčebné subjekty dosáhnout úspěchu, jedná se o efektivní postupy pro dosažení remise (Kalina, 2003).

Vymanění pacientů ze závislostí je obvykle dlouhodobým procesem a často se musí léčba opakovat k dosažení stálého výsledku. Relapsy pacientů se řeší prolongovanou terapií, opakují se léčebné postupy a propagují se změny v životním stylu pacienta k dosažení plné remise. Je nezbytně nutné věnovat se každému pacientovi individuálně a sestavit tímto způsobem léčebné postupy na míru (Kalina, 2015).

V praxi se setkáváme se skutečností, že ne všichni závislí potřebují formální léčebné služby, které jsou poskytované na základě určení diagnózy škodlivého hraní. Ukazuje se však, že zahájení léčby u pacienta je obvykle přínosem. Léčebné metody mohou zahrnovat individuální konzultace na dálku i osobně, skupinovou léčbu či hospitalizace. Služby bývají na základě zhodnocení jurisdikce⁴ rozděleny do systému péče o duševní zdraví, někdy jsou řazeny do léčby závislostí, někdy se jedná o léčbu v rámci samostatných služeb (OPGRC, 2013). Dle Littman-Sharpové (2017) by měl být kladen velký důraz na kognitivně-behaviorální terapie, motivační rozhovory, intervence, svépomoc a meditace. Zejména kognitivně-behaviorální terapie je vysoce efektivní v boji proti hazardnímu hraní - dramaticky snižuje bažení, s tím i léčený ušetří peníze, které by jinak prosázel, a nepropadá tak do finančních problémů.

Základním pilířem úspěchu léčby hazardních hráčů tkví v uplatňování farmakologických i nefarmakologických přístupů, nejlepších výsledků je však dosaženo jejich kombinací. Farmakologická léčba závislých dosahuje významných výsledků například při podávání naltrexonu, karbamazepinu, topiramátů a též antidepresiv typu SSRI/SNRI (viz. seznam zkratk) (Mravčík a kol., 2014).

Systematickou analýzou několika studií v posledních letech se došlo k závěru, že farmakoterapie je účinná na biochemické úrovni v případě působení medikace na opioidní antagonisty, zejména u pacientů, kteří měli velmi silné nutkání hrát hazardní hry. Před nasazením farmakoterapie je nezbytně nutné analyzovat pacientův psychický a fyzický stav, míru závislosti a genetické predispozice. Často se stává, že výzkumníci a terapeuti mají tendenci se vyhýbat pochopení širšího kontextu rodiny klienta, která hraje silnou roli

⁴ Jurisdikce – soudní pravomoc

v případném vyléčení. Rodinná dynamika a zázemí pro pacienta je důležitým základem k případnému završení remise (Littman-Sharp, 2017).

1.3.2 *Terapeutické komunity*

Terapeutická komunita, dále TK, je specializované zařízení zaměřující se na bytovou léčbu s cílem abstinence jedince (Adameček a kol., 2003). Adameček a Radimecký (2015) však uvádějí, že abstinence není cílem, ale podmínkou pro léčbu a jeho budoucnost. Cílem je, aby klient přijal abstinenci jako součást nové etapy života. Dále Adameček a kol. (2003) navazuje, že se léčba provádí v rozmezí 6 – 18 měsíců a cílovou skupinou jsou osoby ve věku 18 – 35 let, kteří jsou středně až těžce závislí na návykových látkách, zpravidla na nealkoholových látkách. Kalina (2008) uvádí, že TK je systém organizace léčebného oddělení, kde je nejdůležitější vzájemná komunikace mezi klientem a všemi členy multidisciplinárního týmu. Členové multidisciplinárního týmu jsou profesionálové a neprofesionálové, mezi které patří bývalí absolventi TK. Mezi profesionály řadíme sociální pracovníky, psychology, psychiatry, psychoterapeuty a adiktology. Tým funguje ve třech rovinách, a to v rovině komunitní, individuální a vnitřní.

TK se řadí do intenzivní ústavní léčby s dohledem lékaře. Pobyt v komunitě klientům umožňuje získat možnosti k tomu, aby začali žít nový život. Jedinci, kteří však vyžadují trvalý lékařský dohled, nejsou vhodné pro TK vhodné. Programy v komunitě jsou např. skupinové terapie, individuální terapie a volnočasové aktivity. Farmakoterapie se zde užívá jen u duálních diagnóz (Kalina, 2003). TK se dále zaměřuje i na sociální rehabilitaci. Mezi cíle léčby můžeme zařadit změnu chování a myšlení, osvojení sociálních schopností, emocí a komunikace (Adameček a Radimecký, 2015).

Autoři Adameček a kol. (2003) uvádí, že terapeutická komunita staví na zásadních principech:

- Motivace klienta k tomu, aby došel ke změně sám, což je základem úspěšné léčby
- Podmínky v komunitě jsou téměř totožné s podmínkami v reálném životě
- Umět přijmout zodpovědnost za své činy
- Jedinec musí rozhodovat sám za sebe, tudíž vstup a odchod z komunity musí být dobrovolný
- Nejčastější metodou je skupinová terapie, kde se formují mezilidské vztahy

- Kvůli náročnosti situace klienta musí být přechod do normálního života postupný a pomalý
- Život v komunitě pomáhá vytvářet vnitřní uspořádání
- Celý terapeutický tým je pro klienta pouhým poradcem, neřídí klientův život

Fáze léčby v TK jsou rozděleny do tří fází a každá z nich má své podmínky a povinnosti. „**Nultá**“ fáze trvá pár týdnů a klient zde ještě není považován za člena komunity, přestože zařízení navštěvuje. O přijetí musí sám požádat, prochází přijímacím rituálem a složí kontrakt. **První fáze** trvá zpravidla 3 měsíce, v této fázi by se měl klient odnaučit destruktivní chování a měl by se sám rozhodnout pro změnu života a přizpůsobit se potřebám komunity. **Druhá fáze** je obvykle nejdelsí, trvá cca 6 měsíců, klient uplatňuje nové hodnoty komunity. Klient by zde měl najít sám sebe a stát se soběstačným. Třetí fáze je poslední fází, kde klient využívá komunitu jako noční stacionář. Přes den se již nemusí zúčastňovat programu a zařizují si sociální potřeby jako bydlení, zaměstnání apod. (Kalina, 2008).

1.4 Sociální práce s hazardními hráči

Sociální práce v terapeutických komunitách je velmi významná z hlediska nalezení řešení složitých problémů a situací, kterého klienta doprovázely ve vnějším světě, sociální pracovníci se snaží připravit klienta na návrat zpátky do života a společnosti (Kalina, 2003). Sociální práce se dle Michelové (2015) řadí mezi pomáhající profese, klade si za cíl sociální působení klienta. Tím je myšleno zvládnutí nároků prostředí a společnosti. Jedná se o komplexní přístup, jenž zahrnuje biologické, sociologické, psychologické i spirituální oblasti života klienta.

Podle Elichové (2017) aplikované hodnoty sociální práce se účastní ve vytváření ustálené identity povolání, díky tomu jsou naplňovány poslání povolání i organizací, ve kterých se sociální práce vyskytuje. Sociální pracovník potřebuje mít určité sociálně-právní znalosti a dovednosti, ale také především dané hodnoty, aby se při výkonu profese mohl správně rozhodovat. Do těchto hodnot můžeme zahrnout úctu, svobodu, souhrnost, profesionalitu, empatii a sociální spravedlnost. Adameček a Radimecký (2015) názor potvrzují, důležitým předpokladem pro práci se závislými klienty jsou osobnostní vlohy. Mátel (2019) navazuje, že pracovník by měl mít emocionální stabilitu, objektivnost, kritické myšlení, motivaci, vysokou odolnost a sebereflexi. Zvláště vypichuje empatii a sociální citění. Empatie je schopnost vcítit se do druhého člověka a představit si prožití dané situaci, tím lépe můžeme

klientovu situaci pochopit. Sociální cítění se charakterizuje jako určitý postoj, který podporuje prospěch druhých. Poslední schopnost, která je nutno zmínit je kongruence, což znamená opravdovost, terapeut by měl vyjádřit pocity, které v daném okamžiku prožívá.

U patologických hráčů se vyskytuje řada sociálně-právních problémů, které řeší sociální pracovník. Zařadit sem můžeme např. dluhy, sociální dávky nebo trestní stíhání. Sociální pracovník tak tvoří nedílnou součást v péči o závislého klienta. Jedinci mohou dále využívat dluhové, rodinné či sociální poradenství (Pavlovská a Makovská-Dolanská, 2015).

Sociální pracovník pracuje se závislým hráčem od samého začátku. Důležitá je jeho role v předléčebném poradenství, kdy je jeho hlavním úkolem motivovat klienta v léčbě. Pracovník by měl dát každému klientovi přiměřenou míru pomoci, kterou potřebuje. Pracovník by totiž nikdy neměl přebírat zodpovědnost za klienta, také přílišné angažování může způsobit nechuť k léčení. Hraje zde roli i pracovníkovy zkušenosti a praxe, jelikož ne příliš zkušený pracovník může propásnout fázi, kdy klientova odhodlanost k léčbě byla nejvyšší. V ideálním případě dochází k uzavření smlouvy (Matoušek a kol., 2010).

Kuklová (2016) popisuje roli sociálního pracovníka především v hospodaření s penězi, kdy se doporučuje vést finanční deník nebo je možnost posílat peníze na účet, který bude spravovat někdo blízký z rodiny a klient bude dostávat předem určenou částku měsíčně. Je důležité také odstranit možná traumata z dětství, která ho zásadně ovlivnila.

Dále zde můžeme uvést dle autorky Michelové (2015) pojmy sociální pomoc a sociální kontrolu. Sociální pracovník využívá při práci s klienty obě varianty. Pomoc je brána jako spolupráce a podpora, kdy klient přichází s určitým přáním, které chce splnit. Pracovník proto hledá vhodné nástroje, kterými by se mohla objednávka naplnit. Následně je stanovena zakázka, tzn. za jakých podmínek bude spolupráce probíhat. Spolupráce je ukončena naplněním daného cíle. Co se týče kontroly, je řešitelem pracovník, kdy udává nutné změny a úkoly a pomáhá klientovi danou změnu realizovat. Také on rozhoduje o úspěšnosti jejich spolupráce.

1.4.1 Role sociálního pracovníka v terapeutických komunitách

Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu v terapeutické komunitě, jeho úlohou není pomáhat klientovi řešit obtížné životní situace sám, ale spíše jako součástí zmíněného multidisciplinárního týmu (Michelová, 2015). Hlavním cílem léčby klienta je úplná abstinence

a změna životních drah jedince. Další cíle jsou posilování mezilidských vztahů, zvládnání relapsů a převzetí zodpovědnosti. Nejdůležitější technikou sociálního pracovníka je technika aktivního naslouchání a otevřené komunikace, aby se společným rozhodováním dohodly podmínky léčby (Kalina, 2008).

Základem je vytvoření pevného terapeutického vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Jak jsem již zmínila, je důležité, aby terapeut klienta dostatečně motivoval ve všech fázích léčby a podporovat jeho sebedůvěru. V průběhu jejich spolupráce jsou formulovány dílčí cíle, kterých má klient dosáhnout, které jsou poté vyhodnocovány a přizpůsobovány. Zpětná vazba a hodnocení hraje velkou roli ve zkvalitnění jejich vztahu a případné upravení podmínek (Matoušek a kol., 2010). Zde však Adameček a Radimecký (2015) popisuje rozdíl mezi terapeutickou prací a prací přímo v terapeutické komunitě. V psychoterapii je základním úspěchem pozitivní vztah klienta s terapeutem, v TK je to vztah klienta ke komunitě. V TK se uplatňuje psychoterapie, výchova a sociální práce. Bez nějaké z těchto složek by se snížila účinnost léčebného procesu.

Matoušek a kol. (2010) dále uvádí, že v první fázi léčby se zaměřujeme více na klientovu minulost, kterou dále formujeme do současnosti s přesahem do budoucnosti. Sociální pracovník napomáhá klientovi v tom, aby s ním otevřeně hovořil a snaží se ho navést k tomu, aby na své příčiny a řešení problému přišel on sám. Využívá nedirektivní přístup. Dále zprostředkovává možnost rodinné terapie, která je významná pro klienta, aby udržoval případně spravil vztahy s rodinnými příslušníky. Případná podpora ze strany rodiny může v klientovi podpořit více jeho motivaci. V poslední fázi se klient připravuje čelit nárokům, které ho čekají po skončení léčby. Je důležitá prevence relapsu, v této fázi je pracovník nejvíce potřebný, jelikož může být nejen klientovým poradcem, ale i jako rovnocenný partner, který zhodnocuje klientovo rozhodnutí a případné plány. Zastává roli zprostředkovatele informací a dalších návazných služeb.

1.4.2 Sociální poradenství

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se sociální poradenství rozděluje na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám důležité informace při řešení obtížných životních situací. Odborné sociální poradenství je zaměřeno přímo na potřeby jednotlivých skupin, v tomto případě by šlo o poskytnutí sociálně terapeutické služby. Arnoldová (2016) uvádí, že poskytovatelé sociálních služeb jsou vázáni

vždy tyto služby poskytnout. Poradci poskytují informace o dávkách sociální péče a o pomoci v hmotné nouzi. Dále informace o právech a povinnostech jedince. V roce 2006 byla založena Asociace sociálního poradenství, jejímž cílem je působit na členské organizace, podporovat jejich spolupráci a rozvíjet organizace sociálního poradenství. Právě terapeutická komunita zajišťuje dlouhodobou sociální rehabilitaci a resocializaci.

Poradenství před léčbou, během a po léčbě má zásadní vliv v úspěšnosti léčby (Matoušek a kol., 2010). Mátel (2019) a Arnoldová (2016) definuje sociální poradenství jako formu sociální pomoci, ne kontroly. Poradenství je také zcela dobrovolné a je jen na klientovi, zda službu chce využít. Poradenství se snaží navést klienta ke zlepšení jeho životní stylu a k soběstačnosti. Vždy je však nutné dodávat klientovi přiměřenou motivaci, aby vyřešil většinu svých problémů sám, na které už nestačí, na to mu nabízí pracovník svou asistenci. Sociální poradenství může být poskytnuto jak gamblerovi, tak rodinnému příslušníkovi, jelikož mají obvykle společné požadavky na změnu.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou v současné době uplatňováni sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést jejich význam a roli při práci s hazardními hráči.

Od zmíněného cíle se odvíjí výzkumná otázka, která má zjistit „*Jaké metody a techniky využívá sociální pracovník při práci s hazardními hráči?*“

3 Metodika výzkumu

3.1 Popis výzkumného nástroje

V rámci výzkumu by zvolen kvalitativní přístup sběru dat, který Švaříček a kol. (2007) popisuje jako přístup, který jde více do hloubky. Od kvantitativního se liší především tím, že se zde používá rozhovor, zatímco u kvantitativního dotazník.

Hendl (2008) uvádí, že někteří autoři považují kvalitativní výzkum jako doplněk kvantitativního výzkumu, někteří ho však berou jako kontrast. V tomto přístupu se vybírá téma a určují se výzkumné otázky. Otázky se však mohou doplňovat v průběhu výzkumu, proto se tento typ považuje za velmi pružný. V jeho průběhu totiž mohou vznikat nová rozhodnutí, která souvisí s vybraným sběrem dat a analýzou. Daný výzkumník vyhledává všechny informace, které jsou potřebné k osvětlení výzkumných otázek.

Dále Hendl (2008) uvádí, že sběr dat probíhá v delším časovém úseku, výzkumník sbírá informace, provede analýzu a dle výsledků se rozhoduje, která data jsou užitečná a která nikoliv. Strauss a Corbin (2008) doplňují, že ke sběru dat se využívá málo komunikačních partnerů, ale rozhovory s nimi probíhají do hloubky, získaná data nelze dále kvantifikovat či statisticky analyzovat.

Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Dle Hendla (2005) požaduje po výzkumníkovi spoustu hledisek jako je např. empatie, koncentrace, porozumění a schopnost komunikace. Miovský (2006) uvádí, že je to zřejmě nejrozšířenější podoba rozhovoru, je zde velmi důležitá příprava, výhodou je, že je možnost zaměřovat pořadí u otázek nebo položit informantovi nějaké doplňující otázky, třeba při ověření správnosti pochopení daných odpovědí. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat kompletní a bližší informace o studovaném tématu (Švaříček a kol., 2007).

Tato technika byla velmi vyhovující, jelikož s každým komunikačním partnerem lze navazovat na otázky dle toho, jak rozhovor směřoval a nebylo nutné se striktně řídit danou strukturou. V případě nejasností zde byla možnost položit doplňujícími otázky.

Rozhovory trvaly v rozmezí 30 až 70 minut. Vlivem pandemie COVID-19 byly dané rozhovory prováděny prostřednictvím sociálních sítí či telefonního hovoru, informanti si předem zvolili, co je pro ně nejpohodlnější. Většina rozhovorů proběhla přes mobilní telefon, dva online videohovorem přes Skype a jeden přes aplikaci Whereby. I přes to, že rozhovory neprobíhaly

osobní formou, nedocházelo skrze sociální sítě či telefon k žádnému komunikačnímu šumu. Naopak to všem účastníkům vyhovovalo více.

3.2 Výzkumný soubor

Co se týče výzkumného souboru, tak komunikační partneři byli vybíráni metodou účelového vzorkování, což dle Gurkové (2019) znamená cíleně vybrat ty účastníky, kteří mají zkušenosti s danými kritérii. Čili účastníci byli vybíráni záměrně, v mém případě šlo o sociální pracovníky v terapeutických komunitách pečující o hazardní hráče. Počet účastníků záleží na kvalitě získaných informací.

Dohromady se uskutečnilo 7 rozhovorů, z čehož 5 zúčastněných byli sociální pracovníci z terapeutických komunit z různých krajů v České republice pro pestrost a bohatost výzkumu. Dva informanti z komunit dokonce měli zkušenosti i s následnou péčí, která navazuje právě na terapeutickou komunitu. A poslední 2 informanti byli vybráni ze zařízení specializující se na sociální práci a poradenství výhradně jen s hazardními hráči. Tito dva komunikační partneři byli přidáni ještě pro případné rozdíly mezi přístupy k této klientele.

První rozhovor proběhl pomocí náhodného výběru po telefonické dohodě, kdy mi informant, po skončení rozhovoru, poskytl kontakt na další dva sociální pracovníky, kdy jen jeden z nich souhlasil s rozhovorem. Tím se využila metoda sněhové koule, která spočívá v kontaktování lidí, na které zúčastnění jedinci odkázali. Ostatní informanti byli sháněni pomocí e-mailů nebo telefonátů na internetových stránkách terapeutickakomunita.cz, kde je seznam všech dostupných TK v ČR. Napsala jsem téměř na všechny terapeutické komunity. Dohromady jsem napsala nebo zavolala 17 sociálním pracovníkům, z čehož 7 proseb o rozhovor zůstaly bez odpovědi a 3 pracovníci rozhovor odmítli.

V následující tabulce jsou shrnuty základní informace o zvolených komunikačních partnerech.

Tabulka č. 1: Základní údaje o komunikačních partnerech

Informant	Zařízení	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Počet let v zařízení
I1	TK	muž	39 let	bakalářské	6 let
I2	Prevent	muž	38 let	bakalářské	2 roky
I3	TK	žena	36 let	magisterské	4 roky
I4	Prevent	žena	24 let	bakalářské	2 roky
I5	TK	muž	54 let	bakalářské	24 let
I6	TK	žena	33 let	magisterské	4 roky
I7	TK	žena	32 let	magisterské	3 roky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

3.3 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v měsíci červen 2021, jelikož komunikační partneři komunikovali poměrně ochotně a rychle nebo případně doporučovali i kontakty na další z jejich kolegů. Informanti byli požádáni o uskutečnění hovoru skrze e-mailovou adresu nebo telefonickým hovorem. Z důvodu pandemických opatření mi nebylo umožněno realizovat rozhovory osobně v zařízení. Jak jsem již zmínila, rozhovory probíhaly skrze telefonní hovor nebo online videohovorem.

Před začátkem rozhovoru byl každý zúčastněný dotázán, zda nemá problém s nahráváním rozhovoru, kvůli přesné transkripci jejich odpovědí. Dále byli seznámeni s mým zvoleným

tématem, cílem výzkumu i jeho průběhu. Otázky k rozhovoru byli všem zúčastněným zasláni dopředu na e-mail, aby se na ně mohli připravit. Jeden z účastníků dokonce projevil sám zájem o zaslání výsledků výzkumu.

3.4 Analýza dat

Všechny získané informace byly z nahrávek doslovně přepsány do Microsoft Wordu, dále byly vytištěny pro přehlednější práci s informacemi, kde bylo zvýrazněno vše podstatné. Poté se začalo s kódováním a vytvářením kategorií.

Po získání dat zde byla zvolena metoda zakotvené teorie. Analýza dat proběhla pomocí otevřeného a axiálního kódování, jelikož nám kódování umožňuje odhalit různé pravidelnosti. Mišovič (2019) nám popisuje otevřené kódování jako techniku zařazování odpovědí (kódů) do významově podobných jednotek (kategorií). Výzkumník rozeznává hlavní témata a přiřazuje k němu kódy, které jsou dále řazeny do kategorií. Základem, dle autora, je zaznamenání nejvíce možného množství důležitých informací. Dále axiální kódování dle Řiháčka a Hytycha (2013) spočívá v paradigmatickém modelu, kde je zdůrazněn příčinný a následkový vztah, dále fenomén, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a následky, které nám odhalují vztahy mezi kategoriemi a případně je navzájem propojují.

U některých konceptů byly kódy propracovanější, záleželo na výtěžnost získaných dat. Získané kódy a kategorie byly zaznamenány do diagramů nebo myšlenkových map.

3.5 Etika výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu je třeba se věnovat určitým etickým otázkám, které jsou velmi důležité při práci. Ze začátku je vždy podstatné, že se každý komunikační partner zúčastní rozhovoru zcela dobrovolně. Dále je důležité se seznámit s tématem práce a jejím cílem. Dotazovaný účastník vždy musí souhlasit s účastí na výzkumu, co se týče poskytnutí informací na otázky, má právo na nějakou z otázek i neodpovědět, pokud mu to není příjemné. K tomu slouží informovaný souhlas, který je obsažen v přílohách této práce.

V informovaném souhlasu je popsáno, že veškeré poskytnuté informace budou anonymní a budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Všechny komunikační partnery označuji

jako I1, I2, I3... (Informant1, Informant2, Informant3...), očíslování je dle rozhovorů, jak šly za sebou.

Dále dle Miovského (2006) je podstatné zmínit, že má účastník výzkumu právo na odstoupení nebo ukončení rozhovoru, pokud si to tak bude přát, je zde možnost si nechat zaslat zhotovené výsledky výzkumu v případě zájmu. Dále vždy byla možnost na konci rozhovoru položit případné doplňující dotazy či námitky ze strany účastníka.

4 Výsledky výzkumu

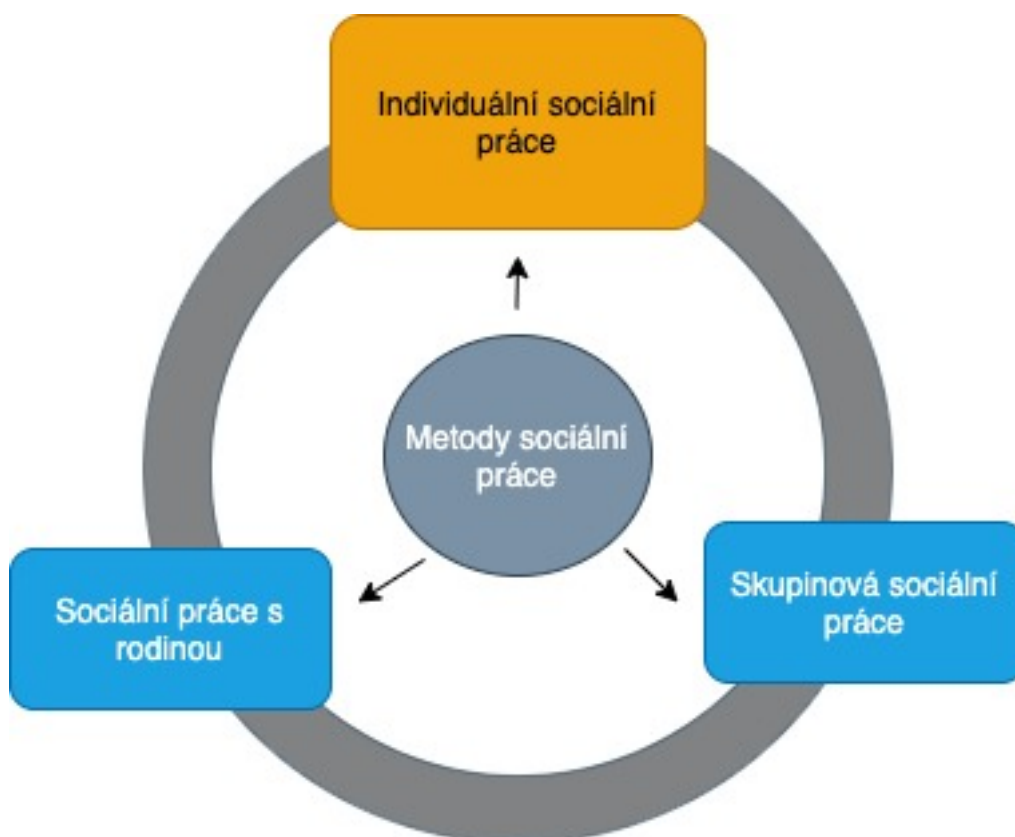
Tato část práce se zabývá analýzou a interpretací roztríděných dat. Data jsou pro větší přehlednost shrnuta do diagramů či myšlenkových map, které jsou dále vysvětlené. Pro dostatečnou autenticitu jsou zde poskytnuty i úryvky z jednotlivých rozhovorů.

VO1: Jaké metody a techniky využívá sociální pracovník při práci s hazardními hráči?

Díky technice kódování vyplynulo 7 kategorií, kterými se bude práce dále zabývat. V těchto kategoriích byly zjištěny, jaké metody, techniky a přístupy sociální práce využívají sociální pracovníci. Dále byla zkoumána motivace, která je nezbytná při práci s touto klientelou. Byla popsána důležitost role sociálního pracovníka během léčby, získané vlastnosti a dovednosti, a nakonec zhodnocení úspěšnosti léčby.

Kategorie č. 1: Využívané metody sociální práce

Obrázek č. 2: Metody sociální práce



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Obrázek č. 2 popisuje využívané metody sociální práce při práci s hazardními hráči. Oranžovou barvou je vyznačena nejčastější odpověď, jakožto metoda práce s jednotlivcem, která se při práci s hazardními hráči nejvíce osvědčila. Dalšími využívanými metodami jsou práce se skupinou a práce s rodinou. Celé je to ve vzájemném kruhu, jelikož největší efektivitu dosáhnete využitím všech tří metod dohromady, tudíž se vzájemně prolínají.

Individuální metoda je pro sociálního pracovníka dle zjištěných dat nejvhodnější, a to z toho důvodu, že tito klienti mají často přidružená duševní onemocnění, jako je deprese nebo úzkost, a proto je dobré s nimi pracovat spíše individuálně. Díky této metodě má sociální pracovník možnost se na klienta více soustředit a snažit se navázat terapeutický vztah, a s tím spojenou i důvěru. Díky tomuto postupu se snadněji mohou otevřít. Co se týče skupinové práce, ta je vhodná, neboť klient pozná, že na to není sám a může se lépe připravovat na normální život a fungování ve společnosti. Je pak více pravděpodobné, že se klient začne cítit společností přijatý a určitým způsobem i naplněný. Sociální práce s rodinou je pro klienta užitečná, pokud chce spravit vzájemné rozbité vztahy, neboť i to může klientovi poskytnout určitou dávku motivace a podpory.

Nezáleží však na tom, jakou metodu si klient vybere, protože je zde možnost využít všechny, s tím, že klient si sám určí, která metoda mu nejvíce vyhovuje. I1 uvádí: *„U těch gamblerů začínám individuální prací, pokud lidi sami chtějí jít do skupiny, mohou jít do skupiny, je to nějaká naše nabídka, nicméně tahle nabídka se v posledním roce a půl velmi omezila vlivem Covidu.“* Poté ještě doplňuje: *„Já neupřednostňuji něco více, já dám lidem nabídku, ať si oni sami vyberou, a oni si sami upřednostní. Než lidi pustím do skupiny, musím jim dát informace, musím poznat jejich příběh, musím zmapovat jejich rizika, které by pro ně mohli být ohrožující. Poté můžou jít, kam chtějí, nechávám to na nich.“*

I2 a I4 ze stejného zařízení (Prevent) se shodli na tom, že: *„Nejvíce nám funguje, když člověk využívá všech tří možností, to se nám ukazuje jako nejefektivnější. Nebo respektive člověk dostává plnou dávku těch služeb. Individuál je náš hlavní cíl, to je to, co chceme. Skupina se nabízí, doporučuje a za mě je to rozhodně fajn, když se člověk zapojí. A práce s rodinou...my se na to díváme tím pohledem, že závislost je nemoc celé rodiny, celého toho celku, byť samozřejmě je ten jedinec v problému, ale určitě je fajn, aby se zapojila celá rodina. Když se rodina zapojí, může podpořit abstinenci toho jedince.“*

I3 uvádí, co je pro klienta nejdůležitější a proč: „*Já si myslím, že kde člověk má nejvíce času pro sebe je ta individuální, tam jde nejvíc o navázání toho vztahu. Ale určitě pak i skupinová, jelikož tam klient dostává zpětné vazby, je to tam jako venku nanečisto, tady si klient může vyzkoušet úplně všechno ve skupině.*“

Na závěr I7 uvedla, že: „*Kombinace všeho dohromady vytváří léčivý elixír.*“

Kategorie č. 2: Využívané techniky sociální práce

Obrázek č. 3: Techniky sociální práce

Techniky sociální práce
Rozhovor
Pozorování
Prevence relapsu
Edukace
Dotazníky
Škálování
Pozitivní motivace
Terapie - Arteterapie, pracovní terapie
Aktivní naslouchání

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Pro přehlednost využívaných technik byla vytvořena tabulka (Obrázek č.3), kde jsou shrnuty techniky využívané při práci s hazardními hráči. Nejčastější zmíněnou odpovědí byl pochopitelně rozhovor, který se nejvíce využívá při individuální sociální práci. Všichni komunikační partneři se shodli, že bez rozhovoru se to nemůže neobejít, jelikož tato technika je nejdůležitější pro navození důvěrné atmosféry. Také spousta informantů uvedla, že volí dané techniky podle zvolených metod. I2: „*Pokud jde o techniky, tak každá ta metoda má i své techniky.*“ Dále pokračuje: „*U klienta je nejdůležitější, aby otevřel své téma a mluvil o tom, co se v něm děje nebo dělo. Aby byl nějakým způsobem ochotný s tím pracovat, a aby se toho nebál, proto nejradši využívám rozhovor, abych klienta rozmluvil.*“ Např. ve skupině se nejvíce

osvědčila technika pozorování, kdy sociální pracovníci mohou pozorovat, jak se daný klient chová ve společnosti.

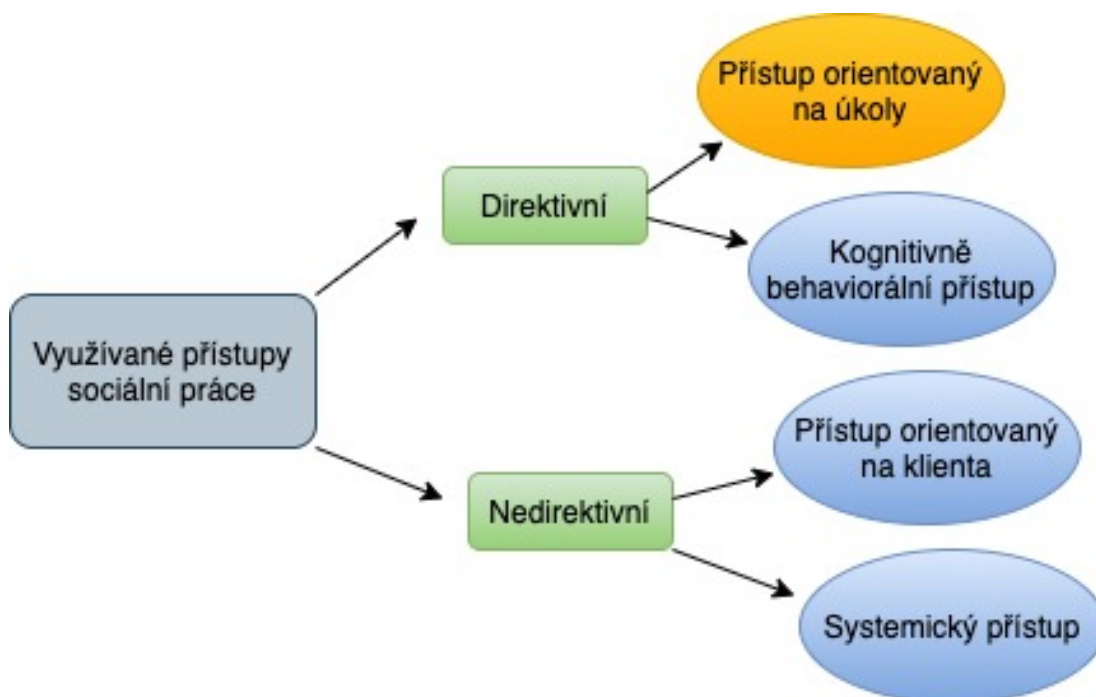
I4 uvedla, že užívá zvolené techniky sociální práce podle toho, o jaký typ klienta se zrovna jedná. „*Podle mě se užívají techniky zrovna dle toho, jaký je to klient, jestli je to třeba mlčenlivý klient, klient v odporu a podobně. Za mě určitě zpočátku pozorovat klienta, jak on se cítí, tak podle toho dál jednat. Když se necítí dobře, tak udělat rozhovor a rozmluvit ho, aby se cítil líp.*“

Poté je velmi důležitá edukace klientů, např. formou přednášek. Technika prevence relapsu zde také musí být na prvních místech. Klienti by měli znát, jak závislosti fungují, jak funguje jejich chování a měli by znát své spouštěče. I1 říká, že: „*Měli by vědět, jak to v jejich mozku funguje, měli by vědět, jak funguje jejich centrum slasti a jak se tomu taky vyhnout. Některé věci, které se jim dějou, tak mohou ovlivnit.*“

Důležité také je podporovat jejich rozvoj, osobní identitu a sebevědomí. Velmi zde pracují s klientovými hodnotami, je zde určitě více mapování než u látkových závislostí. Dotazníky se mohou využívat na začátku spolupráce, kdy je třeba se blíže seznámit se situací klienta, a kdy klient ještě není schopný se otevřít skrze rozhovor. Nebo také využití dotazníků jako vyjádření spokojenosti se službou, což uvedla informantka č. 6. Vždy záleží na tom, co vyhovuje danému klientovi, čímž se následně sociální pracovníci řídí. Najde se spousta lidí, co raději upřednostní techniku psaní a kreslení (arteterapie), kde se mohou otevřít skrze papír a mohou využít tak svou kreativitu. Ale jelikož většina klientela je tvořena muži, tak vzhledem k jejich preferencím je častěji využívána technika rozhovoru společně s technikou aktivního naslouchání. Tři informanti uvedli, že často k rozhovoru využívají zázračné otázky. Jedná se o techniku, kdy sociální pracovník položí klientovi otázku, jak by vypadal jeho den, když by po probuzení zmizely všechny jeho potíže? Tato technika se využívá tehdy, kdy chceme, aby klient pojmenoval sám své problémy.

Kategorie č. 3: Využívané přístupy sociální práce

Obrázek č. 4: Přístupy sociální práce



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Na obrázku č. 4 můžeme zpozorovat využívané přístupy sociální práce v zařízení. Jeden přístup je v oranžové bublině, a to znamená, že tento jediný přístup je využíván v zařízení Prevent oběma informanty. Ostatní využívané přístupy jsou přístupy zvolené v terapeutické komunitě. Jak z obrázku vyplývá, jedná se o přístup orientovaný na úkoly v direktivní formě. Tento přístup je zvolen z toho důvodu, že se v zařízení I4 zaměřuje především na finanční poradenství. Tento přístup odůvodnila tím, že klienty úkoluje, co do dalšího setkání musí splnit. Uvádí: „...když s nimi vyplňuji dokumenty, když chtějí vstoupit do insolvence, tak jim dávám úkoly, aby mi do příště přinesli dané dokumenty, které po nich chci.“ Tento přístup dále souvisí s kontrolou.

Komunikační partneři se shodli, že na začátku využijí direktivní formu přístupu v tom smyslu, že je důležité nastavení pravidel a hranic, tedy co si klient může a nemůže dovolit. Dále při pokračování spolupráce je nejlepší využívat nedirektivní přístup – přístup orientovaný na klienta. Zde jsou sociální pracovníci spíše v roli posluchače a jsou tu pro klienta v případech, kdy se potřebuje vypovídat. I1 uvádí, že: „Není to tak, že já určuju, o čem se budeme bavit, nechávám to na klientovi.“ Nechávají klienta, aby přišel na příčinu a řešení svých problémů

sám a příliš do toho nezasahují. Poskytují podporu a pomoc v těžkých chvílích a poradenství v případě řešení administrativních věcí.

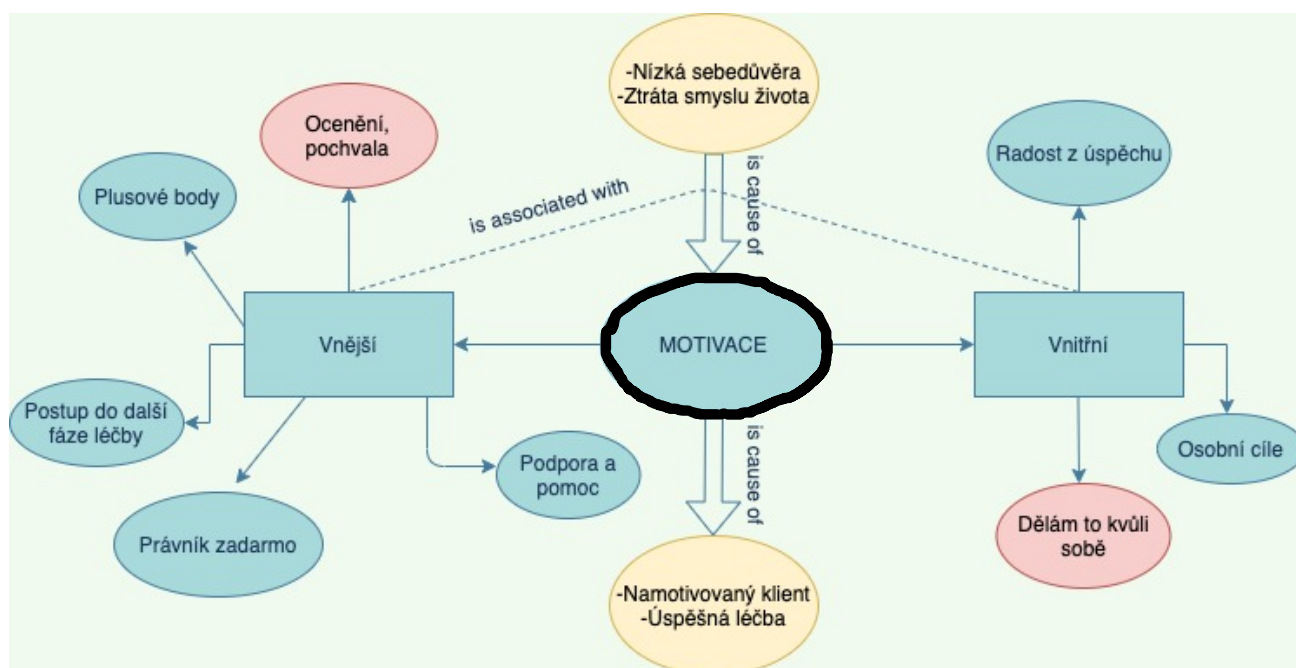
Co se týče direktivního přístupu v terapeutických komunitách, využívají se zde techniky KBT, která se soustřeďuje na proces učení. Předpokládá, že změnou myšlení lze vyvodit změnu chování. I5 uvádí, že: „*U gamblerů je kladen velký důraz na dodržování režimu, systému učení a finančním plánování.*“

I7 uvedla, že se v zařízení kombinují oba směry, jak direktivní, tak nedirektivní. V zásadě je však jejich zařízení nedirektivní. „*My jako zařízení jsme nedirektivní, čehož využívá tento přístup (přístup orientovaný na klienta). I vstup klienta záleží na klientu na základě své dobrovolnosti. Jestli bych mohl říct, jedná se o direktivnost dobrovolnosti. Záleží na tom, s jakým základem pracovník do práce vstupuje, je zde několik terapeutických směrů. U nás je to nastavené tak, že jsme nedirektivní. Skutečně je to hodně o klientovi. Ale jsme direktivní v tom, jakým způsobem budeme s klientem spolupracovat. Máme nějaké pravidla, které se musí dodržovat.*“

I3 se následně vyjádřila k částečnému využívání direktivního přístupu v zařízení: „*Ale ta TK má svá specifika, musí tu mít nějaký program, takže je to partnerský přístup, ale je to trochu direktivně řízený, musí vědět, co si tu může dovolit a k čemu se postavit dospěle.*“

Kategorie č. 4: Motivace hazardních hráčů

Obrázek č. 5: Motivace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Obrázek č. 5 popisuje způsob motivace hazardních hráčů v procesu léčby. Motivace je nezbytnou součástí, kterou klient musí mít pro to, aby úspěšně dokončil léčbu. V mapě jsou žlutě vyznačeny příčiny a důsledky fenoménu motivace. Jako příčina je zde zvoleno nízké sebevědomí klientů, jelikož klienti přicházejí do zařízení s tím, že se domnívají, že je jejich situace bezvýchodná. Většinou se potýkají s depresemi a nenacházejí smysl života. Často je ani nenapadá, pro co žít. Proto je zde důležité, aby vyhledali pomoc TK, neboť sociální pracovník je schopen zmapovat jeho situaci a přijít s možnostmi postupu. Pro klienta to často bývá obrovská pomoc. Na druhou stranu je pro sociálního pracovníka základem hledat a kotvit v klientech motivaci, především tu vnitřní, aby došli k poznání, že jsou tyto úkony konány pro jejich vlastní dobro a za účelem zlepšení kvality života. I6 uvádí, že: „Proto je důležité v nich probudit motivaci malými dílčími cíli, aby viděli, že to má význam a nějaký smysl.“ V červené bublině je zmíněna nejčastější odpověď a také to, co je dle informantů nejdůležitější. Vnější a vnitřní motivace jsou navzájem propojené, jelikož jsou obě potřebné. Důležitější je samozřejmě ta vnitřní, tedy ta, kterou má klient v sobě. Avšak určitá pochvala a ocenění je také na místě a klienty to může velmi posunout. I5 uvádí: „Tito klienti potřebují ocenit, protože jsou úzkostní a depresivní. Používáme i vnější i vnitřní motivaci, ale ze začátku je potřeba ta vnitřní

motivace, protože většina klientů je hodně rozbita uvnitř. Mají hodně velkou nedůvěru i v sama sebe, nejenom k okolí.“

Důsledkem zahrnutím jak vnitřní, tak vnější motivace je namotivovaný klient. S tím je i spojená úspěšná léčba. I6 říká, že: *„U nás si myslím, že ty lidi, co přicházejí namotivovaní a chtějí nějakou změnu, tak tam úspěšnost je.“*

I4, z Preventu, uvedla, že zde využívají spíše tu vnější motivaci. Poznamenala, že klienty v každém případě motivují i možnosti využití bezplatných právnických služeb. Vyjadřuje se takto: *„Využíváme motivaci třeba i skrze jeho problémy, že může využít služby právníka, kterého mají u nás zadarmo, že si nemusejí nikoho hledat, a to by jim to určitě mohlo usnadnit a motivovat. U mě je to určitě vnější motivace, že se klient chce dostat z dluhů.“*

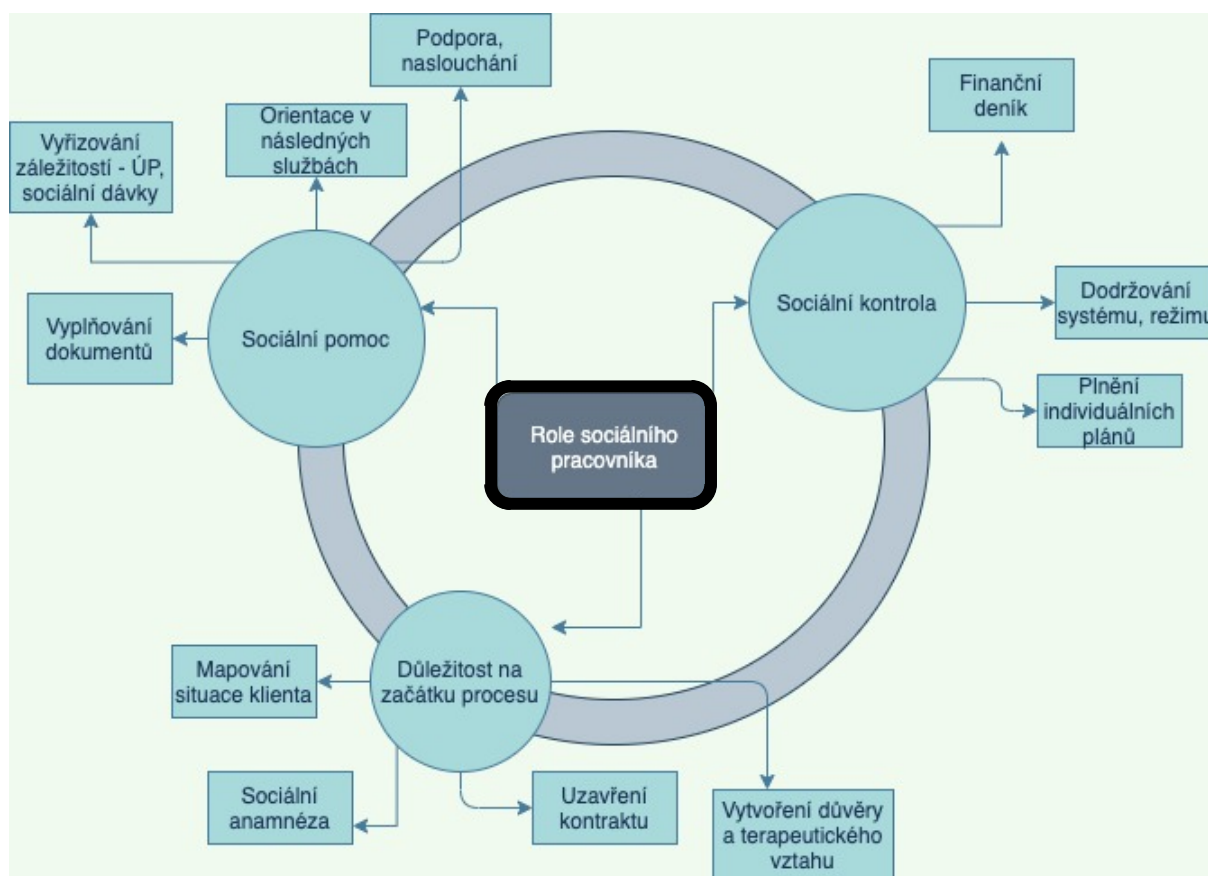
Naopak I3 zdůrazňuje, že je práce klienty bez vnitřní motivaci mnohonásobně těžší: *„My tu máme i klienty, co nejsou vnitřně motivovaní, ale mají vnější motivaci, ale s nimi je práce určitě těžší, když nemají tu vnitřní motivaci. My je taky motivujeme, mají plusové body a postupují do dalších fází podle toho, jak se snaží.“*

Vedle toho dodává, že je těžké hledat motivaci u někoho, kdo je na to sám. Uvádí: *„Ještě bych dodala, že je určitě těžké, když klient je úplně sám, který nemá nikoho a nic, tak tam je opravdu těžké nějakou motivaci hledat, čeho se chytit v budoucnosti a tak.“*

I2 na závěr uvedl zajímavý poznatek: *„Chceme-li ovlivňovat motivaci ostatních, měli bychom umět pracovat s vlastní motivací.“*

Kategorie č. 5: Role sociálního pracovníka v procesu léčby

Obrázek č. 6: Role sociálního pracovníka



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Na obrázku č. 6 lze vidět role sociálního pracovníka v léčebném procesu s hazardními hráči. Jejich role je nezastupitelná především na začátku, než léčba/pobyt vůbec započne. Neboť pracovník musí zmapovat jejich situaci, finanční a právní stránku, provést sociální anamnézu, navodit důvěrnou atmosféru a vytvořit pevný terapeutický vztah. Také potřebuje zjistit cíle, kterých chce daný klient dosáhnout. Dále ho seznamuje s pravidly komunity a s jeho souhlasem s ním uzavírá smlouvu. V dalších částech léčby hraje sociální pracovník také nezastupitelnou roli, jelikož provádí sociální pomoc či kontrolu. Určitě by měl mít orientaci v následných službách, tedy by měl klientovi pomoci odkázat se dál. Vedle toho by mu měl pomoci s administrativními záležitostmi, např. co se týče Úřadu práce, tak pomoci, kam napsat, zavolat. Měl by klienta informovat o jeho právech a povinnostech. Dle I3 je: „...je to práce hodně osvětová a provázející.“

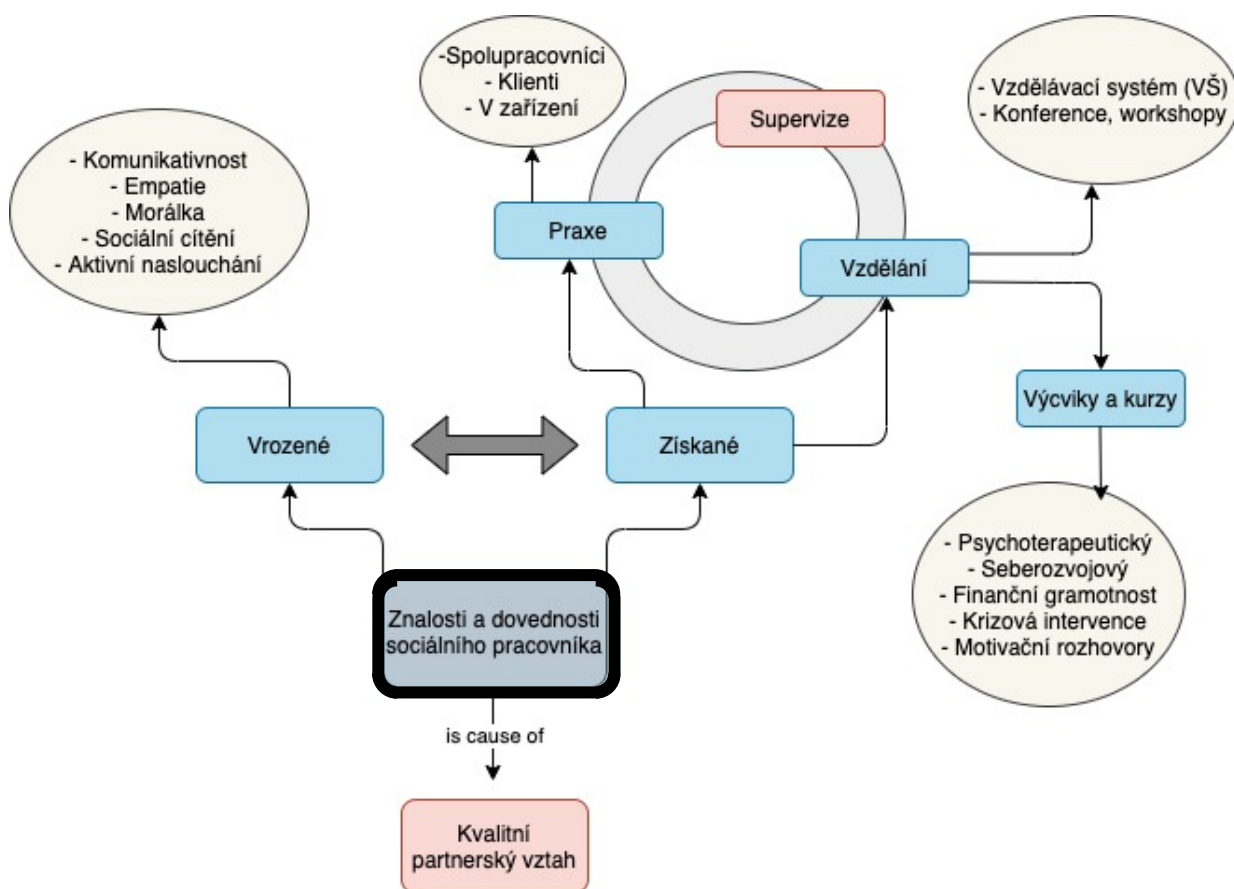
I5 zastává názor, že: „Na začátku je sociální pracovník důležitý, kdy klient potřebuje tu podporu, myslím ve všech oblastech i tu informovanost, protože mnohdy nevědí, mají strach, třeba i zavolat a tak. Být jim průvodcem při navazování kontaktů zvenčí, jak s rodinou, tak na úřady, při oddlužení.“ I2 se také vyjadřuje: „Dále je zde finanční kontrola, určitá práce na vztazích a podpora do abstinence.“

Dále se zde využívá i sociální kontrola, jelikož se u hazardních hráčů nejvíce řeší finanční stránka. Ve většině případů jsou totiž klienti zadlužení až do řádů milionů korun. Zavádí se zde finanční deník, který slouží pro kontrolu příjmů a výdajů. Vytváří se individuální plány, u kterých je potřeba, aby je klient dodržoval. I5 se vyjadřuje: „V neposlední řadě je to o kontrole. Protože tito klienti mají tendenci neplnit individuální plány, svým způsobem tyto plány obcházet a garant v tomto případě může sloužit i jako kontrolor.“

I2 uvádí, že sociální pracovník je důležitý v celém procesu: „Každá část té léčby požaduje od sociálního pracovníka jinou míru angažovanosti. On je potřebný v celém procesu, potřebný v tom, že nějakým způsobem by tam měl být.“ S čímž se shoduje i I6, která říká také: „Za mě určitě vnímám velkou potřebnost sociálního pracovníka po celou dobu léčby. Jeho místo je nenahraditelné v celém procesu.“ I7 dokonce zmiňuje, že je třeba sociálního pracovníka i po skončení léčby. Zmiňuje, že: „Částečnou podmínkou úspěšného ukončení léčby je navázání na další službu, takže i poté je nějakého sociálního pracovníka potřeba.“

Kategorie č. 6: Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka

Obrázek č. 7: Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Obrázek č. 7, ač vypadá poněkud složitě, zahrnuje vše podstatné. Znalosti a dovednosti se díky kódování rozdělily na vrozené a získané, mezi kterými je určitý vztah, a to proto, že ne všichni mají tyto vlastnosti vrozené. Mohou je získat např. až během praxe nebo v rámci absolvovaných výcviků. Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že by měl sociální pracovník umět komunikovat, mít značnou dávku empatie, umět aktivně naslouchat a adekvátně reagovat. Jedná se vlastně o nejdůležitější vlastnosti každého sociálního pracovníka. I2 uvedl, že by měl mít určité typy inteligenci na vysoké úrovni: „*Určitě vytrénovaná emoční inteligence, morální inteligence, aby si mohl uvědomit nějaký přesah jednání. Myslím si, že nějaká duchovní (spirituální) inteligence by se mohla hodit kvůli hodnotám. Protože ta práce, léčba je jako práce s hodnotami.*“

Všechny základní dovednosti účastníci získali ze školy, kde uváděli nutný zákon č. 108/2006 Sb., bez kterého nelze profesi vykonávat. Se vzděláním nezbytně souvisí praxe, bez které by to také určitě nebylo možné. Většinou člověk absolvuje odborné praxe během studia, což ho může

značně ovlivnit při výběru cílové skupiny, se kterou chce v budoucnu pracovat. I4 uvádí, že v tom samém zařízení, kde momentálně pracuje, v minulosti absolvovala praxi, což jí velmi pomohlo v začlenění se. Říká, že: „*Pak určitě nejvíce praxí, právě předtím, než jsem do tohohle zařízení nastoupila, tak jsem zde vykonávala praxi, a to mi přineslo mnoho znalostí v té oblasti. Myslím si, že je to základ, že když se člověk chce orientovat na danou skupinu, tak by měl jít na praxi do daného zařízení, protože to mu dá nejvíc.*“

I1 se shodl na tom, že se nejvíce naučil od svých kolegů při praxi a zároveň i od samotných klientů. Uvedl, že: „*Člověk se učí furt, to ne, že by byl člověk hotovej nějakými výcviky, ale když potom vzpomene na klienta před 3-4 lety, hele, tak tohle bych třeba udělal jinak. To je prostě neustálý proces zdokonalování. Hlavně se třeba učím od kolegů, u kterých vidím jiné přístupy a techniky a zase mě to posune dál.*“ S čímž souhlasil i I5, který uvedl, že se nejvíce naučil od jednoho svého klienta, který byl čistě jen gambler, což pro něj byla přínosná zkušenost, neboť se v zařízení nachází i klienti s dalšími přidruženými závislostmi.

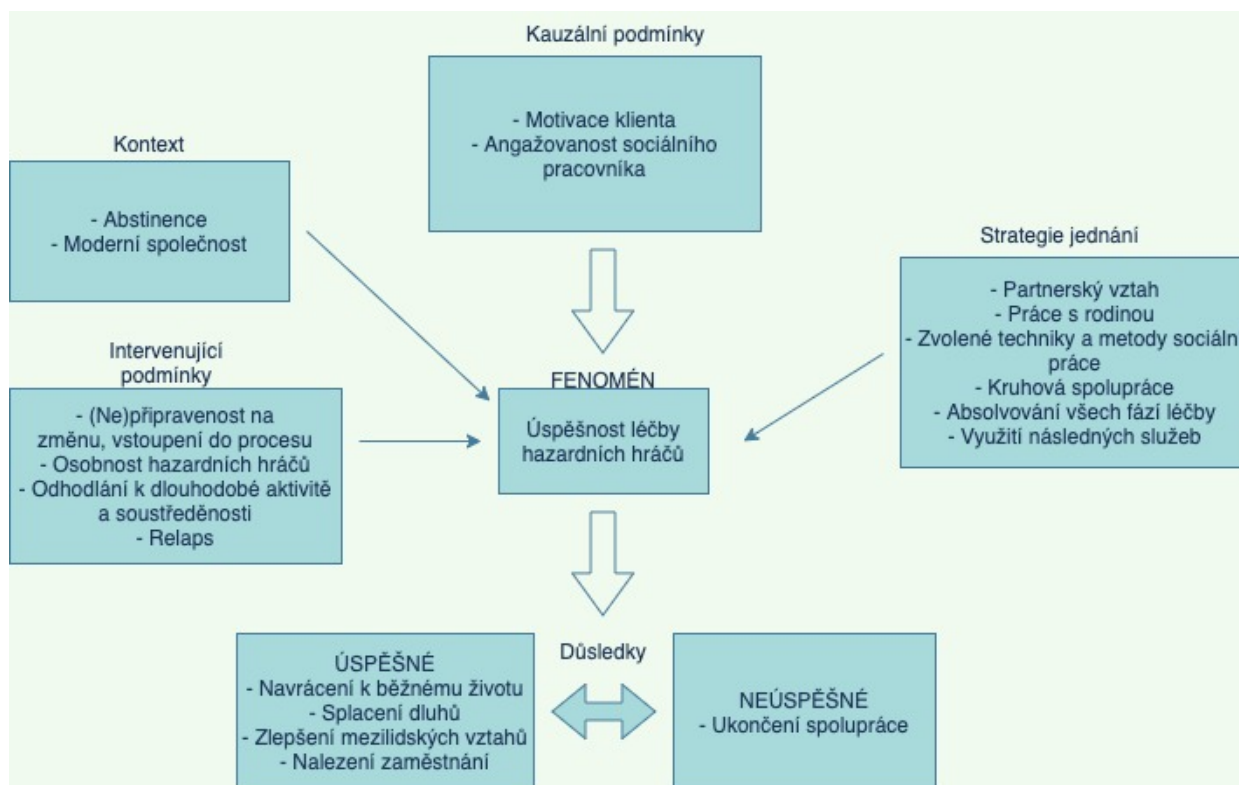
Dále je zde důležité zmínit supervizi, jakožto důležitou oblast profesního růstu, která je potřebná ve všech zařízeních. I7 zmiňuje, že: „*Podle mě je určitě důležitá supervize pro to, aby fungoval celý tým dohromady.*“ Supervize je dále důležitá pro společné diskutování ohledně zvoleného plánu klientů. I3 uvádí, že: „*My máme každý týden supervize, které jsou pro nás důležité a domlouváme se tam, jestli na klienta ještě tlačit nebo naopak netlačit, prostě jak s ním postupovat dál, aby plnil léčbu a program, jestli mu to vyhovuje nebo ne.*“

V neposlední řadě je také důležité absolvování výcviků. Všichni komunikační partneři uvedli, že v jejich zařízení není nikdo, kdo by neměl psychoterapeutický výcvik. Další výcviky jsou jako bonus pro dobrý rozvoj pracovníka.

Pokud toto sociální pracovník splňuje a ovládá, plyne zde důsledek, že díky nasbíraným znalostem a dovednostem vyplyne také i kvalitní partnerský vztah s klientem, který se právě díky všem zmiňovaným oblastem a nasbíraným zkušenostem může jen zlepšovat. I1 mi také uvedl, že jediné, co by mohlo klientovi v práci nevyhovovat je právě pracovník, uvádí, že: „*Jediné, co klientům může nevyhovovat je pracovník, protože s někým si jako lidsky sednu a s někým si nesednu. To bych řekl, že je nadřazenější než nějaké metody, aby fungoval vztah mezi nimi.*“

Kategorie č. 7: Úspěšnost léčebného procesu hazardního hráče

Obrázek č. 8: Úspěšnost léčby hazardních hráčů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Poslední mapa shrnuje kompaktní pohled na sledovaný jev.

Fenoménem byla zvolena úspěšnost léčby hazardních hráčů. K úspěšnosti se vyjadřovali účastníci poměrně kladně tím, že je úspěšnost značně veliká. Což je přínosné hlavně pro oblast veřejné zdraví.

Kauzálními podmínkami zde jsou motivace klienta, která byla zmiňována v předchozích částech, bez které by k úspěšnosti léčby nemohlo dojít. Následně angažovanost sociálního pracovníka, v tom smyslu, že je důležité, aby vše správně nastavil a zmapoval, zvolil správný přístup a plán.

Kontext v nejširším smyslu označuje významovou souvislost. Zde byla zvolena abstinence a potíže týkající se především moderní společnosti.

Intervenující podmínky byly stanoveny jako připravenost hazardéru na změnu nebo vstoupení do procesu léčby, osobnost hazardních hráčů, dále jejich odhodlání k jakýmkoli aktivitám a soustředěnosti. V neposlední řadě relaps, který je velmi významným faktorem, mající vliv na důsledky.

Strategie jednání jsou zamýšleny cílené aktivity, které jsou odpovědí na fenomén. Ukázalo se, že jsou jimi kvalitní partnerský vztah, práce s celou rodinou, vhodně zvolené metody a techniky sociální práce. Dále kruhová spolupráce, kam můžeme zařadit práci psychiatrů, psychologů, právníků, policie a doléčovacích služeb. Také ještě spolupráce peer konzultantů, což jsou bývalí klienti, kteří pomáhají ostatním skrze svou vlastní zkušenost. Dále je podstatné absolvování všech fází léčby a jako poslední využití následné péče.

Důsledky byly rozděleny na dvě skupiny a to, že úspěšnost buď je, a to pro hazardního hráče znamená, že se navrátí k běžnému životu bez závislosti, splatí veškeré dluhy, najde si zaměstnání a bude mít fungující mezilidské vztahy, nebo v případě neúspěšnosti se ukončuje spolupráce. Zde k ukončení dochází nejčastěji ze strany klienta, jelikož nechce dál pokračovat v léčbě např. kvůli zmíněnému relapsu či jeho vůli, motivaci. Mezi nimi je i znázorněný určitý vztah, a to proto, kdy informanti uvedli, že pokud klient skončí s léčbou, má kdykoli možnost se opět do procesu vrátit, ve chvíli, kdy se na to bude cítit.

5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou v současné době uplatňováni sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést jejich význam a důležitost role při práci s hazardními hráči. Ze zmíněných cílů byla proto stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké metody a techniky využívá sociální pracovník při práci s hazardními hráči? Odpověď na danou otázku je zahrnuta v této diskusi.

Pro získání potřebných dat na výzkumnou otázku byla zvolena technika sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru v kvalitativním výzkumu. Díky rozhovorům pomocí otevřeného a axiálního kódování vyplynulo 7 kategorií. Rozhovory byly realizovány s 5 sociálními pracovníky z terapeutických komunit a pro dostatečné nasycení dat ještě se 2 sociálními pracovníky z Preventu, kteří se zabývají prací pouze s hazardními hráči. Byli doplněni z důvodu případné rozdílnosti v užívaných přístupech. Ale jak lze zpozorovat, tak rozdílnosti v přístupu, metodách či technikách nebyly téměř žádné. Zajímavostí také je, že zvolení sociální pracovníci byli z různých terapeutických komunit, tudíž by zde mohli být určité rozdíly, ale bylo možné se dostat k poznání, že se při práci s danou klientelou využívají v jakémkoli zařízení stejné přístupy.

Co se týče dvou zmíněných sociálních pracovníků z Preventu, jejich zařízení je z části vedeno poradensky. Dle Mátela (2019) a Arnoldové (2016) je sociální poradenství bráno jako forma sociální pomoci, ne kontroly. To je poněkud v rozporu se získanými výsledky, jelikož ze zpracovaných rozhovorů vyplynulo, že sice také využívají formu sociální pomoci, kdy si klienta vyslechnou, podpoří a pomohou mu v orientaci na následné služby či v oblasti zařizování osobních záležitostí, ale využívají také sociální kontrolu, jelikož v zařízení řeší primárně finanční stránku a s tím spojené dluhy a exekuce. Toto je potvrzeno i názorem Pavlovské a Makovské-Dolanské (2015), které uvádí, že u patologických hráčů se vyskytuje řada sociálně-právních problémů, které řeší sociální pracovník. Zařadit sem můžeme podle autorek např. dluhy, sociální dávky nebo trestní stíhání. Tito sociální pracovníci proto zakládají s klienty finanční deníky, kde se kontrolují příjmy a výdaje a hledá se, kde všude by mohl klient ušetřit. Kontroluje se také plnění vytyčených cílů a plánů. Autorka Kuklová (2016) dále potvrzuje že, role sociálního pracovníka spočívá především v hospodaření s penězi, kdy doporučuje vést finanční deník nebo posílat peníze na účet, který bude spravovat někdo blízký z rodiny a klient bude dostávat předem určenou částku měsíčně.

Dále Arnolodová (2016) uvádí, že je nutné dodávat klientovi motivaci, aby vyřešil většinu svých problémů sám, na které by nestačil. Dále autorka popisuje, že sociální pracovník nabízí svou asistenci klientovi, kdy služba může být poskytnuta jak gamblerovi, tak rodinným příslušníkům. S tímto souhlasí i získané výsledky, jelikož informanti uvedli, že využívají přístup orientovaný na klienta, který je nedirektivní a nechává klienta přijít na většinu svých problémů samotného. Dále uvedli, že je u nich možnost využít individuální práci, tak i skupinovou práci a práci s rodinou. Uváděli, že pokud rodina není rozhodnutá pro změnu, tak je poté velmi obtížné s jakoukoli změnou vůbec začít. I2 uvedl, že: „*My se na to díváme tím pohledem, že závislost je nemoc celé rodiny, celého toho celku, byť samozřejmě je ten jedinec v problému, ale určitě je fajn, aby se zapojila celá rodina.*“ Také uváděli, že motivace je nezbytná pro úspěšnost celého procesu. Buď k nim klienti přicházejí namotivovaní a sami chtějí nějakou změnu, tam je úspěšnost velká, nebo se v nich tu motivaci snaží nalézt a kotvit. Uváděli zde, že často využívají u klientů vnější motivaci, neboť mají na co lákat. Jelikož ukazují klientovi následky, co se mohou stát, když nebude chtít udělat změnu. Nebo např. když půjde do insolvence, že bude mít klid od telefonátů a dopisů... snaží se mu ukázat ty lepší stránky a výhody života. Dle mého názoru je určitě dobré zapojit vnější motivaci, ale základem motivace by rozhodně měla být ta vnitřní. Klienta určitě nelze lákat na nějaké výhody, je důležité v něm nalézt a povzbuzovat tu jeho vnitřní motivaci, neboť díky ní se dá určitě na něčem stavět a úspěšnost je mnohonásobně větší než u klientů pouze s vnější motivací.

Nejvyužívanější metody sociální práce s hazardními hráči byly zjištěny individuální práce, skupinová a práce s rodinou. Individuální práci však preferovali sociální pracovníci nejvíce, a to proto, že je to metoda, kde klient může v soukromí otevřít své téma a sociální pracovníci tak mohou důkladně zmapovat jeho situaci. Mohou se zde řešit různé intimnosti, které není schopen probírat mezi ostatními. Individuální práce je velmi důležitá k navázání pevného terapeutického vztahu a utvoření důvěry mezi nimi. Důležité je však zapojení všech tří metod pro komplexnější léčbu, hlavně každému klientovi vyhovuje něco jiného. Někdo se dokáže otevřít až ve skupině, kde zjistí, že podobný problém mají i ostatní jedinci a může zde dostávat zpětné vazby. Zde můžeme navázat na Adamečka (2003), který uvádí, že v terapeutické komunitě je nejčastější metodou skupinová terapie, kde se formují mezilidské vztahy, vedle toho také, že podmínky v komunitě jsou téměř totožné s podmínkami v reálném životě. Informanti uvedli, že skupinová práce je pro klienty vhodná jako možnost přípravy na běžný život a formování mezilidských vztahů. Informanti však nevypověděli, že by skupinovou práci volili jako jejich nejpreferovanější možnost. Osobně jsem zastáncem jejich názoru. Myslím si, že je pro klienta

určitě ze začátku nejvhodnější individuální terapie, jelikož je potřebné vytvořit pevný terapeutický vztah. S tímto souhlasí i Matoušek (2010), který také uvádí, že základem je utvoření pevného terapeutického vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Dále je vhodnější zvolit podle preferencí daného klienta, jak by se chtěl rozvíjet dál. Až bude připravený na práci se skupinou či rodinou, mělo by mu být umožněno, rozhodně by neměl být do něčeho tlačěn.

Nejvyužívanější technikou sociálních pracovníků při práci s hazardními hráči z odpovědi vyplynul rozhovor. Tato technika je nejvyužívanější, neboť díky vhodně formulovaným otázkám můžeme z klienta dostat maximum potřebného. Kalina (2008) také potvrzuje, že nejdůležitější technikou pracovníka je aktivní naslouchání a otevřená komunikace, aby se společným rozhodováním dohodly podmínky léčby. Aktivní naslouchání informanti také zmiňovali, vzhledem k tomu, že se využívá technika rozhovoru a klient rozpravuje o svých problémech a sociální pracovník je zde v roli posluchače, je proto důležité využívat techniku aktivního naslouchání, kdy klientovi dáváme najevo upřímný zájem o jeho problematiku. Z technik dále můžeme jmenovat edukaci nebo prevenci relapsu, která je velmi důležitá v tom, aby se klient naučil pracovat s vlastními hodnotami a zlepšil svou sebekontrolu. S tímto souvisí i využívaný přístup v terapeutických komunitách a to KBT, který si klade za cíl změnu chování a myšlení, a tím i dosažení určité soběstačnosti. Matoušek (2010) reflektuje, že je důležitá prevence relapsu, v této fázi je pracovník nejvíce potřebný, jelikož může být nejen klientovým poradcem, ale i rovnocenným partnerem, který zhodnocuje klientovo rozhodnutí.

Jako poslední zmíněnou oblastí je vhodné se zabývat dovednostmi a znalostmi sociálního pracovníka. Pro výkon profese jsou nezbytné sociálně-právní znalosti a absolvování alespoň vyšší odborné školy nebo bakalářského studijního programu s orientací na zákon č. 108/2006 o sociálních službách. Vzhledem k výpovědím všech informantů bylo zjištěno, že nikdo v terapeutické komunitě nepracuje bez účasti na psychoterapeutickém výcviku, který všem účastníkům přinesl nejvíce zkušeností a znalostí. Důležité je pro jedince také absolvování praxí, které člověku mohou dát určité zkušenosti. Je možnost si tyto praxe zvolit během studia, což je obrovská výhoda, jelikož si díky tomu si lze vyzkoušet, zda se prací s touto klientelou opravdu chce uchazeč zabývat. Léta vykonávání profese přináší také svá pozitiva, jelikož je zde možnost se učit se od samotných klientů nebo od svých zkušenějších kolegů. Dle mého názoru se člověk učí celý život a pokaždé může narazit na něco nového, co ho opět může posunout dál. Matoušek a kol. (2010) zmiňuje, že praxe a pracovníkovy zkušenosti hrají velikou roli v procesu léčby, jelikož nezkušený pracovník může propásnout fázi, kdy klientova odhodlanost k léčbě byla

nejvyšší. K výkonu tohoto povolání je důležité mít určité vrozené předpoklady jako je např. sociální citění nebo zdravá míra empatie. Která si myslím, že by se měla umět korigovat, jelikož někteří jedinci mohou mít přemíru empatie a klientovy problémy by se jich velmi dotýkaly a měli by poté tendence k přebírání zodpovědnosti za daný problém místo klienta. S tím může souviset i syndrom vyhoření, neboť takoví jedinci mají tendence si práci nosit domů, a to by dlouhodobě nemohlo fungovat. Proto práce sociálního pracovníka rozhodně není pro každého. Téhož názoru je i Adameček a Radimecký (2015), kteří uvádí, že důležitým předpokladem pro práci se závislými klienty jsou osobnostní vlohy. Mátel (2019) dále navazuje, že by měl sociální pracovník mít emocionální stabilitu, kritické myšlení, vysokou odolnost, a zvláště vypichuje empatii a sociální citění. Což se shoduje s mými vyhodnocenými výsledky.

Myslím si, že role sociálního pracovníka v procesu léčby je nenahraditelná. Tato profese by se určitě neměla podceňovat, jelikož s sebou přináší i určité úskalí v podobě psychického napětí a odolnosti. Nejvíce je sociální pracovník v procesu léčby potřebný na začátku, kdy mapuje klientovu situaci, podepisuje s ním kontrakt, vyjednává určité cíle a vytváří kladný terapeutický vztah. Určitě je potřebný i v dalších fázích léčby, kdy klientovi nabízí pomoc a podporu. Je potřebný i při návaznosti na následné služby, a co se týče následné péče, hraje zde také nezastupitelnou roli. Sociální pracovník je tedy s klientem od začátku léčby až do konce. Myslím si, že je jeho role vhodně zvolena, neboť je to ten, který musí umět zvolit správné metody a techniky, umět v klientech najít a kotvit jak vnější, tak vnitřní motivaci, aby došlo k úspěšné léčbě a následné abstinenci.

Na závěr by bylo vhodné zmínit, že se v ČR vyskytuje poměrně malé množství terapeutických komunit. Překvapující je, že téměř žádná se nevyskytuje v krajských městech, ani nelze najít žádnou např. v hlavním městě Praha. Přijde mi to jako škoda, jelikož si myslím, že je to zařízení, které je přínosné a skutečně může pomoci této klientele. Možná o nich ani spousta z nich nemá povědomí. Můj názor podpořím i autorem Radimeckým (2018), který uvádí, že rozmístění terapeutických komunit v ČR není rovnoměrně, jelikož se v některých krajích vůbec nevyskytují.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Hazardní hráči v terapeutických komunitách z pohledu sociální práce. Práce byla rozdělena do dvou částí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byla charakterizována impulzivní porucha a její důsledky, popsána hazardní hra a její druhy, zmíněný problém patologického hráčství, dále byla uvedena prevence a léčba hazardních hráčů, základy o terapeutické komunitě, a na závěr nám práce nastínila sociální práci a roli sociálního pracovníka v komunitě.

Praktická část bakalářské práce se zabývala hlavní výzkumnou otázkou – jaké metody a techniky využívá sociální pracovník při práci s hazardními hráči. Bylo zjištěno, že sociální pracovníci nejvíce preferují sociální práci s jednotlivcem, kde se mohou soustředit přímo na daného klienta a jeho problémy. Dále využívají sociální práci se skupinou i rodinou, a tvrdí, že pro komplexní léčbu je nutnost využití všech metod. Jako nejčastěji využívanou techniku uvedli sociální pracovníci rozhovor, který je využíván nejčastěji v té individuální práci. Jako další nejčastěji využívané techniky můžeme zmínit prevenci relapsu, edukaci, pozorování a aktivní naslouchání.

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou v současné době uplatňováni sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést význam a důležitost role sociálního pracovníka při léčbě hazardních hráčů. Bylo zjištěno, že sociální pracovník hraje nezastupitelnou roli v celém procesu. Nejvíce potřebný je však na začátku spolupráce, kdy s klientem vyjednává vše podstatné, mapuje jeho situaci a podepisuje s ním kontrakt. Dále v průběhu spolupráce je nejvíce využit ve finanční oblasti, kdy s klientem řeší dluhy, exekuce a zakládá finanční deníky. V průběhu celého procesu slouží jako kontrolor při dodržování individuálních plánů. Také jako nasloucháč, kdy slouží klientovi jako opora a nabízí mu sociální pomoc, kdykoli je potřeba.

Cíle práce byly tímto splněny a práce dále může sloužit jako podklad pro širší výzkum. Může být využitelná pro absolventy oboru sociální práce, kteří se chtějí zabývat prací s touto klientelou jako přehled nejčastěji využívaných metod, technik a přístupů sociální práce. Dále může být užitečná pro současné sociální pracovníky z terapeutických komunit pro případnou změnu využívaných přístupů s hazardními hráči.

Seznam literatury a zdrojů

1. ADAMEČEK, D., RADIMECKÝ, J., 2015. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 446-468. ISBN 978-80-247-9792-2.
2. ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M., KALINA, K., 2003. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády České republiky, s. 201-207. ISBN 80-86734-05-6.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-271-9308-0.
4. BAREŠ, J., LEŠTINOVÁ, Z. a kol., 2013. *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. Praha: Úřad vlády České republiky. 92 s. ISBN 978-80-7440-084-1.
5. BLINKA, L., 2015. *Online závislosti: jednání jako droga? Online hry, sex a sociální sítě: diagnostika závislosti na internetu: prevence a léčba*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-210-7975-5.
6. DÁVIDOVÁ, M., 2020. *Patologické hráčství: výskyt, diagnostika, léčba, komplexní pohled na problematiku*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2758-5.
7. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-246-4826-9.
8. DVOŘÁČEK, J., 2008. Neurobiologie závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 25-35. ISBN 978-80-247-1411-0.
9. EFFERTZ, T., BISCHOF, A., RUMPF, HJ. a kol., 2018. The Effect of Online Gambling on Gambling Problems and Resulting Economic Health Costs in Germany. *The European Journal of Health Economics*. 19, 967-978. doi: 10.1007/s10198-017-0945-z.
10. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce – aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-9803-0.

11. FAUTH-BÜHLER, M., MANN, K., POTENZA, M., 2016. Pathological Gambling: a Review of the Neurobiological Evidence Relevant for its Classification as an Addictive Disorder. *Addiction Biology*. 22(4), 885-897. doi: 10.1111/adb.12378
12. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-9416-7.
13. FROUZOVÁ, M., 2003. Gambleři a gambling. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády České republiky, s. 267-271. ISBN 80-86734-05-6.
14. FROUZOVÁ, M., 2008. Závislost na procesech. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 25-35. ISBN 978-80-247-1411-0.
15. GURKOVÁ, E., 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Univerzita Palackého v Olomouci. 97 s. ISBN 978-80-244-5627-0.
16. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
17. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
18. IOANNIDIS, K., HOOK, R., WICKHAM, K. a kol., 2019. Impulsivity in Gambling Disorder and Problem Gambling: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 44, 1354-1361. doi: 10.1038/s41386-019-0393-9.
19. KALINA, K., 2003. Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České republiky, s. 254-261. ISBN 80-86734-05-6.
20. KALINA, K., 2003. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády České republiky, s. 97-102. ISBN 80-86734-05-6.
21. KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
22. KALINA, K., 2015. Kognitivně-behaviorální přístupy. In: KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 408-418. ISBN 978-80-247-4331-8.

23. KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol., 2010. *Sociální patologie*. 2.vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.
24. KUKLOVÁ, M., 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1101-3.
25. LICEHAMMEROVÁ, Š., 2015. Problematika gamblingu: Metasyntéza kvalitativních výzkumů z roku 1998–2015. *Adiktologie*. 15(2), s. 138-149. Dostupné z: <http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/licehammerova.pdf>
26. LINDNER, P., FORSSSTRÖM, D., JONSSON, J. a kol., 2020. Transitioning between Online Gambling Modalities and Decrease in Total Gambling Activity, but no Indication of Increase in Problematic Online Gambling Intensity During the First Phase of the COVID-19 Outbreak in Sweden: A time series forecast study. *Frontiers in Public Health*. 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.554542.
27. LITTMAN-SHARP, N., 2017. Treatment for Disordered Gambling: Current Evidence and Recommendations. *Gambling Research Exchange Ontario*. Available from: [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Littman-Sharp_\(2017\)_Treatment_for_Disordered_Gambling.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Littman-Sharp_(2017)_Treatment_for_Disordered_Gambling.pdf)
28. LUTRI, V., SOLDINI, E., RONZITTI, S. a kol., 2018. Impulsivity and Gambling Type Among Treatment-Seeking Disordered Gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 34(4), 1341-1354. doi: 10.1007/s10899-018-9764-0.
29. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2825-9.
30. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2010. *Sociální práce v praxi – Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
31. MICHELOVÁ, R., 2015. Etika a multidisciplinární tým. In: KODYMOVÁ, P. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. MPSV. s. ISBN 978-80-7421-088-4.
32. MIOVSKÝ, M. a kol., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství I*. Praha: Univerzita Karlova. 328 s. 34-39. ISBN 978-80-7422-392-1.

33. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
34. MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství. 292 s. ISBN 978-80-7419-282-2.
35. MRAVČÍK, V., ČERNÝ, J., LEŠTINOVÁ, Z. a kol., 2014. *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Praha: Úřad vlády České republiky. 249 s. ISBN 978-80-7440-111-4.
36. MRAVČÍK, V., ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P. a kol., 2021. *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2020*. Úřad vlády České republiky. 183 s. ISBN 978-80-7440-269-2.
37. MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
38. MVČR, 2017. *Metodické doporučení k činnosti územních samosprávných celků – Práva a povinnosti obcí v oblasti regulace hazardních her*. Praha: Úřad vlády České republiky. 188 s. ISBN 978-80-87544-51-8.
39. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>
40. NEŠPOR, K., 2006. *Už jsem prohrál dost – příručka*. Praha: Sportpropag. 130 s. ISBN 978-80-260-3880-0.
41. NEŠPOR, K. a kol., 2011a. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. 4. vydání. Praha: Portál, 2011. 160 s. ISBN 978-80-262-0009-3.
42. NEŠPOR, K., 2011b. *Návykové chování a závislosti-současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. 176 s. ISBN: 978-80-7367-908-8.
43. NEŠPOR, K., 2013. Problémy působené hazardní hrou. In: CSÉMY, L., ČÁPOVÁ, E. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. CEPROS, s. 38-46. ISBN 978-80-260-7070-2.

44. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
45. PAVLOVSKÁ, A., MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ, P., 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 469-479. ISBN 978-80-247-9792-2.
46. PRUNNER, P., 2013. *Gamblerství aneb ztráta svobody*. Plzeň: Aleš Čeněk. 364 s. ISBN 978-80-7380-452-7.
47. RADIMECKÝ, J., 2018. České terapeutické komunity v roce 2018. Odborný časopis Sociální služby. 6-7. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Terapeutick%C3%A9%20komunity.pdf>
48. ROZNEROVÁ, T., MRAVČÍK, V., 2015. Hazardní hráčství a jeho dopady – kvalitativní výzkum patologických hráčů. *Adiktologie*. 15(4), s. 334-341. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/Roznerov%C3%A1_Gamble.pdf
49. ŘIHÁČEK, T., HYTYCH, R., 2013. Metoda zakotvené teorie. In: ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 44-74. ISBN 978-80-210-6382-2.
50. STRAUSS, A., CORBIN, J., 2008. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd edition. Los Angeles: Sage Publications. 379 s. ISBN 978-141-2906432.
51. ŠVAŘÍČEK, R. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7376-313-0
52. TANI, F., PONTI, L., GHINASSI, S. a kol., 2021. A Gambling Primary Prevention Program for Students through Teacher Training: an Evidence-based Study. *International Gambling Studies*, 1-23. doi: 10.1080/14459795.2020.1861056.
53. THE ONTARIO PROBLEM GAMBLING RESEARCH CENTRE, 2013. *Koncepční rámec škodlivého hraní*. Úřad vlády České republiky. 90 s. ISBN 978-80-7440-084-1.

54. TKÁČ, J., 2019. *Patologické hráčství* [online]. At-ambulance.cz [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: <http://www.at-ambulance.cz/patologicke-hra-stvi-1.html>
55. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
56. VEROSTA, P., 2012. *Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice* [online]. Přehledový článek. 21 s. Dostupné z: <http://www.osbrneni.cz/wp-content/uploads/2013/07/patologicke-hracstvi-APA2011-1.pdf>
57. WILLIAMS, RJ., WEST, BL., SIMPSON, RI., 2012. Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence and Identified Best Practices. [online]. *Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care* [cit. 2021-06-25]. Available from: <http://hdl.handle.net/10133/414>
58. WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. a kol., 2015. *Problémové hráčství – společenské náklady na hazardní hraní v České republice*. Národní ústav duševního zdraví. 98 s. ISBN 978-80-87142-26-4.
59. Zákon č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách České republiky a o změně některých zákonů (zákon o sociálních službách), 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 37/2006, s. 1266-1274. ISSN 1211-1244.

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1.: Základní údaje o komunikačních partnerech (str. 30)

Obrázek č. 1: Počet podpořených projektů v oblasti hraní v letech 2013–2020 (str. 20)

Obrázek č. 2: Metody sociální práce (str. 32)

Obrázek č. 3: Techniky sociální práce (str. 34)

Obrázek č. 4: Přístupy sociální práce (str. 36)

Obrázek č. 5: Motivace (str. 37)

Obrázek č. 6: Role sociálního pracovníka (str. 39)

Obrázek č. 7: Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka (str. 41)

Obrázek č. 8: Úspěšnost léčby hazardních hráčů (str. 43)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru se sociálními pracovníky (str. 62)

Příloha č. 2: Informovaný souhlas (str. 63)

Seznam zkratek

TK – terapeutická komunita

SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

ČR – Česká republika

ÚP – Úřad práce

VŠ – vysoká škola

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru se sociálními pracovníky

1) Jaké metody sociální práce s cílovou skupinou hazardních hráčů využíváte?

- Jaká metoda se Vám nejvíce osvědčila a proč?
- Jsou nějaké metody, které klientům nevyhovovaly? Jaké a proč?

2) Jaké techniky sociální práce s cílovou skupinou hazardních hráčů využíváte?

- Jsou nějaké techniky, které klientům nevyhovovaly? Jaké a proč?

3) Jakými osobnostními předpoklady by měl sociální pracovník u této cílové skupiny disponovat?

- Jaké znalosti a dovednosti by měl v této oblasti sociální pracovník mít?
- Kde jste dané znalosti/dovednosti získali?

4) S jakými dalšími odborníky nejčastěji spolupracujete mimo oblast sociální práce?

5) Jaké jsou jednotlivé kroky (proces) v rámci léčby od začátku spolupráce až po ukončení?

6) Jaké jsou nejčastější důvody k ukončení spolupráce s klientem?

7) Co je podle vás nejdůležitější pro klienta: individuální, skupinová nebo rodinná terapie? A proč?

8) Jakými způsoby motivujete klienty?

- Liší se způsob motivování u jednotlivců?

9) Jaká je přibližná pravděpodobnost úspěšné remise klienta a jeho navrácení k běžnému životu?

10) V jaké části léčby je sociální pracovník nejvíce potřebný?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Vážený/á pane/paní,

ráda bych Vás tímto požádala o spolupráci ke sběru dat do mé bakalářské práce na téma Hazardní hráči v terapeutických komunitách z pohledu sociální práce. Cílem práce je zjistit, jak jsou v současné době uplatňování sociální pracovníci při léčbě hazardních hráčů. Dále uvést jejich význam a roli při práci s touto klientelou. Výzkum je založen na polostrukturovaných rozhovorech a získané informace budou dále zpracovány pomocí kódování.

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše popsaném výzkumu. Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s cíli výzkumu, metodami a jeho zpracováním. Dále souhlasím s tím, že veškeré poskytnuté informace budou anonymně zpracovány a využity pouze pro účely bakalářské práce studentky.

Podpisem potvrzuji, že souhlasím s výše uvedenými informacemi. Zároveň mám možnost od rozhovoru kdykoli odstoupit nebo neodpovědět na některou z otázek.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky: _____

Dne: _____