

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Diplomová práce

**Léčba a prevence problémového hráčství pomocí
programů sebe-vyloučení**

Self – Exclusion Programs as a Treatment and Prevention
of Problem Gambling

Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii**

Forma studia: **prezenční**

Vedoucí práce: **Markéta Habermannová, PhD.**

Autorka práce: **Bc. Klára Jirásková**

2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním půjčením a/nebo zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 31.8.2009

.....

podpis

Poděkování

Vřelé poděkování za laskavou pomoc a ochotu při realizaci diplomové práce patří zejména Markétě Habermannové, PhD. Dále bych ráda poděkovala prim. MUDr. Karlu Nešporovi, CSc. za možnost provedení dotazníkového šetření v PLB. Děkuji také profesoru Robertu Ladouceurovi, Ph.D. z Université Laval v kanadském Quebecu a profesoru Georgi Shortessovi z Lehigh University v Pensylvanii v USA za jejich ochotu podělit se se mnou o své zkušenosti a za poskytnutí mnoha materiálů použitých v této diplomové práci. V neposlední řadě velmi děkuji svému otci a celé své rodině především za jejich neutuchající podporu a pochopení.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. Teoretická část obecná – patologické hráčství, zdroje podpory a motivace.....	9
1. Patologické hráčství	
1.1 Patologické hráčství jako duševní porucha.....	9
1.2 Definice patologického hráčství.....	10
1.3 Příčiny vzniku patologického hráčství a ohrožené skupiny lidí.....	12
1.4 Průběh návyku.....	13
1.5 Proces uzdravování.....	15
1.6 Léčba patologického hráčství.....	15
2. Zdroje opory	
2.1 Sociální opora.....	16
2.2 Motivace.....	18
II. Teoretická část speciální – programy sebe-vyloučení.....	21
3. Programy sebe-vyloučení jako brána k další léčbě.....	21
3.1 Sebe-vyloučení a uživatelé programu.....	22
3.2 Obecné principy.....	23
3.3 Navrhovaný model programu sebe-vyloučení podle Blaszczyński, Ladouceur a Nower (2007).....	26
3.4 Porušení pravidel programu sebe-vyloučení.....	30
3.5 Navrhovaný model programu sebe-vyloučení versus stávající koncept programů.....	30
3.6 Vývoj programů sebe-vyloučení.....	31
3.7 Efektivnost programů sebe-vyloučení.....	32
3.7.1 <i>Zahraníční výzkumy – Studie podle Ladouceura, Jacquesa, Girouxa, Ferlanda a Leblonda z roku 2000.....</i>	<i>32</i>
3.7.2 <i>Studie podle O’Neila, Whettona a Dolmana z roku 2003.....</i>	<i>33</i>
3.7.3 <i>Studie podle Ladouceura, Sylvaina a Gosselina z roku 2006.....</i>	<i>34</i>
3.7.4 <i>Studie podle Nowera a Blaszczyńského z roku 2006.....</i>	<i>34</i>
3.7.5 <i>Česká studie podle Nešpora a Scheansové z roku 2008.....</i>	<i>36</i>
3.8 Poznámky k programům sebe-vyloučení.....	37
III. Praktická část - Zdroje podpory, které pomáhají patologickým hráčům abstinovat a jejich názor na programy sebe-vyloučení.....	43
4. Dotazníkové šetření.....	43
4.1 Cíle výzkumu.....	43
4.2 Základní údaje o provedeném dotazníkovém šetření.....	44
4.2.1 <i>Základní charakteristika místa, ke dotazníkové šetření</i>	

<i>probíhalo a jeho volba.....</i>	44
4.2.2 <i>Zvolená metoda výzkumu.....</i>	45
4.2.3 <i>Průběh výzkumu.....</i>	45
4.2.4 <i>Popis zkoumaného vzorku a základní charakteristiky souboru... </i>	46
4.2.5 <i>Strategie výběru vzorku.....</i>	51
4.2.6 <i>Doba trvání výzkumné sondy, resp. dotazníkového šetření.....</i>	52
4.2.7 <i>Technika sběru dat, její cíle a popis dotazníku.....</i>	52
4.3 <i>Systém vyhodnocování.....</i>	53
4.3.1 <i>Vyhodnocování dat a způsob jejich zpracování.....</i>	53
4.3.2 <i>Interpretace získaných dat.....</i>	54
4.4 <i>Výsledky a interpretace výsledků dotazníkového šetření.....</i>	54
4.4.1 <i>Délka abstinence a způsob léčby.....</i>	54
4.4.2 <i>Vnímaná prospěšnost současné nebo prodělané léčby.....</i>	57
4.4.3 <i>Zdroje podpory.....</i>	60
4.4.4 <i>Osobní situace.....</i>	67
4.5 <i>Zhodnocení výsledků a diskuse.....</i>	71
4.5.1 <i>Zdroje podpory.....</i>	71
4.5.2 <i>Formulace otázek.....</i>	74
4.5.3 <i>Poznámky k výsledkům výzkumu.....</i>	75
4.5.4 <i>Programy sebe-vyloučení.....</i>	80
Závěr.....	85
Literatura.....	86
Přílohy.....	90
Příloha I. - <i>Dotazník vytvořený k účelům výzkumu.....</i>	91
Příloha II. - <i>Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous.....</i>	94
Příloha III. - <i>Dotazník na patologické hráčství „South Oaks Gambling Screen“.....</i>	95
Anotace.....	99
Annotation.....	100

ÚVOD

Diplomová práce pojednává o programech sebe-vyloučení a je rozdělena na část teoretickou obecnou (zabývající se zejména zdroji opory a motivací) a na část speciální (pojednávající konkrétně o programech sebe-vyloučení). Nedílnou součástí práce je dotazníkové šetření zjišťující zdroje opor, které pomáhají patologickým hráčům abstinovat a zjišťuje též jejich názory na prezentovaný systém léčby a prevence. Diplomová práce je prvním uceleným textem, který se v České republice programem sebe-vyloučení zabývá.

Téma pro diplomovou práci vyplynulo průběžně již při psaní mé práce bakalářské. Bakalářská práce se zaměřovala na problémové hráčství v obecnějším měřítku, zejména na jeho diagnostiku a na současnou situaci patologického hráčství v České republice. Její podstatnou část tvořila mapující studie hazardních hráčů v Rychnově nad Kněžnou. Pro nedostatek dat a české literatury to byl čin s nejistým výsledkem. Za laskavé pomoci paní Markéty Habermannové, PhD. a pana prim. Karla Nešpora, CSc. z mužského oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze se však výsledek zdařil, a tak se ve své diplomové práci pouštím na led ještě tenčí.

Shodou šťastných okolností jsem před lety při psaní bakalářské práce měla možnost seznámit se s jedním z největších odborníků na problémové hráčství a na programy sebe-vyloučení, s profesorem Robertem Ladouceurem ze School of Psychology na Université Laval v kanadském Quebecu. Byl to právě on, kdo mi představil systém léčby a prevence pomocí programů sebe-vyloučení, poskytl mi mnoho materiálů a výzkumných dat, stejně tak jako odborných lekcí na problematiku problémového hráčství. Jeho upřímný zájem o stav a systém léčby patologického hráčství v České republice nás dovedl až k nápadu realizace jeho návštěvy u nás. Profesor Ladouceur sám inicioval nebo se podílel na více než 60 výzkumech zabývajících se problémovým hráčstvím a publikoval více jak 400 odborných článků a knih. Je uznávaným světovým odborníkem na problémové hráčství. Nemenší profesní obohacení mi přineslo též seznámení se s profesorem George Shortessem z Lehigh University v Pensylvanii, USA, který je bývalým tajemníkem Americké

psychologické asociace (American Psychology Association, APA).

Programy sebe-vyloučení nejsou v České republice dosud příliš známé. V podstatě neexistuje ucelený text v češtině, který by toto téma zpracoval. V roce 2008 provedl prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. menší průzkum na 67 patologických hráčích léčících se v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, zda by podobný program uvítali i u nás. Naprostá většina hráčů odpověděla kladně (viz. kapitola 3.7.5 diplomové práce).

Pro nedostatek tuzemských dat čerpá diplomová práce z dat, textů a výzkumů převážně zahraniční provenience. Diplomová práce přináší ucelený text o problematice léčby a prevence problémového hráčství, která je u nás téměř neznámá a zatím bohužel neproveditelná. Věřím, že se může stát podmětem k přemýšlení nad stavem a léčbou patologického hráčství v České republice.

Teoretická část obecná

I. Teoretická část obecná – patologické hráčství, zdroje podpory a motivace

1. Patologické hráčství

1.1 Patologické hráčství jako duševní porucha

Patologické hráčství bylo uznáno za duševní poruchu Americkou psychiatrickou asociací (APA) roku 1980 a o deset let později i Mezinárodní klasifikací nemocí. Definice patologického hráčství je v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí pod oddílem **F60-F69 „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“**, patří do **F63**, tedy do „**Nutkavých a impulzivních poruch.**“ Do této skupiny spolu s patologických hráčstvím patří také například patologické zakládání požárů (pyromanie) a patologické kradení (kleptomanie). Hlavními znaky, které jsou společné všem nutkavým a impulzivním poruchám, jsou silná touha neboli bažení (craving), potíže v sebeovládání a nutkání k dané aktivitě. Nutkání k aktivitě je doprovázené pocity napětí a úzkosti, které nelze odstranit jinak, než vlastní činností (hraním, kradením..). Činnost je spojená s odstraněním tenze a příjemnými pocity. (Vágnerová, 2004) Výše zmíněné znaky mohou připomínat závislost na návykových látkách a laická veřejnost také často patologické hráčství mezi závislosti řadí. *„Látková závislost je charakteristická patologickým vztahem mezi organismem a látkou, vznikající opakovaným užitím látky, která vede k opakující se intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat. Bývá snížena schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dávky je třeba zvyšovat, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Vynechání užívání může vést k abstinenčním příznakům. Droga začne organizovat celý život nemocného.“* (Hartl, Hartlová, 2004, s.699) Z výše uvedené charakteristiky závislosti přesto vyplývá, že mezi ní a nutkavými a impulzivními poruchami jsou jisté společné znaky, jako například: bažení, snížená schopnost sebeovládání, nutnost zvyšování frekvence návykového chování apod. Hlavním motivem člověka je – a to i na úkor jeho jiných zájmů a činností - látka/hra, pokračování v užívání látky/hraní, a to i přes viditelně škodlivé

důsledky. Důkazem, že zde existuje určitá podobnost a blízkost, je, že léčebné metody používané u látkových závislostí a nutkavých a impulzivních poruch jsou v mnohém podobné až stejné. Také se lze často setkat s tím, že patologičtí hráči jsou léčeni spolu s alkoholiky nebo drogově závislými, docházejí na stejné skupiny a terapie, velmi častá je též duální závislost.

1.2 Definice patologického hráčství

Patologické hráčství je MKN popsáno následujícím způsobem: *„Porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných.“* (MKN, 2009) Nesmíme ovšem tuto diagnózu zaměňovat s nadměrným hráčstvím u manických pacientů (F30.–), hráčstvím a sázením (Z72.6) a hráčstvím u disociální poruchy osobnosti (F60.2).

Hráčství a sázení není řazeno v MKN pod skupinu F - „Poruchy duševní a poruchy chování“, ale pod skupinu Z - **„Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami.“** Konkrétní oddíl Z72, kam je hráčství a sázení zařazeno, seskupuje **„Problémy spojené s životním stylem.“** (MKN, 2009) Hráčství a sázení je časté hraní, které jedinec uskutečňuje za účelem vzrušení nebo získání peněz. Pokud takový hráč prohraje větší obnos peněz nebo zaznamená jiné negativní důsledky hry, pravděpodobně s hraním či sázením přestane. (Nešpor, 2000) I přes větší sebeovládání má tento fenomén k patologickému hráčství poměrně blízko. Lze říci, že se může časem rozvinout do vážnějšího problému ve formě hráčství patologického.

Definice poskytnutá MKN je poměrně stručná. Pro lepší představu, co vlastně problematika patologického hráčství obnáší, následuje definice Americké psychiatrické asociace.

A. Trvající a opakující se nepřizpůsobivé chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje pět (nebo více) z následujících znaků:

1. Zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).
2. Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
4. Když se pokouší hazardní hru snížit nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.
5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmoci, viny, úzkosti, deprese).
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
8. Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
9. Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky, čímž by se mírnila zoufalá finanční situace, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B. Hazardní hra nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

(Nešpor, 2000)

Existují diagnostické dotazníky, které se používají k tomu, aby se u konkrétního jedince určilo, zda se u něj jedná o stav problémového hraní, které ale ještě není návykovou poruchou nebo již o patologické hráčství. Mezi nejznámější patří dotazník organizace Gamblers Anonymous a dotazník „South Oaks Gambling Screen“. (viz příloha č.2, 3) Nejčastějšími typy hazardních her jsou automaty, kasina, sportovní sázky, karetní hry a hra v kostky. (Nešpor, 1996)

1.3 Příčiny vzniku patologického hráčství a ohrožené skupiny lidí

Většinou nelze odhalit pouze jednu či dvě příčiny, proč se jedinec stal patologickým hráčem a proč tomuto pokušení někdo jiný odolal. Jedná se o jev multidimenzionální, a proto musíme brát v potaz jak faktory biologické, tak i sociální a osobnostní. Nativistické teorie vidí příčinu náchylnosti k patologické hře v odchylkách neurotransmitérového systému, například v dysfunkci serotoninového nebo katecholaminového systému. V tomto případě hraje velkou roli dědičnost těchto poruch či dysfunkcí. (Vágnerová, 2004)

Z hlediska sociálních a sociokulturních faktorů má velký význam akceptace daného jevu společností a také množství příležitostí k danému chování. (Vágnerová, 2004) Nabídka možnosti hazardního hraní je velmi rozšířená a dostupnost je téměř neomezená. Klíčový význam má pro jedince rodina a hodnoty, které vyznává, naučené vzorce chování, které si z ní odnáší. Jiné riziko se vyskytne u člověka, jehož rodina chodila každou sobotu do divadla a zařízením hospodského typu se obloukem vyhýbala, než u jedince, který obden chodil otcovi do baru pro pivo a díval se na něj, když hrál na automatech. Jedinec si totiž osvojuje rodičovské vzorce chování. Rizikovým faktorem je také citové strádání v rodině, nedostatek mezilidských vztahů, absence zázemí a kontakt s pochybnými přáteli, kteří by mohli jedince v rámci trávení společného času strhnout k hraní na automatech. (Nešpor, 1996)

Vnější vlivy jsou bezpochyby důležité. Můžeme se však setkat s lidmi, kteří vyrostli v nepříznivých podmínkách a přesto se automatům nebo jiným rizikovým zdrojům důsledně vyhýbají nebo naopak s jedinci, kteří žijí ve vzorných a spořádaných podmínkách, a přesto návyku ke hře podleli. Nabízí se tedy otázka, čím to je. Podle některých odborníků je důvodem to, že velkým determinantem jsou osobnostní rysy jedince. (Nešpor, 1996)

Patologickým hráčstvím jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří špatně odolávají nudě a mají zvýšenou potřebu nových vzrušujících podnětů a zážitků. Rádi riskují, nemají velké zábrany a požadují okamžité uspokojení potřeb, které nechtějí nebo neumí oddálit. Důležitým aspektem je, že mají nižší míru frustrační tolerance a vzniklý stres si ventilují např. právě hazardní hrou. Některé charakteristiky potenciálních hráčů

dále uvádějí, že to bývají lidé egocentričtí a někdy až asociální či agresivní povahy. (Vágnerová, 2004)

Za rizikové jedince lze uvést mladé muže, profesionální hráče, nezaměstnané jedince, děti hyperaktivní a trpící poruchami osobnosti a lidé mající přístup k větším obnosům peněz (Nešpor, 1996). Mladí lidé jsou riziková z toho důvodu, že u nich vzniká závislost i návyk rychleji. Profesionální hráči a lidé, kteří se živí jako číšníci či vedoucí podniků a mají přístup k velkým částkám peněz, mohou snadno podlehnout pokušení. Dalším rizikovým faktorem je problém s alkoholem či drogami. Existují jedinci, kteří by se pravděpodobně do hraní nikdy nepustili, kdyby nebyli pod vlivem omamné látky, která výrazně snižuje sebeovládání člověka. (Nešpor, 1996)

1.4 Průběh návyku

Propad hráčské vášni se může odehrávat v několika fázích. Jedná se o stadium výher, stadium prohrávání a nakonec stadium zoufalství. (Nešpor, 1996)

- **Stadium výher** je charakteristické počáteční zdánlivou nevinností a neškodností. Jedinec si občas zahraje a sní o veliké výhře. Když se mu konečně povede vyhrát, touží hrát znovu a znovu, aby první výhru zopakoval. Je velmi optimistický a hraje stále častěji a s většími obnosy peněz. Ke konci této fáze hraje sám a o společnost jiných hráčů nestojí.

- Ve **stadiu prohrávání** už jedinec patologickému hraní propadl. Myslí stále na hru, nic jiného ho nezajímá, zanedbává své zdraví, práci i rodinu a začíná se zadlužovat. Ubývající finanční prostředky ho nutí k tomu, aby si půjčil od přátel a známých, kterým ale dluhy nesplácí. Když už si nemá kde půjčit, může se uchýlit k nezákonným praktikám. Občas si vážnost situace uvědomí a snaží se hraní omezit či s ním úplně přestat, často neúspěšně. Rodina a přátelé u hráče pozorují změny v chování, je podrážděný, bezohledný a uzavřený, snaží se před nimi svůj problém skrýt. Rodina touto situací většinou trpí.

- Ve **stadiu zoufalství** dochází k vyhocení situace. Hráč stále tráví nejvíce času hraním nebo myšlenkami na tuto činnost. Dochází k rozpadu rodinného života a k rozvodům. Důvěra blízkých už je ztracena a nemocný je na tom špatně i psychicky. Obviňuje z nastalé situace sebe i druhé, lituje se a má výčitky svědomí. Ty ho přesto nedonutí ke skoncování s hrou, naopak urychlí zhoršení psychického stavu, jedinci propadají zoufalství, hroutí se a pomýšlí na sebevraždu. Mohou se dopouštět vážnějších trestních činů a následně se dostat před soud.

Jiní autoři (např. Vágnerová, 2004) popisují čtyři fáze vzniku závislosti na hře: fáze rekreačního hraní, fáze vázanosti na výhru, fáze závislosti na hře a fáze sociálního selhání. Poslední tři stádia přibližně svým obsahem odpovídají výše zmíněným stádiím. **Fáze rekreačního hraní** by se dala zařadit před stádium výher. V této fázi jedinec ještě dokáže regulovat jak časový, tak finanční limit hry. Do hry investuje jen menší a předem určenou sumu peněz, uvědomuje si reálně možnost výhry a ta pro něj nemá primární význam. (Vágnerová, 2004)

Typické znaky, se kterými se lze setkat u patologických hráčů, jsou změny emočního prožívání, změny v uvažování a hodnocení, v motivaci a v hodnotovém systému, změny v chování. Z hlediska emočního prožívání je charakteristické nutkání ke hře doprovázené vnitřní tenzí a rozmrzelostí, které zmizí až po usednutí k automatu a započetí hry. Hra v jedinci vyvolává příjemné pocity. Po ukončení hry cítí výčitky a lítost, přesto ale nedokáže příště automatům odolat a začíná nový koloběh tenze-uspokojení-lítost. Oblast kritického uvažování je také poznamenaná. Nemocný člověk je pohlcen vtíravými myšlenkami na hru a na velké peníze, které by mohl vyhrát. Nedokáže reálně uvažovat a hodnotit pravděpodobnost výhry. Vhled do situace je omezený, hráč je ovládán vidinou výhry a ani po opakovaných prohrách si neuvědomuje, že mnohem pravděpodobnější je, že přijde o vše. Hlavním motivem, který hráče pudí, aby se stále vracel k automatům, je vidina zbohatnutí. Nejde tedy jen o samotnou činnost, ale i o možný výsledek této činnosti. Často se hráči vrací do heren s úmyslem dostat z automatu peníze, které předchozího dne prohráli nebo přijít na systém, který přístroj řídí, aby tak opět získali své vysněné bohatství. Změny v chování jsou jasné na první pohled. Člověk tráví veškerý volný čas v hernách a ničemu jinému se nevěnuje. Pokud jedinec přijde o práci, tráví

u automatu klidně celý den. Zadlužený hráč ovládaný svou vášní ztrácí morální zábrany a dopouští se kriminálních činů, jejichž cílem je získat prostředky pro hru. V důsledku patologického hráčství se tedy dopouští sociální patologie a stává se nebezpečným pro společnost. (Vágnerová, 2004)

1.5 Proces uzdravování

Stejně jako proces propadání hře i proces uzdravování může mít obvykle tři stádia. (Nešpor, 1996)

- Ve **stadiu kritičnosti** hráč hledá pomoc, opouští své fantazie a přijímá realitu. Spolu s ukončením hry začíná řešit své problémy, naplňuje si splácení dluhů a vrací se do práce. Uvažuje jasně a zodpovědně.
- **Stadium znovuvytváření** je důležité pro rodinný život, který se začíná dávat dohromady. Abstinující hráč začíná splácet dluhy a chová se zodpovědně. Svým chováním postupně získává zpět důvěru svých blízkých, což se odráží i v lepší rodinné atmosféře. Jedinec tráví volný čas s rodinou a vrací se ke svým koníčkům nebo si nachází nové. Abstinující hráč si více váží sama sebe a má jasné představy o budoucím životě.
- **Fáze růstu** je vyvrcholením předchozího stádia. Bývalý hráč už nemyslí na hru, plně se soustředí na svůj „nový“ život.
(Nešpor, 1996)

1.6 Léčba patologického hráčství

Dvěma základními možnostmi pro patologické hráče, kteří chtějí s hraním přestat, jsou ambulantní a ústavní léčba. Ambulantní léčba spočívá v setkávání abstinujících hráčů v terapeutické skupině, kterou vede odborník nebo v individuálních schůzkách jedince s terapeutem, popřípadě v kombinaci obou variant. Příkladem takového působení jsou terapeutické skupiny, které se scházejí

každou středu od 16:30 v Psychiatrické léčebně Bohnice pod vedením primáře MUDr. Nešpora, CSc. a A. Scheansové, PhD. Další možností, kterou odborníci doporučují vážnějším případům patologického hráčství, ve kterých nestačí léčba ambulantní a kde hrozí sebepoškozování nebo páchání trestné činnosti, je léčba ústavní, která probíhá např. ve vybraných pavilonech Psychiatrické léčebny v Bohnicích, např. v pavilonech číslo 31 a 35. Léčba patologického hráčství má podobné schéma, jako je tomu u léčby látkových závislostí. Existuje také svépomocná organizace Anonymních hráčů, která v ČR vznikla po vzoru americké organizace Gamblers Anonymous. Vedení této organizace mají na starosti hráči samotní.

Během léčby nebo pravidelných setkávání se abstinující hráči např. učí, jak omezit riziko relapsu, jak se správně motivovat, jak odmítnout pozvání k hazardní hře, jak upravit svůj denní režim apod. Abstinující hráči by se měli vyhýbat místům, kde by přišli do kontaktu s automaty, přerušit kontakty s rizikovými známými, v ideálním případě by se měli vyhnout požívání alkoholu nebo jiných látek, které snižují ovládací schopnosti člověka. Co se týče financí, neměli by při sobě nosit velké částky peněz a jejich hospodaření, případně přidělování, by měla mít na starost manželka, partnerka nebo jiná blízká osoba. Vybírání větší částky peněz by mělo být podmíněno dvěma podpisy. Hráč by si měl vytvořit jakýsi splátkový kalendář a rozvrhnout si, kolik peněz bude komu vracet a tyto osoby o svém plánu informovat. Nalezením nových zájmů a zdravým trávením volného času dojde k omezení rizik relapsu. Často abstinujícím hráčům pomáhá nadále pravidelně docházet na setkávání se spoluabstinenty a výměna zkušeností a zážitků. (Nešpor, 1996)

2. Zdroje opory

2.1 Sociální opora

Proces vypořádání se s patologickým hráčstvím a uzdravení lze stručně rozdělit do tří fází. Prvním momentem je rozhodnutí patologického hráče o započítí abstinence. Dalším krokem je převedení tohoto rozhodnutí do praxe. Hráč buď může

nastoupit ústavní léčbu nebo docházet na terapeutické skupiny. Riziko relapsu je většinou vysoké. Aby se jedinec rozhodl se svou vášní přestat, potřebuje mít nějakou motivaci či impuls, který se pro něj motivem stane. Může se jednat o motivaci negativní, např. hrozba rozvodu, rozpadu vztahu, vyhození z domova, z práce apod., či o motivaci pozitivní, např. touha po novém, lepším životě, snaha zachránit partnerský vztah, vylepšit mínění svých blízkých o své osobě, dokázat sobě, že na to mám atd. V následujících dvou fázích hraje motivace také velmi důležitou roli, avšak do popředí se dostává podpora, kterou jedinec potřebuje, aby ve svém snažení vytrval. Této podpoře se říká také sociální opora. Sociální oporou rozumíme pomoc, kterou poskytují lidé člověku, který se nachází v zátěžové situaci nebo v těžkém životním období. (Křivohlavý, 1999) Zdrojem této opory bývá nejčastěji primární skupina jedince, tedy rodina a nejbližší přátelé. Jinými poskytovateli mohou být např. i členové zdravotnického personálu, terapeuti, duchovní vůdci. Výzkumy ale ukázaly, že nejdůležitější a také nejúčinnější oporou pro člověka jsou jeho nejbližší. Přesto velký význam pro jedince nemusí mít pouze jeho nejbližší. Člověk je obklopen nejen rodinou a přáteli, ale také spolužáky, spolupracovníky, spoluhráči atd. Tito jedinci, s nimiž vstupujeme do interakce, tvoří určitou sociální síť a kdokoliv z nich může v těžké situaci pomoci. (Křivohlavý, 1998) Se sociální oporou se lze setkat v různých formách, patří mezi ně naslouchání partnerovi, technická pomoc, výzva k aktivitě, emocionální pomoc, emocionální povzbuzování, sdílení skutečnosti s člověkem, který je v těžké situaci, uspokojování sociálních potřeb. Do jejich výčtu patří potřeba afiliace přátelského vztahu, sociální vzájemnosti, sociální komunikace, sociálního srovnávání, spolupráce, zajištění sociálního bezpečí, sociálního zařazení, sociální identity, kladného sociálního hodnocení. (Křivohlavý, 1999)

Hráči, kteří se nacházejí v pokročilých stádiích nemoci, již vztahy se svými blízkými téměř neudržují, tím nemohou být ani uspokojovány jejich sociální potřeby. Potřeba sociálního zařazení, kladného sociálního hodnocení a potřeba sociální identity se pro ně v jejich stavu často stávají důvody a motivy pro skončení s hraním. Blízcí lidé mohou být pro jedince motivem proč přestat, podporou v abstinenci, ale také tím, kdo zabrání hrozícímu relapsu. Vyšší míra vnímané sociální opory totiž snižuje pravděpodobnost stresové situace a zlepšuje jedincovy dovednosti ve zvládnání těchto situací. (Křivohlavý, 1999) Stres má na abstinující hráče velmi

negativní vliv, protože oslabuje celkový organismus člověka a oslabený člověk hůře odolává cravingu (bažení). Abstinující hráč, který vnímá podporu svého okolí, je tedy více „v pohodě“ (well-being) a hrozba relapsu se díky tomu zmenšuje. Řada výzkumů zaměřujících se na účinky sociální opory se věnovala jejímu vlivu na nemocné jedince. Z výsledků vyplynulo, že „dobrá kvalita“ sociální opory se projevuje urychlením procesu uzdravy pacientů, snížením potřeby léků v průběhu léčby a lepším celkovým stavem pacientů.“ (Křivohlavý, 1998) Tento poznatek lze aplikovat i na nemoci duševního rázu, tedy i na patologické hráčství.

2.2 Motivace

Motivace je „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.*“ (Plháková, 2003, s.319) Motivaci můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnější motivace se uplatňuje, je-li nějaká činnost prováděna za účelem odměny. Může jít např. o situaci, kdy se patologický hráč rozhodne abstinovat, aby nepřišel o peníze. Motivace vnitřní není poháněna odměnou, ale vlastní uspokojující činností. Hráč přestane chodit do heren, aby měl dobrý pocit sám ze sebe. V případě vnitřní motivace jde tedy o překonávání překážek a o schopnost řídit vlastní život. Terapeuti pracující se závislostmi dávají důraz především na motivaci vnitřní. Uvádějí, že opravdová šance na vyléčení se objevuje až v okamžiku, kdy se nemocný vnitřně rozhodne, že chce se závislostí/patologickým hráčstvím skončit. (Plháková, 2003)

Maslowova známá teorie potřeb seznamuje s pěti stupňovanými skupinami potřeb.

1. Fyziologické potřeby - žízeň, hlad, spánek, sex
2. Potřeby bezpečí - jistota, spolehlivost, osvobození od strachu, potřeba pořádku, zákona
3. Potřeby lásky - potřeba někam patřit
4. Potřeby uznání - potřeba dosažení úspěšného výkonu, prestiže
5. Potřeby seberealizace - potřeby týkající se sebenaplnění člověka

Jedinci hrající na automatech postupem času své vášni více a více propadají. Spolu s prohlubováním jejich problému dochází ke stále většímu zanedbávání výše zmíněných potřeb. Lépe řečeno, všechny tyto potřeby jsou odsunuty daleko do pozadí za největší potřebu – hazardní hru. Kvůli hře jsou ochotni o mnohé přijít a mnohé riskovat. Pro peníze na hru jsou schopni dopustit se trestné činnosti a ani hrozba vězení je mnohdy nedokáže odradit. Hra je tím největším a nejsilnějším motivem jejich života. Při následné léčbě se využívá této veliké moci motivace, která může sloužit i k pozitivním účelům. Při léčbě se terapeut snaží, aby si hráči uvědomili o kolik se měli hůře, když byli ještě ovládáni hrou (tzv. negativní motivace).

Kromě výše zmíněných potřeb hraje při léčbě patologických hráčů velkou roli také výkonová motivace, konkrétně práce s potřebou dosažení úspěšného výkonu nebo potřebou vyhnout se neúspěchu a s tím související potřeba sebeurčení. Potřebu sebeurčení bychom mohli označit také jako „přesvědčení o vlastní zdatnosti“. Lidé potřebují mít o vlastní osobě dobré mínění. Důkazem toho je existence mnoha obranných mechanismů, díky kterým člověk případné nepříznivé informace o vlastní osobě automaticky vytěsňuje nebo zpracuje jiným způsobem. Potřeba kladného sebehodnocení mnoho hráčů motivuje k abstinenci. Jejich cílem je, aby si mohli vážít sama sebe a aby si dokázali, že svého „nepřítele“ dokážou porazit. *„Výkonnost jedince závisí na tom, zda se součástí jeho osobní identity stane přesvědčení o vlastní autonomii, kompetenci a schopnosti efektivně jednat.“* (Plhánková, 2003, s.384-385)

Touha po pocitu vlastní hodnoty jedince nejen pohání k překonání vlastní slabosti, ale pokud se mu povede si tento pocit vypěstovat, je významným zdrojem sebeovládání a sebedůvěry pomáhající mu v abstinenci.

Teoretická část speciální

II. TEORETICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ – PROGRAMY SEBE-VYLOUČENÍ

3. Programy sebe-vyloučení jako brána k další léčbě

Účelem teoretické části diplomové práce je především nastínit možnost léčby problémového hráčství pomocí uceleného programu sebe-vyloučení (self-exclusion), který může sloužit jako doplňková léčba k léčbě ústavní a/nebo ambulantní, ale též jako samostatná nebo dokonce i jako preventivní pomoc. Programy sebe-vyloučení představují efektivní způsob léčby a prevence, který je možné kombinovat se všemi dalšími dostupnými programy a terapiemi. (Ladouceur, Sylvain, Gosselin, 2007) Kombinace s běžně zavedenými postupy léčby je žádoucí. Programy sebe-vyloučení však mohou fungovat jen ve vyspělých zemích a to za podpory jurisdikce. V dohledné době je proto nemyslitelné, aby podobný program mohl fungovat v České republice. Důvodem je nepotlačování hazardních her státem, ale spíše jejich podpora a dále celkové nastavení české společnosti, která hazardní hraní dosud za problém nepovažuje a hazardní hráče nijak nestigmatizuje. Přesto je však potřebné a důležité tuto možnost efektivní (doplňkové) léčby v České republice zviditelnit. Jedině se znalostí efektivního modelu lze pomýšlet na žádoucí změny v české jurisdikci a zkvalitnit pomoc českým problémovým hráčům tak, jako je tomu v některých jiných částech světa.

Cílem diplomové práce není obsáhnout veškeré detaily programů sebe-vyloučení, které se liší podle konkrétních jurisdikcí. Cílem je nastínit program obecně jako ucelený a efektivně fungující systém léčby a prevence problémového hráčství. Programy sebe-vyloučení demonstrují závažnost problematiky patologického hráčství a jeho negativní dopad na jedince a potažmo i na celou společnost ve světě a tedy i u nás.

3.1 Sebe-vyloučení a uživatelé programu

Čím více se usnadňuje dostupnost hazardních her, tím více přibývá patologických hráčů a zvyšuje se tak požadavek na uskutečnění efektivních terapeutických a preventivních intervencí, které by mohly být zároveň systematicky hodnoceny. (Ladouceur, Jacques, Giroux et al., 2000). Podle autorů se jedná o neinvazivní metodu vhodnou pro hráče, kteří mají problém své herní aktivity kontrolovat a kteří zároveň ještě nejsou připraveni vyhledat profesionální pomoc. Programy sebe-vyloučení mohou problémovým hráčům poskytnout snadnější schopnost sebekontroly. Nejsou nicméně ještě plně vytvořeny a následkem toho dosud není provedeno mnoho výzkumných studií, zabývajících se problematikou programů sebe-vyloučení.

Sebe-vyloučení je metoda a procedura, která je nejčastěji realizována herním průmyslem. Již z tohoto důvodu je její zavedení v České republice prozatím nemyslitelné, protože pro její fungování je potřebná změna zákona. Účelem metody je minimalizovat negativní dopad hráčského chování na problémové hráče. Program umožňuje osobám, které se domnívají, že mají nebo mohou mít problém s hazardním hraním, vstoupit dobrovolně do programu a tím samy sebe vyloučit z možnosti navštívit jedno nebo libovolné množství míst, kde je hazardní hra provozována. Toto vyloučení může být dvojí: permanentní nebo časově ohraničené. Vstup do programu sebe-vyloučení je většinou iniciován hazardním hráčem samotným, ale v některých případech je možné, aby vstup do programu iniciovali i rodinní příslušníci nebo další osoby.

V naprosté většině případů je program využíván hráči, kteří vykazují symptomy shodující se s diagnostickými kritérii patologického hráčství. Do programu mohou ale vstoupit i hráči problémoví nebo rekreační, například z důvodu rozpoznání raných znaků problémového hráčství a z obavy z možných budoucích problémů. Program tak může sloužit i jako preventivní opatření. Celý proces a postihy v programu sebe-vyloučení se mohou lišit podle jurisdikce té či oné země, ve které program probíhá. Jak již bylo řečeno, účelem diplomové práce není obsáhnout specifika vážící se k jurisdikci, ale představit program sebe-vyloučení jako ucelený a efektivní systém léčby a prevence tak, jak obecně funguje.

Je zřejmé, že programy sebe-vyloučení patologickým hráčům nenahrazují formální odbornou psychologickou péči, ale spíše představují možnost okamžité pomoci a zabránění dalším finančním ztrátám a psychickým, sociálním a jiným problémům. Jedinec, který se do programu zařadí dobrovolně, dává najevo, že si uvědomuje, že jeho hraní je nadměrné (nebo se takovým může stát) a že způsobuje újmu v některé oblasti nebo oblastech jeho vlastního života. Zároveň jedinec dobře chápe, že on sám je za své hraní odpovědný, tuto odpovědnost přebírá a svou motivaci demonstruje aktivní účastí v procesu sebe-vyloučení. V neposlední řadě je důležité, že sebe-vyloučení může být vstupní bránou k další odborné léčbě této závislosti. Na programy sebe-vyloučení je také třeba nahlížet jako na systém s velkým přesahem do sociální práce, jak ukáží následující řádky.

3.2 Obecné principy

Jak již bylo řečeno, programy sebe-vyloučení (tzv. self-exclusion programs) jsou programy pro problémové hráče koncipované herním průmyslem za účelem omezení přístupu k herním aktivitám. Tento typ programů je realizován v USA, Kanadě, Austrálii, v Jižní Africe, Francii, Švýcarsku, Norsku a v Polsku. Někteří autoři uvádějí, že asi 0,2% - 2,1% populace splňuje kritéria diagnózy patologického hráčství. (Shaffer, Hall, 2001; Shaffer, LaBrie, LaPlante et al., 2004). Jen málo patologických hráčů, navzdory jasným psycho – sociálním příčinám a/nebo důsledkům, vyhledá profesionální pomoc. Podle National Gambling Impact Study Commission (1999) a Productivity Commission (1999) vyhledají patologičtí hráči ve Spojených Státech a v Austrálii pomoc pouze ve 3 – 10 procentech případů (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007). Mezi tuto pomoc jsou počítány i svépomocné skupiny, jako jsou např. Anonymní hráči (AH, angl. Gamblers Anonymous, GA). Někteří problémoví hráči ovšem mohou začít a vydržet abstinovat bez formální odborné pomoci. Někteří autoři dokonce předpokládají, že až 39% problémových hráčů dosáhne „přirozeného uzdravení“ (tzv. „natural recovery“) (Hodgins, Wynne, Makarchuk, 1999).

Filosofie programů sebe-vyloučení je založena na přijetí zodpovědnosti herním průmyslem a na přijetí zodpovědnosti hazardním hráčem. Podle této filosofie

je herní průmysl zodpovědný za vytvoření *bezpečného* herního prostředí a má minimalizovat negativní dopad na hazardní hráče, kteří vykazují známky problémového hráčského chování. Jedním z principů programů sebe-vyloučení je, že herní průmysl je ochoten uznat, že někteří hazardní hráči hrají nadměrně a to tak, že hraní způsobuje problémy v jejich soukromé, pracovní, sociální a/nebo jiné sféře života a dále že mají problémy své hráčské chování ovládat. Efektivní program založený na základě sebe-vyloučení spolupracuje se zaškolenými specialisty na tuto problematiku. Specialista musí být snadno dostupný a informace by měly být co nejsrozumitelnější. Dále je žádoucí, aby vstupní formální procedura byla co nejjednodušší. V neposlední řadě je důležité zajistit takové podmínky a procedury, aby bylo možné efektivně zjistit přestupky hráčů proti pravidlům programů sebe-vyloučení (tedy vstup popřípadě i hazardní hraní v zakázaných herních prostředích).

Vysoké nároky jsou zároveň kladeny na hazardní hráče samotné. Ti musí uznat zodpovědnost za vlastní hazardní hraní a hráčské chování udržet v přijatelných mezích. Znamená to, že hráčské chování by nemělo překročit hranici problémového hráčství. Při současných typech léčby (programy sebe-vyloučení nevyjímaje) se mnohdy může stát, že zodpovědnost za problémové hraní je přenesena na pomáhající profesionály. Takoví pacienti pak mohou opakovaně relapsovát a je nutné, aby se do léčby vraceli opakovaně. Programy sebe-vyloučení, jak je z výše uvedeného patrné, nejsou léčbou založenou na psychologické intervenci, a proto vyžadují přijetí zodpovědnosti za hráčské chování a za svou léčbu hráčem samotným. Důležité je to, že zároveň předcházejí vzniku relapsů už jenom tím, že hráč si prostě nemá kde zahrát.

Podle Blaszczynského, Ladouceura a Nowera (2007) mohou být tyto programy nahlíženy jako na bránu vedoucí k léčbě, která by měla být založena na systému nezávislých poradců pro sebe-vyloučení, jejichž úkolem a zároveň odpovědností je hazardní hráče informovat o účelu a průběhu programu. Poradci dále pomáhají hráčům se do programu začlenit a absolvovat jej, poskytují poradenství, motivují je a dále monitorují úspěšnost jednotlivých uživatelů i celého programu. Žádoucí je též nasměrovat hazardního hráče k další odborné péči. Tato nezávislá složka programu dále prověřuje poradce pro programy sebe-vyloučení a jejím obecným úkolem je celková nezávislá kontrola programu. Takový systém

sebe-vyloučení doplněný nezávislymi vyškolenými poradci zajišťuje maximální možnou objektivitu a efektivnost. (Více o navrhovaném systému viz. kapitola 3.3 diplomové práce).

Zodpovědností hazardního hráče je rozpoznat a akceptovat existenci problému a být ochoten a motivován se s ním vypořádat. To je samozřejmě jeden z nejtěžších úkolů, se kterým se problémový hráč setká, chce-li se svou závislostí bojovat. Jak již bylo řečeno, iniciovat začlenění do programu může např. i rodinný příslušník nebo jej může doporučit i terapeut. Sebe-vyloučením je možné snížit riziko relapsů (např. při stavech sníženého sebeovládání jako je únava apod.), dalších finančních ztrát a bolestných zkušeností pro hráče samotného i jeho rodinu.

Programy sebe-vyloučení, co se vstupu do programu týče, jsou jistě metodou poněkud invazivní. Jsou ovšem založené na dobrovolnosti vstupu do programu a je důležité, že jsou oceňovány a využívány samotnými problémovými hráči.

Podle některých autorů jsou programy v současné době oslabovány přílišnou orientací na externí kontrolu programu namísto orientování se na přebírání zodpovědnosti hazardními hráči za své hráčské chování (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007). Hráči jsou aktivní v iniciování vstupu do programu, ale po této fázi se již stávají pasivními. Svou zodpovědnost přesunou na místa, kde probíhají herní aktivity a odkud jsou vyloučeni a spoléhají se na jejich metody odhalení možných relapsů a zajištění účinnosti programu (tj. vyloučení z herních míst). Takové chování však do budoucna hazardním hráčům abstinovat nepomůže. Hráč se musí naučit zvládat stres, bažení (craving) po hazardní hře a další dovednosti potřebné k úspěšné abstinenci namísto naučení se maladaptivních strategií chování. Autoři proto navrhují model aktivního přístupu samotných hazardních hráčů, jejich osobní zodpovědnosti a možnost účasti v dalších podpůrných terapeutických nebo poradenských programech. Tento navrhovaný systém představuje programy sebe-vyloučení pouze jako první krok k abstinenci, jako bránu vedoucí k další léčbě, jako podpůrnou, nikoliv konečnou terapii. Další terapeutické služby by podle autorů měly zahrnovat poradenství a/nebo terapii, nácvik zvládání stresu a optimální řešení problémů, finanční poradenství a svépomocné skupiny jako jsou například Anonymní hráči. Hodnocení úspěšnosti léčby hráče by umožňovalo prodloužit podle potřeby

a dohody dobu sebe-vyloučení. (Více o navrhovaném systému viz. kapitola 3.3 diplomové práce).

Účast v programu sebe-vyloučení může problémovým hráčům zajistit efektivní bariéru v přístupu k hazardním hrám a tímto způsobem eliminovat nebo alespoň redukovat bolestné zkušenosti s patologickým hráčstvím spojené.

3.3 Navrhovaný model programu sebe-vyloučení podle Blaszczynski, Ladouceur a Nower (2007)

Navrhovaný model sebe-vyloučení vychází z dlouhodobých zkušeností autorů a výzkumů efektivnosti programů sebe-vyloučení a plně navazuje na fungující systém programů. Navrhovaný prototyp funguje jako celek poskytující neustálou zpětnou vazbu mezi jednotlivci, poradci, personálem herních míst a další léčebnou podporou. Filozofií modelu je převzetí zodpovědnosti klientem namísto pasivního modelu, který hráče pouze sankcionuje za případné přestupky proti pravidlům. Navrhovaný model naopak klienta staví do středu zájmu a učí jej dovednostem a schopnostem nutným pro zdárnou (celoživotní) abstinenci. Model se zaměřuje na získání vnitřní kontroly hráče nad svým hráčským chováním. Jak již bylo řečeno, tento model představuje vstupní bránu do další komplexní léčby a komunitních zdrojů, které přesně odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007)

Na rozdíl od současného programu sebe-vyloučení, který je postavený na kontrolování a trestání případných přestupků, navrhovaný model využívá kvalifikovaný existující odborný systém poradců, kteří hráče v dalších možnostech léčby podporují a usnadňují mu získat vnitřní kontrolu nad hráčským chováním. Každý jednotlivý poradce pro sebe-vyloučení je odborně zaškolený pro práci s problémovými hráči a pro poskytování další potřebné pomoci. Poté, co se hráč dobrovolně zapíše do programu, je poradcem kontaktován. Poradce řeší se svým klientem jeho motivaci, nabízí mu další možné druhy léčby a podpory, jako je například telefonická pomoc, terapeutické programy, skupiny Anonymních hráčů, finanční poradenství, trénování potřebných dovedností apod. Poradce také pořádá

školení zaměřené na vysvětlení účelu programů sebe-vyloučení, informuje účastníky o konceptu programu, o možných rizicích a o průběhu léčení závislosti a nabízí možné druhy terapií a další pomoci. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007)

Ačkoliv primární odpovědnost je kladena na hazardního hráče, aktivní účast herních míst v programu je klíčová. Vzhledem ke zkušenostem s jurisdikcí v České republice, která podobnou léčbu neupravuje a neumožňuje, je nutné hovořit o právní úpravě jako o prvotním předpokladu fungování podobného systému léčby.

Herní místa mají provádět kontinuální péči a kontrolu nad dodržováním podmínek programu. Autoři ovšem upozorňují na to, že systém kontroly není dokonalý a porušení pravidel programu je možné. Herní místa by proto měla být schopna veřejně poskytovat data, dokumentovat přestupky, školit svůj personál a mít nad ním dohled. Personál musí být schopný poskytovat fungující služby těm hazardním hráčům, kteří o ně projeví zájem. Navrhovaný model po herních místech zároveň požaduje školení personálu, který je schopný iniciovat a usnadnit prvotní kontakt a vstup do programu, dále by personál měl hráče na možnost vstupu do programu upozorňovat a poskytovat odborné a ověřené informace. Neméně důležité je správné vedení protokolů o sebe-vyloučených hazardních hráčích pro jejich snadnou identifikaci a dohledání v případě porušení pravidel programu. Herní místa také musí pravidelně spolupracovat s nezávislým auditorem při náhodných kontrolách a za nespolečnosti by měla být sankcionována. Tato myšlenka musí být však teprve rozpracována. Podle autorů by takové požadavky průhlednost procesu sebe-vyloučení zvýšily a jeho účastníky motivovaly.

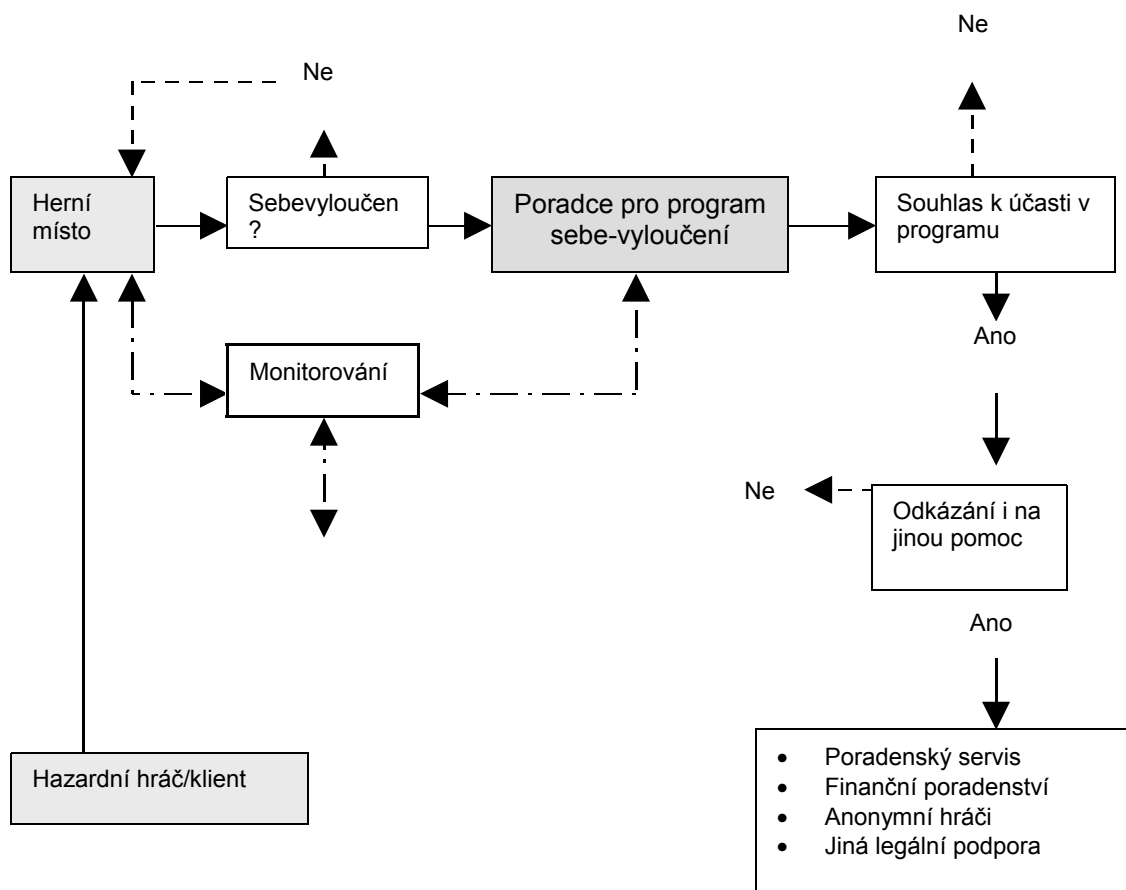
Jak již bylo zmíněno, vedle poradců pro sebe-vyloučení je navrhovaný model doplněn nezávislými auditory, jejichž hlavním úkolem je poskytovat zprávy popisující celý proces, jeho efektivnost, aktivitu herního průmyslu a jeho uživatelů, stejně tak jako vedení konzultací s poradci a personálem herních míst.

V optimálním případě by navrhovaný model vypadal takto:

Schema 3.1: Navrhovaný model programu sebe-vyloučení

(Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007)

Model sebe-vyloučení: Schematická prezentace



Ideálně by tedy procedura podle navrhovaného modelu probíhala asi takto:

1. *Hazardní hráč/klient:* Vstupní proces je iniciován hráčem samotným. Hráč může být poučen z informačních brožurek a nebo jiných materiálů, od jiných hráčů apod. Na základě svých informací kontaktuje personál herního místa nebo přímo poradce pro sebe-vyloučení. Personál je dobře zaškolený a podává hráči potřebné informace. To je jediným úkolem personálu. Jejich úlohou není poskytovat žádný léčebný servis, ale pouze empaticky poskytnout hráči relevantní informace.
2. *Herní místo:* Personál herního místa hráče odkáže přímo na poradce pro sebe-vyloučení. Ten přijme naléhavé případy okamžitě, ostatní od 24 do 48 hodin. Časová prodleva může hráči umožnit se zklidnit a učinit tak informované

rozhodnutí. Hráč, který požádá a trvá na okamžitém zařazení do programu sebe-vyloučení má možnost prozatím s personálem herního místa vyplnit a podepsat formulář na 24 hodinové sebe-vyloučení. Tento formulář je poté doručen poradci pro sebe-vyloučení. Hráč sám rozhodne, zda jej může poradce pro sebe-vyloučení na základě poskytnutých osobních údajů kontaktovat a pokračovat v péči. Pokud hráč kontakt odmítne, personál tuto skutečnost do formuláře zaznamená a poskytne mu dodatečné informace o možnosti pozdějšího začlenění se do programu. Hráče poté již nikdo nekontaktuje.

3. *Poradce pro program sebe-vyloučení:* V ideálním případě je dalším krokem setkání s poradcem. Ten nejprve zjišťuje jedincovu motivaci k abstinenci a jeho cíle. Poskytuje klientovi informace a navrhuje vhodnou léčbu. Hráč si poté z nabízených služeb vybere tu, která mu vyhovuje nejvíce, a to i s ohledem na její dostupnost během trvání programu sebe-vyloučení. Dále si vybere délku programu sebe-vyloučení (od 12 měsíců do 5 let). K zařazení do programu sebe-vyloučení stačí podepsat příslušný formulář. Znění a detaily formuláře by měly být pro všechna hrací místa a programy stejné bez ohledu na příslušnou jurisdikci. Během účasti v programu poskytuje poradce klientovi další podporu, hodnocení léčby i poradenství. Pokud klient další kontakt s poradcem odmítne, je tento povinen tuto skutečnost zaznamenat a dále kontaktuje klienta pouze jednou ročně, aby zjistil informace o probíhající léčbě a její úspěšnosti a mohl je zaznamenat.
4. *Účast v programu sebe-vyloučení:* Poradce informuje hráče, který účast v programu odmítl, že jej může znovu kdykoliv kontaktovat a do programu se zapsat.
5. *Konec účasti v programu sebe-vyloučení:* Před koncem dohodnuté účasti v programu sebe-vyloučení poradce klienta kontaktuje a domluví setkání. V programu je poté možno pokračovat a nebo jej ukončit. Klienti, kteří se s poradcem setkají, získají další podporu v pokračující abstinenci. Pokud klient na kontakt nereaguje, účast v programu skončí tak, jak bylo původně naplánováno.

3.4 Porušení pravidel programu sebe-vyloučení

Velmi důležitou a pravděpodobně i klíčovou složkou programů sebe-vyloučení je odhalování a řešení porušení pravidel programu. Hráčova zodpovědnost za své hraní, respektive ne-hraní, musí být vyvážena fungujícím systémem, který je schopný případné relapsy a nedodržení ujednaného chování odhalit a efektivně řešit. Hráč je nicméně podpisem dohody o zařazení do programu sebe-vyloučení srozuměn s tím, že je jeho osobní zodpovědností po dobu trvání programu herní místa nenavštěvovat. Herní místa případné přestupky proti programu zaznamenávají. Tak je možné i empirické ověření efektivnosti programu.

Považuji za nutné dodat, že programy sebe-vyloučení nebyly dosud celoplošně systematicky vyhodnocovány. Proto je obtížné určit ty nejefektivnější tresty za porušení programů sebe-vyloučení.

3.5 Navrhovaný model programu sebe-vyloučení versus stávající koncept programů

Současné programy sebe-vyloučení jsou založeny především na kladení zodpovědnosti nikoliv na hráče samotné, ale na herní průmysl. Stávající programy poskytují problémovým hráčům pouze základní servis. Navrhovaný model zodpovědnost na herním průmyslu zachovává, ale stejný nebo možná ještě větší díl zodpovědnosti klade i na problémové hráče samotné. Základem současného pojetí programu sebe-vyloučení je odhalování a trestání přestupků proti pravidlům programu. Navrhovaný model oproti tomu počítá i s aktivní intervencí, a to zejména formou podpůrného poradenství, vzdělávání apod. Takový systém může problémové hráče povzbuzovat k větší sebedůvěře, usnadňovat dlouhodobou abstinenci a zlepšovat tak kvalitu života. Teprve empirická data mohou rozhodnout o proveditelnosti a účinnosti navrhovaného modelu.

3.6 Vývoj programů sebe-vyloučení

Myšlenka vyloučení hráče z kasina je v hráčském průmyslu výsledkem neformálních trestajících postupů, které byly v historii používány pro hráče, kteří nedodržovali pravidla nebo bylo jejich chování jiným způsobem nevyhovující. Personál kasina takové hráče vyloučil a zakázal jim vstup do kasina. Využití myšlenky vyloučení – a potažmo sebe-vyloučení - jako zákonného prostředku a její zformování do uceleného léčebného systému péče a prevence o problémové hráče, je však poměrně nová. Žádný podobný systém v jiném než herním průmyslu (například v tabákovém nebo alkoholovém) nebyl dohledán. Procedura sebe-prozrazení a sebe-vyloučení je však známa u dárců krve, kteří tak snižovali zdravotní rizika při transfuzi a dárcovství kontaminované krve. Potenciální dárci krve jsou vyzýváni k tomu, aby přiznali rizikové chování, které zvyšuje pravděpodobnost kontaminování krve, jako je rizikové sexuální chování, drogová závislost apod. Tito jsou pak ze systému dárcovství vyloučeni a nebo musí čelit zákonnému trestu pro vědomé klamání. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007)

Koncept sebe-vyloučení začal nabývat reálných rozměrů koncem osmdesátých a začátkem devadesátých let v Severní Americe, Evropě a Austrálii. První formální program sebe-vyloučení byl zahájen v Manitobě v Kanadě v roce 1989 souběžně s otevřením prvního kanadského kasina s nepřetržitým provozem (Nowatzki, Williams, 2002). Podobné programy pak byly zahájeny mezi lety 1993 - 2000 ve všech kanadských provinciích, kde jsou kasina, a to v Britské Kolumbii, Albertě, Saskatchewanu, Manitobě, Quebecu a Novém Skotsku.

V roce 1996 zavedla Missourijská herní komise (The Missouri Gaming Commission) první takový program v USA ve státě Missouri. Následovaly státy Illinois, Louisiana, Michigan, Mississippi a New Jersey.

V současné době probíhají programy sebe-vyloučení v mnoha kasinech po celém světě, a to v Jižní Africe, Polsku, Francii, Švýcarsku, Nizozemí a Austrálii. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007)

3.7 Efektivnost programů sebe-vyloučení

3.7.1 Zahraniční výzkumy – Studie podle Ladouceura, Jacquesa, Girouxa, Ferlanda a Leblonda z roku 2000

Pro zjišťování efektivnosti programů sebe-vyloučení bylo v zahraničí vytvořeno několik studií. Jednou z nich je studie autorů Ladouceura, Jacquesa, Girouxa, Ferlanda a Leblonda z roku 2000. (Ladouceur, Jacques, Giroux et al., 2000). Studie byla provedena na 220 osobách, kteří sami sebe vyloučili z kasina v kanadském Quebecu. Z této skupiny bylo 62% mužů a jejich průměrný věk činil 41 let. Většina těchto sebe-vyloučených zkoumaných osob (95%) byla diagnostikována jako patologičtí hráči. Délka období sebe-vyloučení se u zkoumaných hráčů lišila. 66% hráčů bylo sebe-vyloučeno na 12 měsíců nebo méně a 22% osob z celého vzorku zkoumaných osob na 60 měsíců. Téměř všichni hráči (97%) uvedli, že si jsou jisti tím, že během období sebe-vyloučení kasino nenavštíví. 36% hráčů poté nicméně přiznalo, že pravidla programu porušili a kasino navštívili, a to v průměru 6x za stanovené období. 50% osob ze zkoumaného vzorku dále uvedlo, že hráli i jiné hry, jako je např. video loterie (video-loterijní terminály, ruleta, poker, válcová hra ovoce apod.).

Podle autorů bylo nejdůležitějším zjištěním to, že 30% účastníků této studie podmínky programu sebe-vyloučení splnilo, čímž její aktéři dodrželi podmínky, ke kterým se dobrovolně zavázali a během příslušného období zcela abstinovali. Zbývající dvě třetiny účastníků splnily závazek do té míry, že nenavštívily herní místo, ze kterého byly sebe-vyloučeni, nicméně pokračovaly ve hře někde jinde.

Většina (74%) účastníků výzkumu uvedla, že se do programu sebe-vyloučení zapsali ze své vlastní iniciativy. 11% hráčů uvedlo, že se do programu začlenili na nátlak svého životního partnera, ve 2% na popud rodičů nebo svých dětí, v 6% kvůli příbuzným a ve 4% kvůli přátelům. 39% hráčů uvedlo, že nikdo kromě personálu herny nevěděl, že se programu sebe-vyloučení účastní.

Jak autoři výzkumu předpokládali, 94,4% hráčů, kteří předtím s programem sebe-vyloučení ještě neměli zkušenosti, bylo spokojeno. U těch hráčů, kteří se již

někdy programu zúčastnili, byl stupeň spokojenosti velmi vysoký, a to u 80% účastníků. Pouze 4% hráčů měla na program negativní názor, a to zejména z toho důvodu, že očekávali kromě sebe-vyloučení ještě i další podporu.

Při hodnocení efektivnosti programů sebe-vyloučení jsou důležitá zvolená kritéria, kterými výsledek hodnotíme. Pokud je cílem programu podporovat abstinenci (nikoliv jen zkoumat efektivnost při odhalování porušení pravidel a jejich trestání), potom uvedená studie naznačuje frekvenci neúspěšnosti okolo 70%. Mělo by být nicméně zdůrazněno a vyzdviženo, že sebe-vyloučení, a to i když je porušeno, může vést ke snížení frekvence hraní a tudíž i ke snižování nežádoucích důsledků problémového hráčství a/nebo ke snižování potenciálního rizika zvyšování frekvence hazardního hraní, jako je tomu u většiny patologických hráčů. Pro zjištění stavu hráčského chování po absolvování procedury sebe-vyloučení jsou zapotřebí další výzkumy.

3.7.2 Studie podle O'Neila, Whettona a Dolmana z roku 2003

Další studie vyhodnocující program sebe-vyloučení, kterou je zapotřebí zmínit, byla provedena v Austrálii autory O'Neilem, Whettonem a Dolmanem v roce 2003. (O'Neil, Whetton, Dolman, et al, 2003). Podle některých autorů však tato studie trpí řadou výzkumných chyb a nepřesností (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007). V té době bylo odhadováno, že asi 0,4% - 1,5% hráčů využívá program sebe-vyloučení. Mezi lety 1997 – 2002 vyzpovídali autoři studie 4 083 hráčů. Z této skupiny se sebe-vyloučilo a do programu začlenilo 56% hráčů, a to průměrně z 16,4 herních míst po průměrnou dobu 1,7 roku. 137 hráčů (15%) z 933 hráčů začleněných do programu sebe-vyloučení mezi lety 1996 – 2002 bylo odhaleno z důvodů porušování pravidel programu. Tyto osoby uvedly, že průměrně pravidla porušili v 3,2 případech na osobu.

Tato studie má ale mnoho věcných chyb a je těžké určit, zda jsou zjištěná data reprezentativní a zda je lze aplikovat na širší populaci sebe-vyloučených hráčů. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007) Výzkum se dále zakládal pouze na výpovědích hráčů, žádný monitoring ani ověřování výpovědí nebylo provedeno.

Autoři podali nedostačující informace o systému sběru dat i výběru vzorku.

3.7.3 Studie podle Ladouceura, Sylvaina a Gosselina z roku 2006

Další provedená studie byla zpracována autory Ladouceurem, Sylvainem a Gosselinem. (Ladouceur, Sylvain, Gosselin, 2006). Studie byla zaměřena na zhodnocení změn v hráčském chování a problémů u sebe-vyloučených hráčů. Výzkumníci dále sebe-vyloučené hráče po dva roky sledovali. Toto dvouleté období zahrnovalo průběh programu a sledování hráčů i po ukončení programu. Souhlasící sebe-vyloučení hráči se zúčastnili telefonického interview a byli kontaktováni po 6, 12, 18 a 24 měsících. Výsledky ukázaly, že 73,1% účastníků výzkumu splňovalo kritéria pro diagnózu patologického hráčství. Uvedený výzkum naznačil, že program sebe-vyloučení měl na hráče mnoho pozitivních efektů. Po ukončení programu jeho účastníci při dalším sledování hráčského chování uvedli, že nutkání hrát bylo podstatně redukováno a že jejich sebekontrola vzrostla. Významně se také snížila intenzita negativních zkušeností a problémů spojených s hráčským chováním v každodenním životě, jako je např. míra denní aktivity, sociální život, práce a nálada. Snížily se i skóry pro diagnostiku patologického hráčství (podle DSM-IV). Účastníci tohoto výzkumu tedy převážně vyjadřovali spokojenost a zisky z účasti v programu. Další výzkumy jsou přesto naprosto nezbytné a to nejen pro co možná nejefektivnější poskytování dané služby.

3.7.4 Studie podle Nowera a Blaszczyńskiego z roku 2006

Výzkum podle Nowera a Blaszczyńskiego (Nower, Blaszczyński, 2006) zkoumal genderové rozdíly v demografických charakteristikách a v charakteristikách souvisejících s hazardní hrou na 2 670 problémových hráčích, kteří se do programu zapojili ve státě Missouri, USA a to v letech 2001 – 2003. Autoři vyhodnotili existující data, která jsou uchováována Herní komisí v Missouri (The Missouri Gaming Commission).

Z účastníků bylo 48,4% žen a 51,1% mužů ve věku 21 – 84 let. Studie

poukázala na genderové rozdíly vážící se k demografickému rozložení, znaků hráčského chování, důvodů pro začlenění do programu sebe-vyloučení, zapojení vlastních sil, poradenství a finančních záležitostí.

Sebe-vyloučené ženy byly celkově starší než sebe-vyloučení muži, byly to více Afroameričanky a častěji byly v důchodu, nezaměstnané nebo i jinak vyloučené z pracovního procesu. Ženy také většinou udávaly pozdější začátek svého hazardního hraní a kratší období mezi začátkem hraní a vstupem do programu. Jako své hráčské zaměření častěji preferovaly nestrategické formy hazardních her a typický byl jejich dřívější celkový úpadek. Hlavní motivací pro ženy pro vstup do programu sebe-vyloučení byla touha získat zpátky ztracenou kontrolu, předejít sebevraždě nebo doporučení vstupu od svého poradce. Snaha zachránit manželství byla motivací pro všechny účastníky výzkumu.

Studie byla nicméně limitována vlastní povahou samotného dotazníku, který byl připraven vládními orgány. Dotazník neměřil závažnost problémů spojených s hráčským chováním, ani efektivnost programu po jeho ukončení.

Nedostatky předchozích studií poukazují na nutnost systematického, aplikovatelného výzkumného modelu, který by bylo možno použít pro širokou paletu herních míst a měření výsledků. Takový model musí spočívat na principech, které jsou uvedeny v kapitole 3.2 diplomové práce.

Někteří odborníci (např. O'Neill et al., 2003; Nowatzki, Williams, 2002) celé herní odvětví kritizují, a to zejména kvůli poskytování okrajové podpory v programech sebe-vyloučení a nedostatečné individuální a komunitní touhy po větší efektivnosti. Tato kritika, vzhledem k českým reáliím, kde podobný systém nefunguje a pravděpodobně ještě dlouho fungovat nebude, se zdá být přísná. Odhaluje nicméně rozšířenost a určitou samozřejmost samotných programů sebe-vyloučení. Autoři herní průmysl dále krizují z toho důvodu, že podle jejich názoru průmysl investoval více peněz k obhájení programu sebe-vyloučení než k samotnému zvyšování jeho efektivnosti a vyvinutí integrovaného systému, který by zahrnoval např. i vhodný systém pro monitorování výsledků účasti v programu. Bez takového systému je předčasné činit jakékoli závěry na celkovou efektivnost programu sebe-

vyločení. a to zejména na pozadí toho, že se jeho uplatnění zdá být zatím prospěšné jen malému množství problémových hráčů, kteří si program zvolí.

3.7.5 Česká studie podle Nešpora a Scheansové z roku 2008

Jediná známá studie provedená okrajově na názor patologických hráčů na program sebe-vyloučení byla uskutečněna prim. MUDr. K. Nešporem, CSc. a A. Scheansovou, PhD. v Psychiatrické léčebně v Bohnicích mezi diagnostikovanými patologickými hráči (Nešpor, Scheansová, 2008). Mužům, léčícím se pro patologické hráčství, byl počátkem roku 2008 administrován původní dotazník. Soubor tvořilo 63 mužů ve věku od 18 do 65 let. Na problematiku programu sebe-vyloučení se zaměřovaly dvě otázky, které byly následně se svolením autorů použity i v dotazníku pro tuto diplomovou práci.

Výsledky lze shrnout takto. Na otázku: „Uvítal byste, kdyby patologický hráč mohl podepsat prohlášení, na základě kterého by ho nikde nenechali hazardně hrát?“ odpovědělo „rozhodně ano“: 69 %, „spíše ano“: 26 %, „spíše ne“: 3%, „rozhodně ne“: 2 % mužů. Na otázku „Uvítal byste, kdyby soud mohl nařídit, aby určitého patologického hráče nikde nenechali hazardně hrát?“ odpovědělo „rozhodně ano“: 64 %, „spíše ano“: 16 %, „spíše ne“: 10 %, „rozhodně ne“: 10 % mužů.

95 % respondentů by tedy uvítalo možnost zřeknutí se vstupu do zařízení, kde se hazardní hra provozuje a zamezení přístupu do nich. Závěrem studie autoři píší: *„Tyto tzv. programy sebe-vyloučení („self-exclusion“) patří k efektivním intervencím. Vyžadovaly by však, aby byli provozovatelé hazardních her zákonem nuceni zamezit vstupu osobám, které o to předem požádaly. V České republice provozovatelé hazardu nedokáží nebo nechtějí, zamezit ve vstupu ani nezletilým.“* (Nešpor, Scheansová, 2008)

3.8 Poznámky k programům sebe-vyloučení

Při uvažování o programu sebe-vyloučení a vytvoření jeho nejlepšího modelu, je třeba se vyhnout nerealistickému očekávání úspěšnosti a pomoci a také nadměrné kritice. Program sebe-vyloučení je další mozaikou zapadající do stávajícího systému léčby a prevence, která dosud, vzhledem k rozšiřující se oblibě hazardních her, není dostatečně účinná. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007) Je třeba si uvědomit, že program by neměl být samostatnou a jedinou doporučovanou cestou, jak pomoci problémovým hráčům. V první řadě, ať již hráč zvolí jakýkoliv typ léčby, je třeba realisticky zvážit zodpovědnost každého jednotlivého hráče za své hraní a její limity. Zodpovědnost je ale zároveň třeba vidět i v herním průmyslu, v účinné zákonné a politické pomoci a v dalších zainteresovaných odbornících na problémové hráčství. V neposlední řadě i sama společnost je zodpovědná za svůj přístup a náhled na závislost, jakou patologické hráčství je.

Podle některých autorů (Napolitano, 2003) je nutné, aby hráč v první řadě pochopil, že dohoda o sebe-vyloučení mezi ním samotným a herním průmyslem není vymahatelná zákonem. Zákon program sebe-vyloučení umožňuje, netrestá však možné přestupky. Program tak může pomoci pouze v tom případě, že je zodpovědnost rozdělena na obě strany. Ukazuje se, že tento systém v zahraničí funguje dobře. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007) Postavení herního průmyslu v Severní Americe je jiné a je proto možná těžké pochopit, že herní průmysl se sám snaží zakládat a vést preventivní programy. Na herní průmysl není zdaleka nahlíženo jenom jako na zábavu a neškodnou kratochvíli, ale i jako na věc, která stojí daňové poplatníky mnoho peněz (rozvedeno v bakalářské práci na téma Patologické hráčství – výzkumná sonda do života hazardních hráčů v Rychnově nad Kněžnou). Hazardní hra je proto spíše vytlačována na okraj a do specializovaných herních míst.

Právním hazardního hráče je a má být možnost kontaktovat vyškolený personál kasina a podepsat žádost o přijetí do programu a sebe-vyloučit se tak z určitého herního místa, a to na libovolnou dobu trvání, je-li třeba, tak i na celý život. Začleněním do programu hráč zároveň souhlasí s tím, že v případě porušení pravidel (tedy v případě vstupu do kasina) je z něj vyveden, a toto jeho porušení

je zaznamenáno. Je srozuměn s tím, že v případě výhry je jeho výhra zkonfiskována (jako je tomu např. ve státě Illinois v USA) nebo je při porušení pravidel účastník na určitou dobu zavřen do vězení (jako je tomu např. ve státě Missouri v USA) nebo že zaplatí pokutu (jako např. v New South Wales v Austrálii). Účast v programu přitom zůstává nezměněna. Účastník také souhlasí s tím, že nedostává žádné propagační materiály daného kasina, a to v žádné, tedy ani v elektronické či jiné formě.

Principem programu, jak již bylo několikrát řečeno, je tedy eliminování hráčského chování na základě zakázání vstupu do herních míst. Ukazuje se, že tato myšlenka je jednou z možných cest při léčbě a prevenci patologického hráčství a je nutné, aby byla známa a aby byla i v České republice umožněna alespoň akademická debata na toto téma. Poté je teprve vůbec možné uvažovat i o dalších možnostech zavedení programu sebe-vyloučení i u nás. Cílem programu je logicky úplná abstinence a sebe-vyloučení se tak stává protikladem ke kontrolovanému hráčství.

Zcela jasný úmysl programu sebe-vyloučení, tedy vyloučení hráče z herních míst a působit tak na něj i preventivně, se na první pohled zdá jako pomoc ne zcela psychologická. Je však možné se domnívat, že i když program sebe-vyloučení nepracuje např. s iracionálními představami hráčů nebo když nevyužívá psychologických a psychoterapeutických metod k obnovení snížené sebekontroly, rozhodně by neměl být chápán jako pomoc zcela nepsychologická nebo jako pomoc, která přichází až po neúspěšné léčbě. Program může být tím, co vede nebo spoluvěde patologického hráče k uzdravení, co zvyšuje jeho motivaci, co mění a spolumění náhled na jeho situaci, na svůj život a na své iracionální myšlenky. Z toho pohledu se o psychologickou pomoc jedná a z pohledu hráče je téměř lhostejné, kterou metodou bylo zlepšení docíleno. Přesto je program sebe-vyloučení za svou jednoduchou myšlenku a zdánlivě nepsychologický typ pomoci často kritizován (O'Neill et al., 2003).

V tomto kontextu je však ještě dobré vzít v úvahu to, že jasnost, srozumitelnost a jednoduchost programu (včetně velmi jednoduchého vstupu do něj), může být prvotní bránou, která otevírá pomyslné dveře k další léčbě.

Pro problémového hráče může být těžké vyhledat odborníka, domluvit si s ním setkání nebo se jít informovat do nemocnice. Zajít však do kasina, kde to dobře zná a vyplnit příslušný formulář, se zdá být krokem sice prvním, ale o to jednodušším a uskutečnitelnějším.

Hráč tedy musí plně pochopit a respektovat zodpovědnost, povinnost a roli herního průmyslu v odhalování a trestání porušení pravidel programu tak, jak již bylo zmíněno. Jinak se může stát, že role hráče a herního průmyslu není správně pochopena a může vyústit v nespokojenost, rozladění, v neúčinnost programu a v kritiku. Ukazuje se, že hráči, kteří počítají s úspěšností v odhalování porušení pravidel a spoléhají se tak jen na herní průmysl, se v úspěšnosti v léčbě značně liší od těch jedinců, kteří přijali svou osobní zodpovědnost za nenavštěvování herních míst stvrzenou podpisem formuláře. (O'Neill et al., 2003).

Další kritika se již zdá být oprávněnější a je zároveň mnohem více závažná a znepokojivá. Týká se uceleného systému programu sebe-vyloučení a jeho samotné reálné celosvětové realizaci. Podle stejných autorů (O'Neill et al., 2003) by mělo být uzákoněno, že jednou z rolí samotného herního průmyslu je realizování programů sebe-vyloučení. Taková uzákoněná povinnost by ovšem byla možná, pokud by každé herní místo na světě používalo stejný systém. Přijetí takového jednotného systému je však nemožné, a to vzhledem k rozdílným jurisdikcím v různých částech světa. Autoři jako jeden z příkladů uvádějí USA. V některých státech USA jsou hrací automaty povoleny i v běžných obchodech nebo na letištích. Také indiánská kmenová kasina podléhají spíše než státním zákonům zákonům federálním. V Austrálii je zase většina hracích přístrojů v barech a klubech, restauracích, sportovištích apod. Obdobná situace je i v České republice. Herní přístroje jsou v restauracích, barech, klubech, kasinech i na nádražích. K odhalení hráče porušujícího pravidla používá personál fotografie hráčů, a tak je vzhledem k nejednotnému identifikačnímu systému téměř nemožné každého hráče porušujícího pravidla odhalit.

Ke správnému začlenění hazardního hráče do programu sebe-vyloučení je dobré vzít v úvahu nejméně tato tři kritéria: vhodnost začlenění do programu, potřeba souběžných poradenských intervencí a odhadnutí rizika pro sebe-

poškozující jednání. (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007). K přijetí žádosti o začlenění hráče do programu sebe-vyloučení je nutné, aby hráč kontaktoval herní personál. Ten s hráčem sepíše základní formální informace s požadavkem, aby se hráč mohl do programu začlenit. Poté je hráče možné odeslat k poradci se specializujícího se na tyto programy. Ten sepíše další podrobné informace včetně zákonem stanovených procedur, dále pak informuje hráče o programu a může vést poradenství i za hranice programu sebe-vyloučení. Poradce zároveň ale nedoporučuje, jaké další služby by pro hráče mohly být užitečné. Hráč může svého poradce vyhledat např. i v kritickém emočním rozpoložení, např. při riziku sebevraždy, sebeublížení nebo v jakékoliv jiné situaci, kdy je potřeba okamžitá profesionální intervence. Je známo, že začátku hráčského období mnohdy předchází deprese, suicidální tendence a užívání návykových látek. Vzhledem k tomu, že program sebe-vyloučení již ze své podstaty není primárně klinickou nebo poradenskou léčbou a intervencí, je žádoucí řešit např. interpersonální vztahy, další přidružené nemoci a další problémy vyplývající ze závislosti u specialisty. Takové intervence snižují riziko relapsů. Personál kasina, který s hráčem vyplňuje formulář, odborné vzdělání a dovednosti potřebné k psychologické intervenci nemá.

Podle autorů (Blaszczynski, Ladouceur, Nower, 2007) nezanedbatelné množství hazardních hráčů podepisuje začlenění do programu sebe-vyloučení ve stavu emočního vypětí, přičemž mnohdy jde o spontánní reakci na to, že např. prohráli v danou dobu velkou sumu peněz. Taková reakce a podepsání formuláře o zařazení do programu sebe-vyloučení může být jenom dílem okamžiku a ve stavu zklidnění si daný jedinec svou volbu rozmyslí. To poté vede hráče k tomu, že žádá odvolání a zrušení účasti v programu. Pokud je taková žádost neúspěšná, může to vést podle autorů k tomu, že hráč vlastně pravidla porušuje nedobrovolně a nebo že navštěvuje jiná herní místa, aby v hazardní hře mohl pokračovat.

Monitorování efektivnosti programů sebe-vyloučení je obecně limitováno řadou faktorů. Mezi těmi hlavními lze jmenovat např. nemožnost dostatečného monitorování porušení pravidel, absenci systému pro výstupní analýzu, absenci celkového centrálního systému a systému navazujících sankcí, nemožnost identifikovat hráče, kteří hrají na jiném herním místě, než ve kterém se sebe-vyloučili, absenci nezávislého auditu v hodnocení programu a nemožnost seznámit veřejnost

s přesnými daty o úspěšnosti programu. Systém může být také zranitelný z důvodu střetu zájmů a jeho slabina může být též v jeho liberálnosti a zainteresování dalších stran. V tomto kontextu je požadavek nezávislé kontroly systému naprosto nezbytný. V ideálním případě by tedy zodpovědnost za odhalení hráče porušující pravidla programu nepřebíral herní průmysl, tedy personál, ale třetí nezávislá složka systému s jasně určenými pravomocemi a systémem detekce.

Praktická část

III. Praktická část – Zdroje podpory, které pomáhají patologickým hráčům abstinovat a jejich názor na programy sebe-vyloučení

4. Dotazníkové šetření

4.1 Cíle výzkumu

Cílem zvoleného tématu dotazníkového šetření bylo především zjistit, zda by problémoví, respektive patologičtí hráči, uvítali možnost léčby a prevence pomocí programů sebe-vyloučení. Jak jsem již uvedla, na toto téma byla v České republice provedena pouze jediná studie. Téma mé diplomové práce je však poměrně úzké, a proto bylo třeba i dotazníkové šetření rozšířit. Stěžejním tématem ovšem stále zůstává systém sebe-vyloučení.

Vzorek patologických hráčů byl omezen počtem těch, kteří se léčí ústavně (léčba trvá 90 dní). Hráči, kteří docházejí na ambulantní skupiny se obměňují jen zřídka. Nebylo tedy možné dobrovolně získat větší počet respondentů dotazníku

Cílem uskutečněného dotazníkového šetření tedy bylo zjištění zdrojů podpory, které pomohly nebo pomáhají patologickým hráčům abstinovat. Pro definování výrazu "zdroj podpory" byla zvolena následující kritéria:

- a) "Zdrojem podpory" je míněno vše, co patologickému hráči *subjektivně* pomáhá abstinovat.
- b) "Zdrojem podpory" je míněno vše, co patologickému hráči *objektivně* pomáhá abstinovat.

Dotazníkové šetření prozkoumávalo zejména jevy, které mohou být shrnuty do několika oblastí. Jevy, které jsou mapovány v této studii, lze obecně rozdělit do následujících kategorií:

- a) socio-demografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání, povolání, stav)
- b) typ současně využívané léčby (ambulantní nebo ústavní), hráčem vnímaná prospěšnost léčby nebo doléčovacích aktivit
- c) délka abstinence
- d) možné příčiny vzniku závislosti
- e) zdroje podpory

4.2 Základní údaje o provedeném dotazníkovém šetření

4.2.1 Základní charakteristika místa, kde dotazníkové šetření probíhalo a jeho volba

Dotazníkové šetření probíhalo v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Tuto léčebnu jsem zvolila z následujících důvodů:

- a) je největší psychiatrickou léčebnou na území Prahy a jejího blízkého okolí
- b) poskytuje ucelený léčebný program pro patologické hráče a to nejen na bázi ambulantní, ale i ústavní léčby
- c) primářem oddělení závislosti je Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., který se patologickým hráčstvím v České republice dlouhodobě zabývá
- d) zdejší léčba je snadno dostupná pro všechny hráče, kteří mají zájem se léčit
- e) nabízí doléčovací aktivity pro abstinující hráče
- f) je vedena týmem odborníků s bohatými zkušenostmi v oblasti této problematiky
- g) léčí se zde nejvíce patologických hráčů na území Prahy
- h) je jedinou léčebnou na území Prahy nabízející ucelenou ústavní léčbu pro patologické hráče

V letech 1994 – 2005 došlo k vzestupu počtu pacientů v Psychiatrické léčebně v Bohnicích s diagnózou patologického hráčství o 37 procent. Počet pacientů léčených pro patologické hráčství v Psychiatrické léčebně v Bohnicích vzrostl ze 46 léčených osob v roce 1994 na 63 léčených osob v roce 2003. Z toho u mužů došlo k nárůstu ze 45 léčených osob v roce 1994 na 60 léčených osob v roce 2003 a u žen vzrostl počet léčených osob z 1 v roce 1994 na 3 léčené osoby v roce 2003. Údaje

o počtu léčených však nemohou nahradit data z normální populace a neposkytují obraz o celkové situaci. (Nešpor, Csémy, 2005)

4.2.2 Zvolená metoda výzkumu

Zjišťování zdrojů podpory probíhalo pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen autorkou prezentovaného výzkumu a konzultován s primářem oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně v Bohnicích MUDr. K. Nešporem, CSc.

Distribuce dotazníku probíhala na skupinách patologických hráčů v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v pavilonu číslo 31, kde probíhají terapeutické skupiny pro ústavně léčené patologické hráče a pro ambulantně docházející abstinující hráče.

4.2.3 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v pavilonu číslo 31. Dotazník byl distribuován autorkou výzkumu vždy na konci skupinového sezení a hráči měli možnost jej vyplnit přímo na místě nebo zaslat e-mailem později, popř. vyplněný dotazník odevzdat na skupině následující.

Dotazníky byly rozdávány na dvou skupinách. Jedna z nich byla vedena prim. MUDr. K. Nešporem, CSc. Jednalo se o velkou skupinu čítající průměrně 24 patologických hráčů a průměrně 2 - 8 rodinných příslušníků. Na tuto skupinu docházeli ústavně se léčící pacienti a to i z jiných pavilonů (např. pacienti s duální závislostí, kteří se primárně ústavně léčili pro drogovou závislost).

Druhá skupina byla vedená A. Scheansovou, PhD. a skládala se z hráčů léčených převážně ambulantně, přítomni ale byli i hráči léčení ústavně a opakovaně se léčící pacienti. Jednalo se o menší skupinu čítající průměrně 15 - 18 hráčů bez rodinných příslušníků.

Dotazník byl na obou skupinách distribuován opakovaně a to pro případ,

že by na skupinu přišel někdo nový, kdo by měl zájem se dotazníkového šetření zúčastnit. Tento postup byl zvolen z toho důvodu, aby byl získán pokud možno co největší vzorek respondentů. Každý z hráčů si mohl dobrovolně zvolit, zda dotazník vyplní či nikoliv, ale mohl jej vyplnit pouze jednou.

4.2.4 Popis zkoumaného vzorku a základní charakteristiky souboru

Soubor tvořili diagnostikovaní patologičtí hráči, kteří se léčí v Psychiatrické léčebně v Bohnicích nebo docházejí ambulantně na terapeutické skupiny (tzv. doléčovací aktivity) .

Pro výběr souboru byla zvolena následující kritéria:

- a) je účastníkem terapeutické skupiny pro patologické hráče v Psychiatrické léčebně v Bohnicích (t.j. léčí se ústavně anebo ambulantně)
- b) byl diagnostikován jako patologický hráč
- c) abstinuje déle než jeden den
- d) je ochoten dobrovolně se zúčastnit dotazníkového šetření

Z tohoto vzorku byly vyloučeny osoby:

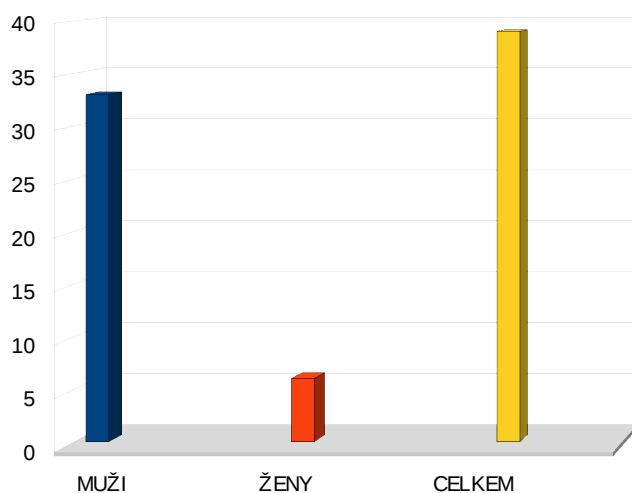
- a) nespolupracující osoby

Celý soubor čítá 39 osob, z toho 33 mužů a 6 žen.

Tab. 4.1: Počet osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:

	Muži	Ženy	Celkem
Počet osob	33	6	39

Graf 4.1: Počet osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:



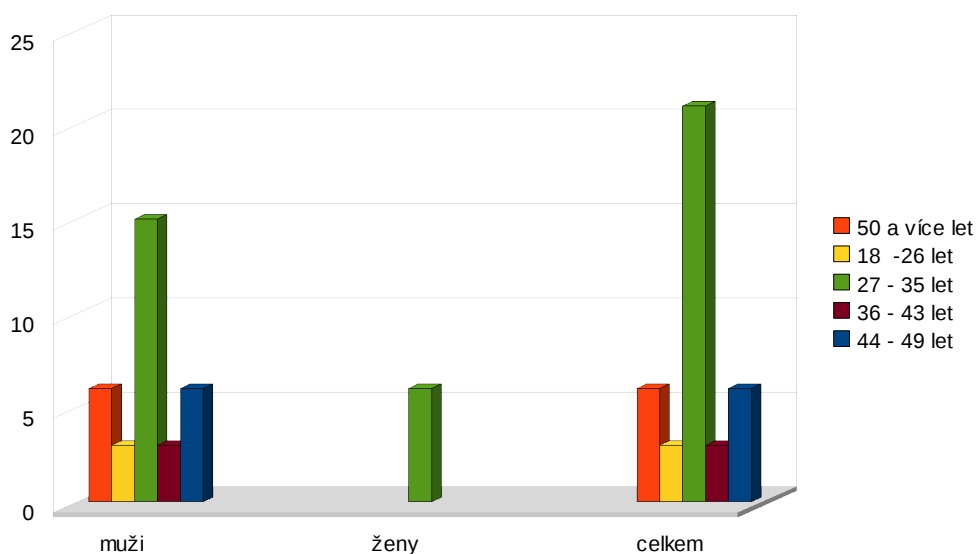
Výzkumu se zúčastnilo 39 osob, z toho 33 mužů (85%) a 6 žen (15%).

Tabulka udává věk osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření.

Tab. 4.2: Věk osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:

Věk	Muži	ženy	Celkem
18 – 26 let	3	0	3
27 – 35 let	15	6	21
36 – 43 let	3	0	3
44 – 49 let	6	0	6
50 – a více let	6	0	6

Graf 4.2: Věk osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:



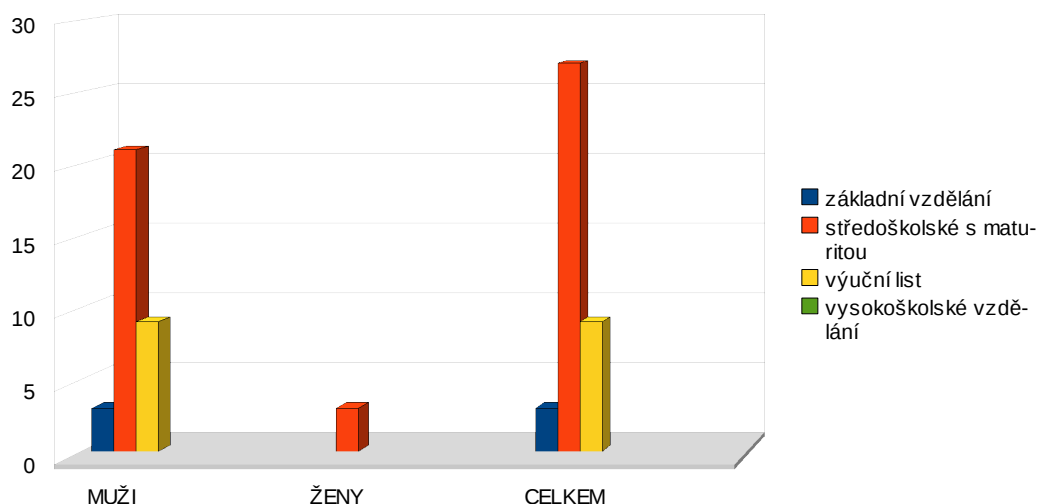
Nejmladší osoba, která se zúčastnila dotazníkového šetření byla ve věku 23 let. Nejstarší osoba, která se zúčastnila dotazníkového šetření byla ve věku 56 let. Nejvíce osob bylo v rozmezí 27 - 35 let (56%). Všechny ženy byly v rozmezí let 27 – 35 (100%).

Následující tabulka ukazuje vzdělání osob, které se dotazníkového šetření zúčastnily.

Tab. 4.3: Uvedené vzdělání osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:

Vzdělání	Muži	Ženy	Celkem
Základní	3	0	3
Středoškolské s maturitou	21	6	27
Výuční list	9	0	9
VŠ	0	0	0

Graf 4.3: Uvedené vzdělání osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:



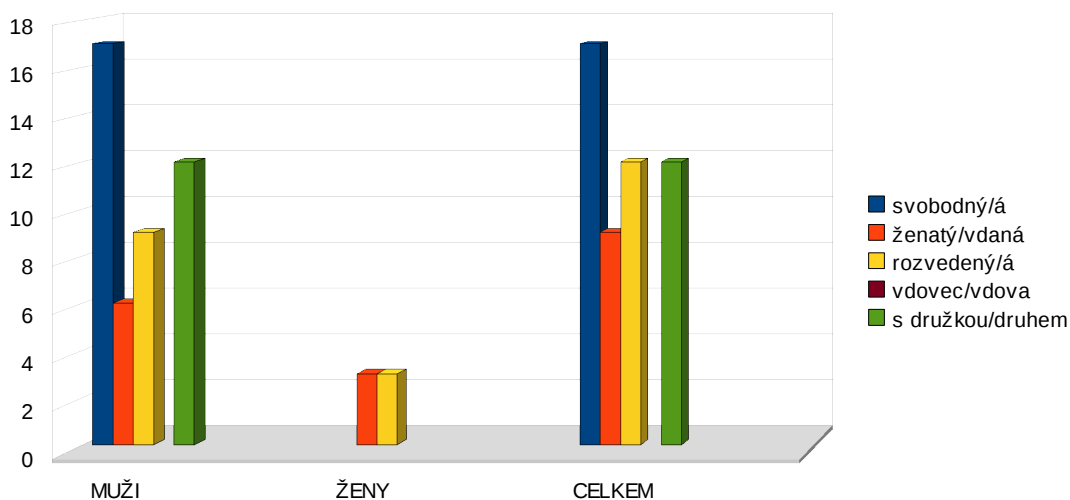
Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo nejvíce osob se středoškolským vzděláním s maturitou (27 osob z celého souboru dotázaných; 69%). Dále 9 osob (23%) s výučním listem, 3 osoby (8%) uvedly základní vzdělání a žádná osoba nevedla vysokoškolské vzdělání.

Následující tabulka ukazuje stav osob zúčastněných v dotazníkovém šetření:

Tab. 4.4: Uvedený stav osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:

Stav	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	17	0	17
Ženatý/vdaná	6	3	9
Rozvedený/á	9	3	12
Vdovec/vdova	0	0	0
S družkou/druhem	12	0	12

Graf 4.4: Uvedený stav osob, které se zúčastnily dotazníkového šetření:



Respondenti dotazníku mnohdy udávali dvojí údaje, např. že jsou rozvedení, ale žijí v domácnosti s druhem nebo s družkou nebo že jsou svobodní, ale mají druha nebo družku apod. Součet osob v tabulce proto nesouhlasí s celkovým množstvím osob ve výzkumu.

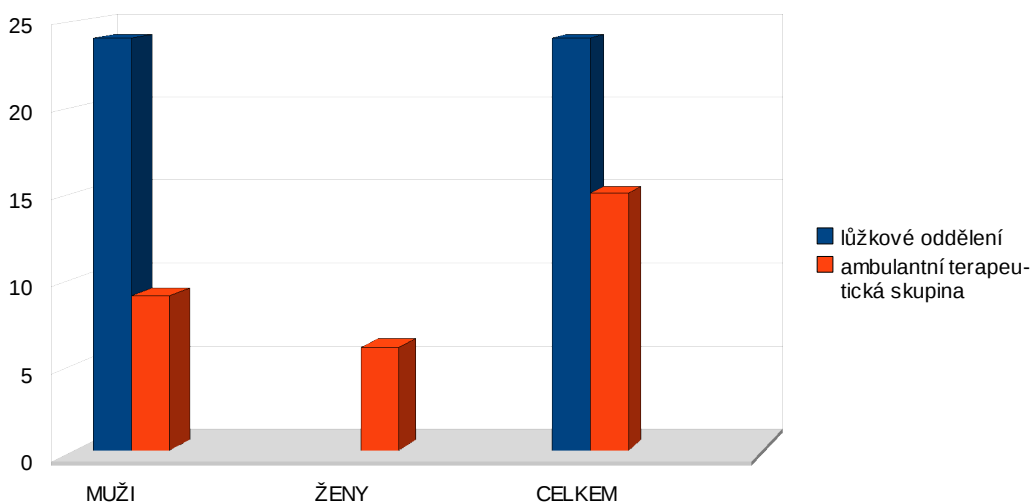
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 17 svobodných mužů (52%) a žádná svobodná žena. 3 ženy (50%) byly vdané a 3 ženy (50%) byly rozvedené. Rozvedených mužů bylo ve výzkumu 9 (27%), jeden z nich uvedl, že se svou manželkou žije i nadále a jejich rozvod byl pouze formální a to kvůli majetku. 6 mužů bylo ženatých (18%) a 12 mužů (36%) zároveň žilo se svým druhem nebo družkou. Nikdo neuvěděl, že by byl vdovcem nebo vdovou.

Tabulka 4.5 uvádí, kolik respondentů dotazníku se v současné době léčí na lůžkovém oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice a kolik z nich dochází pouze na ambulantní terapeutickou skupinu, t.j. neléčí se zároveň ústavně.

Tab. 4.5: Současný typ probíhající léčby

Typ léčby	Muži	Ženy	Celkem
Lůžkové oddělení	24	0	24
Ambulantní terapeutická skupina	9	6	15

Graf 4.5: Současný typ probíhající léčby



Poznámka: Tabulka (a graf) udává podstupovanou léčbu v současné době. Ambulantně léčení pacienti se dříve mohli léčit na lůžkovém oddělení. Tato skutečnost je uvedena v tabulce 4.7.

V době průběhu dotazníkového šetření se na lůžkovém oddělení léčilo celkem 24 osob (61%) a na ambulantní terapeutickou skupinu docházelo 15 osob (39%).

4.2.5 Strategie výběru vzorku

Na terapeutických skupinách byl do vzorku zařazen každý, kdo chtěl spolupracovat, přičemž zároveň splňoval kritéria pro výběr vzorku.

4.2.6 Doba trvání výzkumné sondy, resp. dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření probíhalo od ledna do března 2009.

4.2.7 Technika sběru dat, její cíle a popis dotazníku

Data byla získána dotazníkovým šetřením. Dotazník se skládá ze základních socio-demografických údajů jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, stav a povolání. Dále zjišťuje současně probíhající typ léčby (ústavní nebo ambulantní). Následuje dvanáct otázek, z nichž dvě jsou uzavřené a jedna polouzavřená. Zbylé otázky jsou otevřené, cílem bylo neovlivňovat hráče nabízením určitých odpovědí. Jedna polouzavřená otázka a dvě uzavřené otázky měly naopak zamezit nejasným odpovědím. Dotazník je uveden v příloze na konci diplomové práce.

Otázky v dotazníku mapují tyto oblasti:

- a) základní socio-demografické údaje
- b) současně probíhající typ léčby, případné relapsy a hráčem vnímaná prospěšnost léčby (2 uzavřené otázky, 3 otevřené otázky)
- c) délka abstinence (1 otevřená otázka)
- d) důvody pro započetí léčby (1 otevřená otázka)
- e) vnímaná příčina vzniku závislosti (1 otevřená otázka)
- f) zdroje podpory (4 otevřené otázky, 1 polouzavřená otázka)
- f) představa nejbližší budoucnosti (1 otevřená otázka)

Dotazník byl distribuován autorem šetření osobně na konci terapeutické skupiny. Výsledky výzkumu, pokud není uvedeno jinak, se opírají výhradně o data získaná z dotazníkového šetření.

Problematice interpretace otázek v dotazníku, jejich formulaci, možnostem vlivu prostředí a situačních okolností na vyplňování a návratnost dotazníku se věnuji v oddílu „Diskuse“ na konci práce.

4.3 Systém vyhodnocování

4.3.1 Vyhodnocování dat a způsob jejich zpracování

Do vyhodnocování odpovědí byly zahrnuty všechny vyplněné dotazníky.

Získané dotazníky byly roztříděny podle pohlaví a náhodně očíslovány u mužů od čísla 1 – 33, u žen od čísla 1 – 6. Získaná data z jednotlivých dotazníků byla poté, pro lepší přehlednost, přenesena do elektronické tabulky. V této fázi zpracování dat nebyly učiněny žádné změny, závěry, ani interpretace.

Po přenesení dat do elektronické podoby byly jednotlivé údaje zaneseny do tabulek, jako např. věk nebo vzdělání a byly porovnávány zvlášť pro muže, zvlášť pro ženy a poslední sloupce tabulky uvádí celková čísla, tj. muže i ženy dohromady. Za každou z tabulek je pro větší přehlednost uváděn graf se stejnými daty, pouze v jiné grafické úpravě. I vzhledem k malému počtu respondentů jsou výsledky výzkumu uváděny procentuelně.

Pro kvalitativní data získaná dotazníkovým šetřením může být směrodatné hledání určitých korelací, soubor je však pro vytváření hypotéz příliš malý.

Opomíjeny nebyly ani okolnosti a situace, které nebyly získány přímo odpověďmi v dotazníkovém šetření, ale mohly tyto odpovědi ovlivnit. Jedná se např. o možnost představit výzkumný projekt, nechat dotazník vyplnit na místě a nebo doma apod. Veškeré tyto okolnosti jsou uvedeny v oddílu „Diskuse“ na konci práce.

Získaná data jsou přehledně uspořádána do tabulek a grafů a výsledky jsou příslušně komentovány.

4.3.2 Interpretace získaných dat

Interpretace získaných dat nemůže být zcela jednoznačná. V úvahu je třeba brát možnost klamání ze strany respondentů dotazníku, ovlivnění prostředím, situací, časovou náročností apod. Interpretace se však nicméně opírá o získaná data z dotazníkového šetření a v oddíle „Diskuse“ i o zkušenosti badatele z rozhovorů s hráči nebo s lékaři a terapeuty. Interpretace získaných dat není považována za přesně dané a neměnné informace, ale za mapování situace a postojů hazardního hráče.

4.4 Výsledky a interpretace výsledků dotazníkového šetření

V následující kapitole jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření.

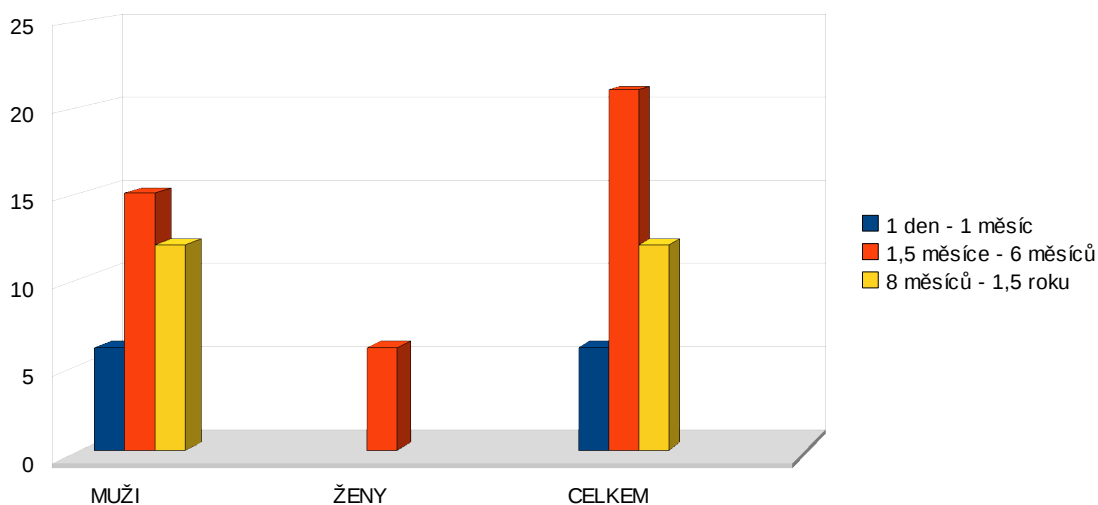
4.4.1 Délka abstinence a způsob léčby

Délka abstinence u respondentů dotazníku je následující:

Tab. 4.6: Délka abstinence u respondentů dotazníku

Délka abstinence	Muži	Ženy	Celkem
1 den - 1 měsíc	6	0	6
1,5 měsíce - 6 měsíců	15	6	21
8 měsíců - 1,5 roku	12	0	12

Graf 4.6: Délka abstinence u respondentů dotazníku



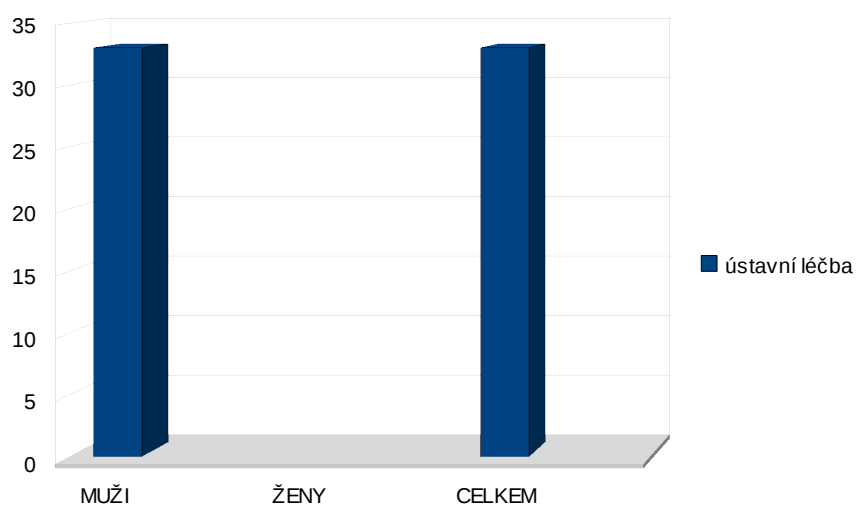
Za nejkratší délku abstinence bylo uvedeno 5 dní, jako nejdelší doba abstinence bylo uvedeno 18 měsíců. Pokud na sebe počty dní a měsíců chronologicky nenasazují, pak z toho důvodu, že vynechané období nebylo ani jednou uvedeno jako délka abstinence. Nejvíce hráčů (15 mužů a 6 žen, 54%) abstinuje 1,5 - 6 měsíců, 12 mužů a žádná žena abstinuje 8 měsíců - 1,5 roku (31%), nejkratší doba abstinence byla u 6 mužů a žádné ženy, a to v rozmezí 1 dne – 1 měsíce (15%). všechny ženy (100%) abstinují po dobu 1,5 – 6 měsíců.

Tabulka 4.7 udává počet patologických hráčů, kteří se pro svou diagnózu léčí nebo v minulosti léčili ústavně, t.j. na lůžkovém oddělení. Do této tabulky jsou tedy zahrnuti i ti hráči, kteří se v současné době léčí pouze ambulantně, ale v minulosti se léčili i ústavně. Místo ústavní léčby nebylo rozhodujícím kritériem, nemusí se tedy jednat pouze o hráče léčené v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Tab. 4.7: Počet patologických hráčů, kteří se pro svou diagnózu léčí nebo v minulosti léčili ústavně

	Muži	Ženy	Celkem
Ústavní léčba	33	0	33

Graf 2.7: Počet patologických hráčů, kteří se pro svou diagnózu léčí nebo v minulosti léčili ústavně



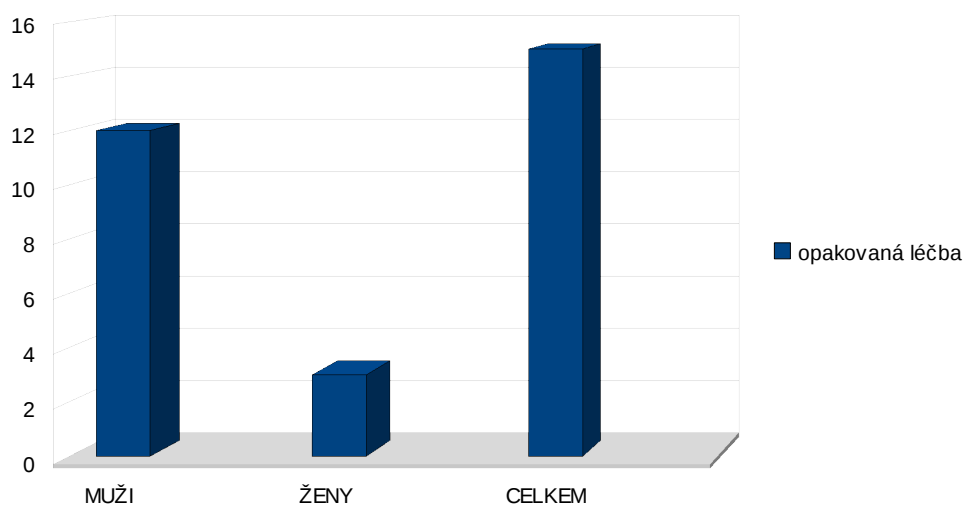
Ústavně se léčilo nebo léčí 33 mužů (85%) a žádná žena.

Dále je uveden počet hráčů, kteří napsali, že se léčí opakovaně a z toho tedy vyplývá prodělaný relaps nebo relapsy. Opakovanou léčbou je míněno dvě a více léčebných pobytů v ústavní léčbě.

Tab. 4.8: Počet hráčů s opakovanou léčbou

	Muži	Ženy	Celkem
Opakovaná léčba	12	3	15

Graf 4.8: Počet hráčů s opakovanou léčbou



12 mužů (36%) ze 33 uvedlo, že se léčili opakovaně. Jeden muž se na lůžkovém oddělení léčí po čtvrté (zjištěno slovně, neuvedeno v dotazníku). Počet relapsů nebyl jinak zjišťován. 3 ženy (50%) uvedly, že se léčí opakovaně, jedna z nich rovněž po čtvrté.

4.4.2 Vnímaná prospěšnost současné nebo prodělané léčby

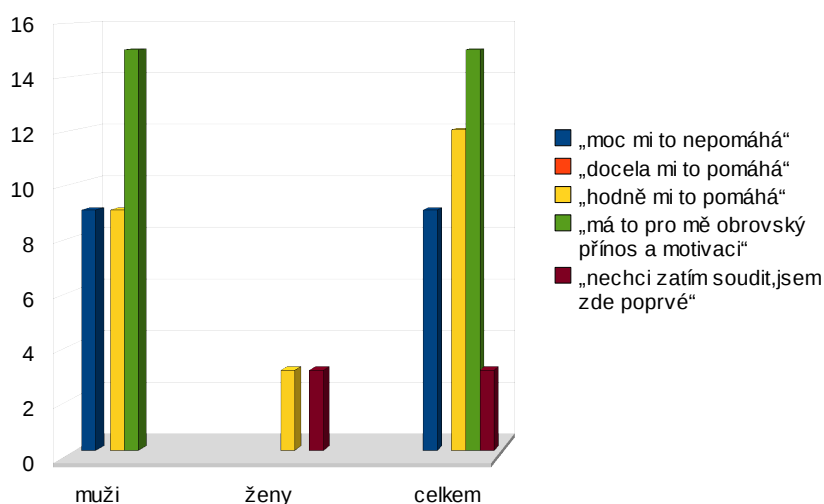
Další část dotazníku se zaměřuje na patologickými hráči vnímané zdroje podpory a na vnímanou prospěšnost současné nebo prodělané léčby.

Na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů docházejí v Psychiatrické léčebně v Bohnicích hráči, kteří se léčí ambulantně, ale i hráči, kteří právě podstupují ústavní pobytovou léčbu. Přínos docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů vnímají dotázaní patologičtí hráči následovně:

Tab. 4.9: Přínos docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů.

Docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů.	Muži	Ženy	Celkem
"Moc mi to nepomáhá."	9	0	9
"Docela mi to pomáhá."	0	0	0
"Hodně mi to pomáhá."	9	3	12
"Má to pro mě obrovský přínos a motivaci."	15	0	15
"Nechci zatím soudit, jsem zde poprvé."	0	3	3

Graf 4.9: Přínos docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů.



Z dotazníku vyplynulo, že docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů má „obrovský přínos a motivaci“ pro 15 abstinujících hráčů (39%). 9 mužů a 3 ženy soudí, že jim terapeutická skupina „pomáhá hodně“ (31%). Dalším

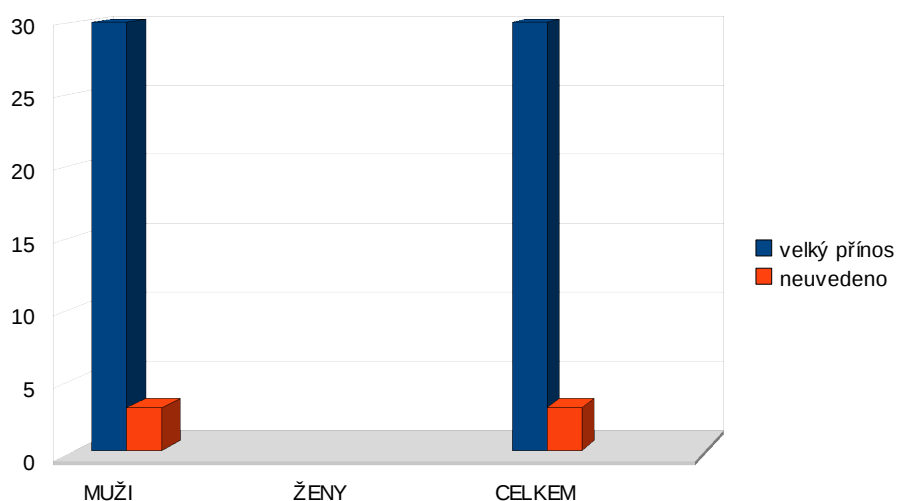
9- ti mužům (23%) dle jejich vlastního hodnocení terapeutická skupina „moc nepomáhá“. Nikdo z respondentů dotazníku neodpověděl, že by mu terapeutická skupina pomáhala "docela". Celkově lze tedy říci, že 70% osob docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů pomáhá.

Hráči dále hodnotili, jak jim pomohla léčba na lůžkovém oddělení, pokud se léčili ústavně. Jak již bylo uvedeno v tabulce 4.7, na lůžkovém oddělení bylo pro diagnózu patologického hráčství léčeno 33 osob, tedy všichni dotázaní muži - hráči. Těchto 33 mužů vnímá tuto zkušenost tak, jak je uvedeno v tabulce 4.10. Dotazník není zaměřen na formulace respondentů a neanalyzuje je, jejich odpovědi jsou tedy rozděleny do následujících kategorií.

Tab. 4.10: Vnímání zkušeností s léčbou na lůžkovém oddělení v PLB pro diagnózu patologického hráčství

	Muži	Ženy	Celkem
Velký přínos	30	0	30
Neuvedeno	3	0	3

Graf 4.10: Vnímání zkušeností s léčbou na lůžkovém oddělení v PLB pro diagnózu patologického hráčství



30 mužů (91%), kteří uvedli, že se léčili nebo léčí na lůžkovém oddělení

v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, svou zkušenost z léčby hodnotí jako velmi přínosnou. Ústavní léčbu hodnotí např. takto: „nejlepší rozhodnutí, jaké jsem za posledních deset let udělal“; „zkušenost k nezaplacení“; „velmi mi to pomohlo“; „je to pro mě velice přínosné, přínosné nejen ve vztahu k hráčství“; „zkušenosti jiných gamblerů přínosné“; „jeden z nejlepších kroků, jaké jsem mohl udělat“ apod. 3 hráči na tuto otázku neodpověděli.

4.4.3 Zdroje podpory

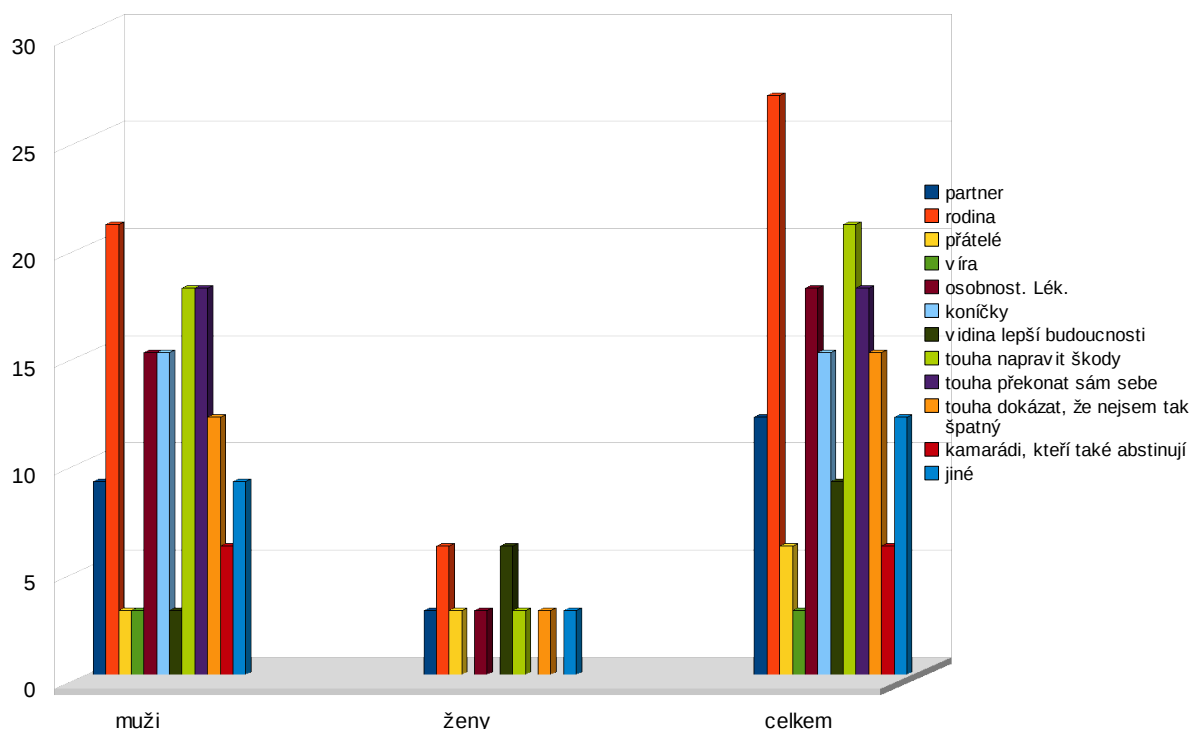
Následující oddíl výzkumné práce se zaměřuje na patologickými hráči vnímané zdroje podpory, což bylo hlavním tématem dotazníku i provedeného dotazníkového šetření. Zdrojům podpory byla věnována velká část dotazníku. Některé otázky se zaměřují na zjišťovanou skutečnost přímo (např. otázka č. 11: Co vám pomáhá abstinovat?), jiné otázky se ptají nepřímou nebo mají i funkci ověřovací (např. otázka č. 5: Co vás drží nad vodou? nebo otázka č. 4.: Pokud jste na léčení poněkolkáté, co vám pomohlo se z toho opět dostat?).

Následující tabulka 4.11 udává, co hráčům podle jejich odpovědí pomáhá abstinovat. Bylo možné zaškrtnout i více odpovědí, proto počet odpovědí nesouhlasí s počtem respondentů dotazníku.

Tab. 4.11: Uvedená pomoc v abstinenci

	Muži	Ženy	Celkem
Partner	9	3	12
Rodina	21	6	27
Přátelé	3	3	6
víra (v Boha, jiné síly)	3	0	3
osobnost lékaře/terapeuta/zdravotnického personálu	15	3	18
Koníčky	15	0	15
vidina lepší budoucnosti	3	6	9
touha napravit škody, které jsem napáchal/a	18	3	21
touha překonat svou slabost	18	0	18
touha dokázat, že "nejsem tak špatný/á"	12	3	15
kamarádi, kteří také abstinují	6	0	6
jiné	9	3	12

Graf 4.11: Uvedená pomoc v abstinenci



Poznámka: procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů dotazníku, každý hráč mohl odpovědět libovolně a ve více kategoriích.

27 respondentů (69%) označilo za svoji největší oporu v abstinenci rodinu. 21 respondentů (54%) uvedlo, že jim pomáhá „touha napravit škody, které jsem napáchal/a“ a 18 hráčům (46%) pomáhá osobnost lékaře, terapeuta nebo zdravotnického personálu. Stejný počet hráčů touží „překonat svou slabost“. 15 osobám (38%) pomáhají jejich záliby a zájmy. 12 respondentům (31%) pomáhá abstinovat i něco jiného, než bylo v dotazníku nabídnuto. Do této kategorie patřily odpovědi jako je „špatná zkušenost“, „jiný náhled na život a veškeré činnosti“, „vlastní dobrý pocit“ a tři ženy (8% z celkového počtu osob) se nechtějí dále sebepoškozovat. 12 osobám (31%) pomáhají jejich partneři, 9 hráčům (23%) „vidina lepší budoucnosti“, 6 osobám (15%) jejich přátelé a shodně 6 osobám (15%) jejich „kamarádi, kteří také abstinují“ 3 osobám (8%) pomáhá víra (např. v Boha nebo v jiné síly).

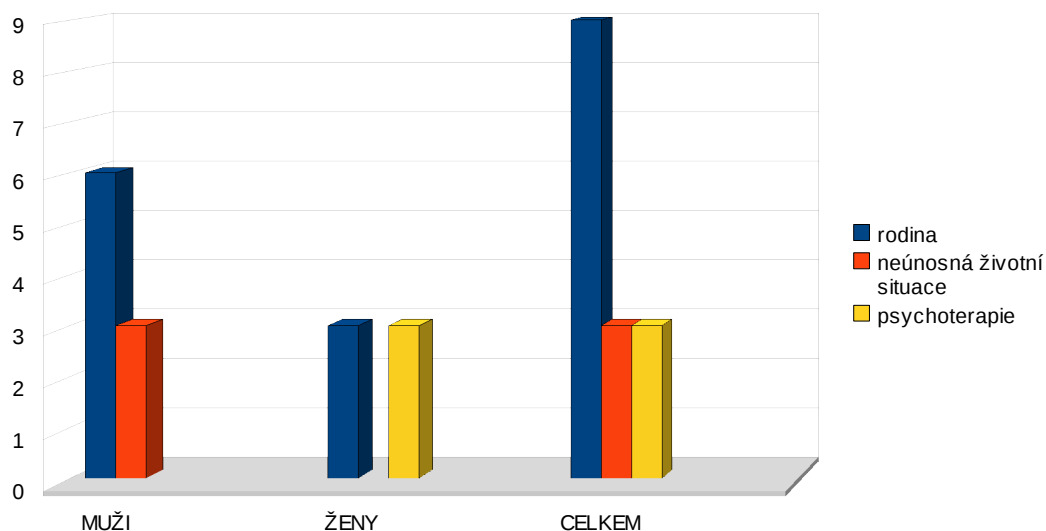
Následující tabulka 4.12 shrnuje odpovědi na otázku: „Pokud jste na léčení

po několikáté, co vám pomohlo se z toho opět dostat?“ Otázka tedy zjišťuje: 1) relapsy (které jsou již uvedeny výše) a 2) nejvíce vnímaný zdroj podpory. Relapsů podle odpovědí v dotazníku prodělalo 15 hráčů.

Tab. 4.12: Co nejvíce patologickým hráčům pomohlo při opakované léčbě

	Muži	Ženy	Celkem
Rodina	6	3	9
Neúnosná životní situace	3	0	3
Psychoterapie	0	3	3
Neodpověď/a	3	0	3

Graf 4.12: Co nejvíce patologickým hráčům pomohlo při opakované léčbě



Pro 6 mužů a 3 ženy (50%) byla největší podporou rodina, 1 žena zároveň ještě uvedla psychoterapii. Uvědomění si neúnosné životní situace pomohlo 3 mužům (17%). Další 3 muži na tuto otázku neodpověděli.

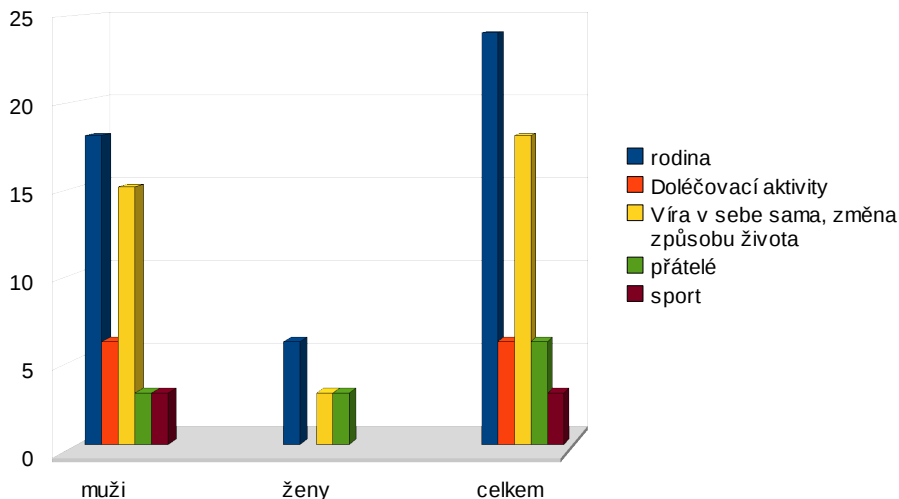
Tabulka 4.13 se opakovaně ptá na vnímaný zdroj podpory, otázka je emočně zabarvená („Co je pro vás tou největší oporou ve vaší abstinenci, co vás drží

nad vodou?“). Odpovědi byly sloučeny do následujících kategorií uvedených v tabulce. Bylo možné odpovědět libovolně.

Tab. 4.13: Největší vnímaná opora v abstinenci pro patologického hráče

	Muži	Ženy	Celkem
Rodina	18	6	24
Doléčovací aktivity	6	0	6
Víra v sebe sama, změna způsobu života	15	3	18
Přátelé	3	3	6
Sport	3	0	3

Graf. 4.13: Největší vnímaná opora v abstinenci pro patologického hráče



24 osob (62%) uvedlo, že jim nejvíce pomáhá jejich rodina a rodinní příslušníci. Do této kategorie byly sloučeny odpovědi jako je rodina, druh/družka, přítel/ přítelkyně, dcera, rodiče apod. Rodina je zde tedy míněna v širším smyslu, ne pouze ve smyslu nukleární rodiny. Pro 18 respondentů (46%) je důležitá víra v sebe sama, touha něco dokázat, změna dosavadního životního stylu. Shodně 6 osobám (15%) pomáhají i přátelé a doléčovací aktivity. Třem mužům (9%)

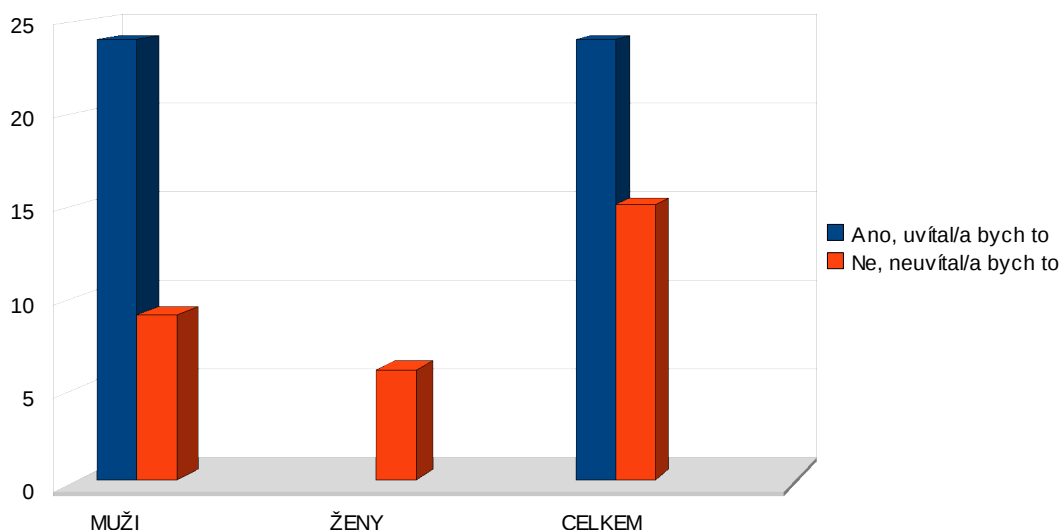
je podporou sport.

Další tabulka 4.14 zjišťuje postoje respondentů dotazníku na program sebe-vyloučení. Hráči odpovídali na otázku: Uvítal/la byste, kdyby patologický hráč mohl podepsat prohlášení, na základě kterého by ho nikde nenechali hazardně hrát?

Tab. 4.14: Postoj patologických hráčů k možnosti podepsat prohlášení, na jehož základě by je nikde nenechali hrát (k programu sebe-vyloučení)

Možnost podepsat prohlášení	Muži	Ženy	Celkem
Ano, uvítal bych to	24	0	24
Ne, neuvítal bych to	9	6	15

Graf 4.14: Postoj patologických hráčů k možnosti podepsat prohlášení, na jehož základě by je nikde nenechali hrát (k programu sebe-vyloučení)



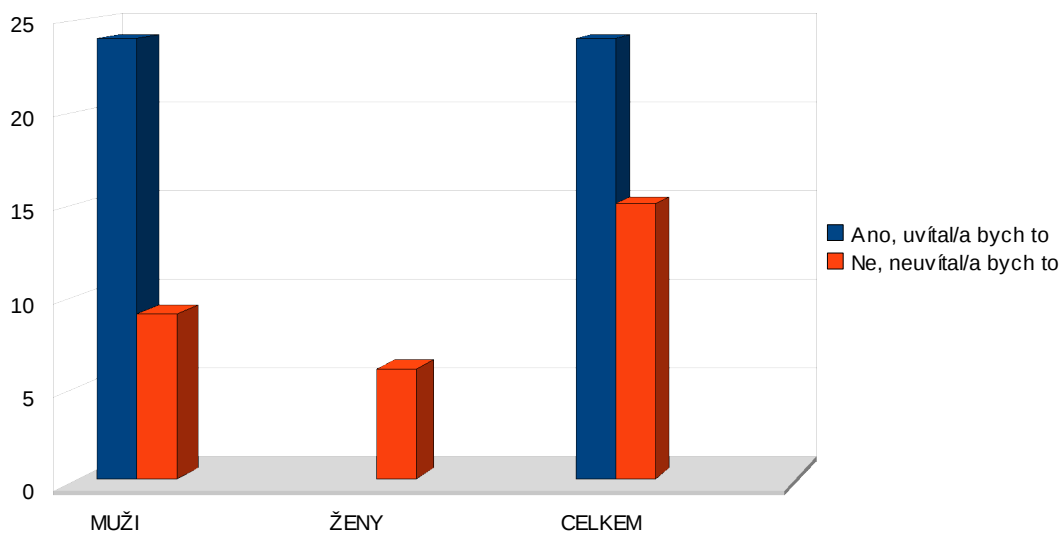
Celkem 24 mužů (62%) odpovědělo, že by takovou možnost uvítalo. Všech 6 žen (100%) uvedlo, že by podobnou možnost nevyužilo. Celkem tedy by 62% osob program uvítalo a 38% osob nikoliv nebo spíše ne. (Více viz. oddíl 4.5 Zhodnocení výsledků a diskuse.)

Další otázka v dotazníku zjišťovala možnost, zda by hráči uvítali, kdyby bylo možné zamezení vstupu do kasina nařídit soudem. Odpovídali na otázku, která zněla: Uvítal/la byste, kdyby soud mohl nařídit, aby určitého patologického hráče nikde nenechali hazardně hrát?

Tab. 4.15: Postoj patologických hráčů k možnosti, kdy by zamezení vstupu do kasina bylo možné nařídit soudně

Možnost soudního nařízení	Muži	Ženy	Celkem
Ano, uvítal bych to	24	0	24
Ne, neuvítal bych to	9	6	15

Graf 4.15: Postoj patologických hráčů k možnosti, kdy by zamezení vstupu do kasina bylo možné nařídit soudně



Shodně, jako u předešlé tabulky, 24 hráčů (62%) dopovědělo kladně a 15 hráčů (38%) celkem záporně.

4.4.4 Osobní situace

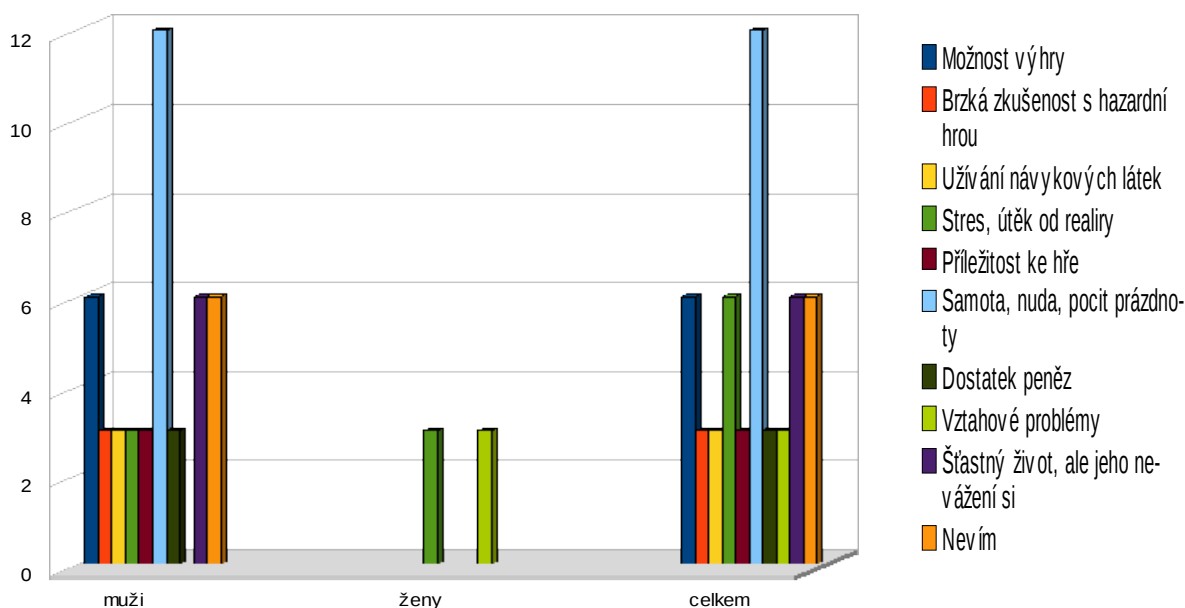
Další část dotazníku se zaměřila na to, jaké příčiny patologický hráč vnímá jako důležité pro vznik své závislosti, co ho přimělo začít s léčbou a jak si představuje svoji budoucnost.

Následující tabulka zjišťuje, jaké jsou subjektivně vnímané příčiny toho, že se hráč stal na hazardní hře závislý. Otázka, na kterou hráči odpovídali, byla otevřená, odpovědi byli rozděleny do těchto kategorií:

Tab. 4.16: Subjektivně vnímané příčiny vzniku závislosti

Subjektivně vnímané příčiny vzniku závislosti	Muži	Ženy	Celkem
Možnost výhry	6	0	6
Brzká zkušenost s hazardní hrou	3	0	3
Užívání návykových látek	3	0	3
Stres, útěk od reality	3	3	6
Příležitost ke hře	3	0	3
Samota, nuda, pocit prázdnoty	12	0	12
Dostatek peněz	3	0	3
Vztahové problémy	0	3	0
Šťastný život, ale jeho nevážení si	6	0	6
Nevím	6	0	6

Graf 4.16: Subjektivně vnímané příčiny vzniku závislosti



Poznámka: procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů dotazníku, každý hráč mohl odpovědět libovolně a ve více kategoriích.

12 hráčů (31%) odpovědělo, že subjektivně vnímanou příčinou svého hraní je určitý pocit samoty, nudy a/nebo prázdna. Žádná žena takto neodpověděla. Shodně po 6 hráčích (15%) odpovědělo, že příčinou je možnost výhry, stres a útek od reality, šťastný život, kterého si ale neváží a 6 mužů (18%) nevědělo. Pro 3 muže (9%) bylo údajně jednou z příčin brzký začátek hazardního hraní (ve 14-ti letech), pro další 3 muže (9%) užívání návykových látek (drog), dále shodně ve stejném počtu příležitost ke hře a dostatek peněz.

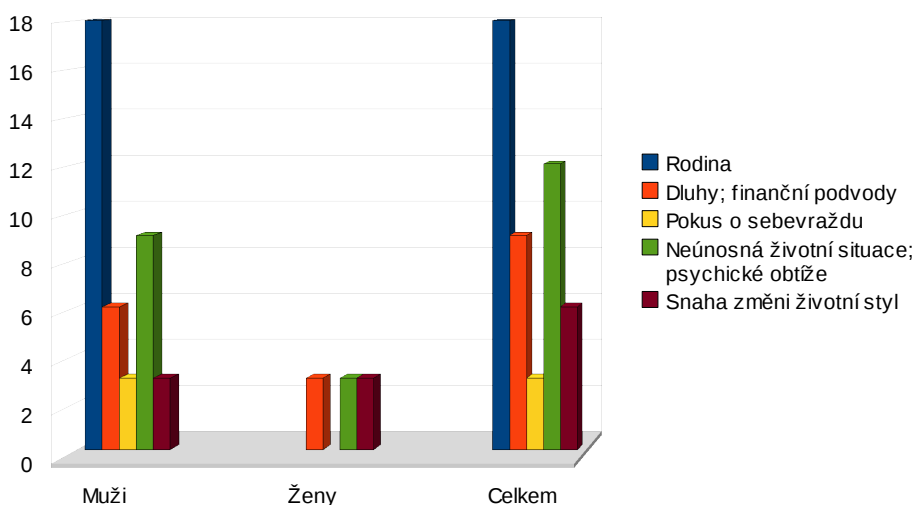
Pro 3 ženy (50% z žen) byl údajnou příčinou stres a snaha utéci z reality, pro další 3 ženy to byly problémy ve vztazích. Jak již bylo řečeno, někteří hráči udávali více příčin.

Tabulka 4.17 shrnuje odpovědi hráčů na otázku, co je přimělo začít s léčbou. Otázka byla opět otevřená a odpovědi byly sloučeny do kategorií uvedených v tabulce 4.17. Bylo možné uvést libovolný počet důvodů.

Tab. 4.17: Důvody pro započítání léčby

Důvody pro započítání léčby	Muži	Ženy	Celkem
Rodina	18	0	18
Dluhy; finanční podvody	6	3	9
Pokus o sebevraždu	3	0	3
Neúnosná životní situace; psychické obtíže	9	3	12
Snaha změnit životní styl	3	3	6

Graf 4.17: Důvody pro započítání léčby



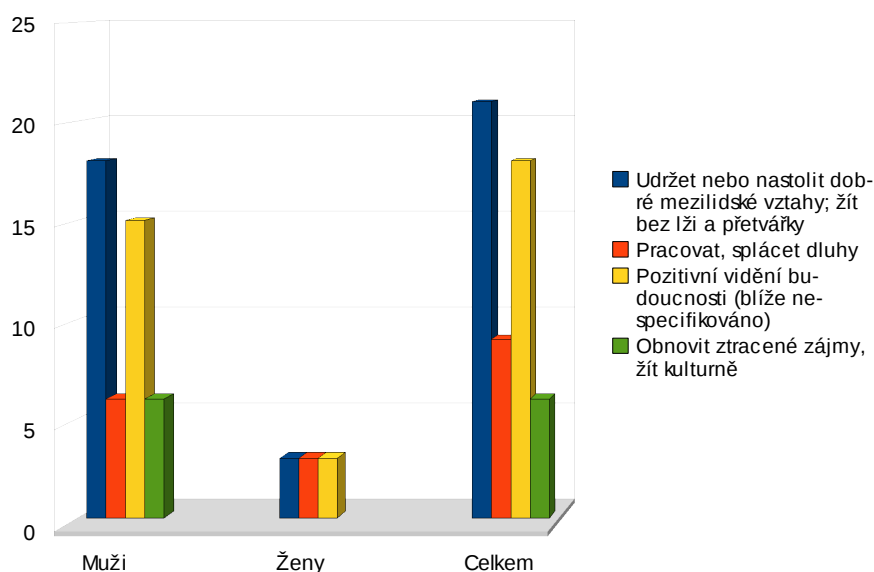
18 mužů (55%) v průzkumu odpovědělo, že je k léčbě přiměla jejich vlastní rodina. 12 osob (31%) odpovědělo, že jedním z hlavních důvodů byla neúnosná životní situace a psychické obtíže (blíže nespecifikováno). Pro 9 osob (23%) byly jedním z důvodů dluhy, finanční podvody nebo jiné finanční důvody. 6 osob (15%) toužilo změnit svůj dosavadní životní styl a 3 osoby (8%) chtěly předejít dalšímu pokusu o sebevraždu.

Poslední tabulka 4.18 shrnuje představy hráčů o jejich budoucnosti.

Tab. 4.18: Představy hráčů o své budoucnosti

	Muži	Ženy	Celkem
Udržet nebo nastolit dobré mezilidské vztahy; žít bez lži a přetvářky	18	3	21
Pracovat, splácet dluhy	6	3	9
Pozitivní vidění budoucnosti (blíže nespecifikováno)	15	3	18
Obnovit ztracené zájmy, žít kulturně	6	0	6

Graf 2.18.: Představy hráčů o své budoucnosti



21 (54%) hráčů zmiňovalo ve svých představách o budoucnosti mezilidské

vztahy, to bylo většinou spojováno se zmínkou o životě bez lhaní a bez přetvářky, o upřímnosti ke svým nejbližším apod. 18 (46%) hráčů svou budoucnost vidí pozitivně a 9 hráčů (23%) se zaměřuje nebo se chce zaměřit především na práci a na splácení dluhů. 6 mužů (18%) chce též obnovit své zájmy, žít sportem, kulturou apod.

4.5 Zhodnocení výsledků a diskuse

Pro lepší průkaznost výsledků by byl nutný větší počet účastníků výzkumu. Výsledky, kvůli nedostatečnému počtu respondentů, pravděpodobně nelze příliš zobecňovat. Uvedená čísla v procentech tak jsou pouze orientační. Pro vyšší platnost výzkumu by bylo nutné prodloužit délku trvání dotazníkového šetření a užitečný by také mohl být pilotní výzkum zaměřený na formulaci otázek. Do dotazníku dále mohlo být zařazeno více otázek na programy sebe-vyloučení.

4.5.1 Zdroje podpory

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že největším zdrojem podpory pro respondenty dotazníku se zdá být rodina. Neméně důležitou motivací jsou však vnitřní pohnutky. Zpovídání patologičtí hráči na druhém místě hledají sílu k abstinenci sami v sobě, což se zdá být velmi důležitým zdrojem pomoci. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, pro abstinenci je klíčová nejen vnější, ale i vnitřní motivace. Zdá se, že důležitějším motivem pro rozhodnutí k úspěšné léčbě bývá vnitřní motivace, pro udržení abstinence a předcházení relapsů se pak ještě připojuje motivace vnější. Dle zkušeností terapeutů je vnitřní motivace k započetí léčby klíčová a to zejména pro úspěšnou dlouhodobou abstinenci. Pokud je hráč donucen svým okolím k zahájení léčby, ale sám o tom není vnitřně přesvědčen, nebývá léčba zpravidla úspěšná.

První navštěvovaná terapeutická skupina v Psychiatrické léčebně v Bohnicích byla skupina vedená prim. MUDr. K. Nešporem, CSc. Jednalo se o velkou skupinu

čítající průměrně 24 patologických hráčů a průměrně 2 - 8 rodinných příslušníků. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly mezi hráče distribuovány vždy po ukončení dané skupiny, existovala obava, že téma, které je na skupině ten den probíráno, ovlivní odpovědi v dotaznících. Např. na první navštívené skupině byl hlavním probíraným tématem téma partnerských a rodinných vztahů. Obavou tedy bylo, že se tato skutečnost promítne do odpovědí a výsledků v dotazníku a to v tom smyslu, že hráči budou za hlavní zdroj podpory označovat partnery, rodinu apod. Tato obava se ale nepotvrdila. V získaných dotaznících ten den mírně převládaly odpovědi typu „touha dokázat, že nejsem tak špatný/á“, „vidina lepší budoucnosti“, „touha napravit škody, které jsem napáchal/a“ nebo „touha překonat svou slabost“. Rodina (míněno v širším smyslu slova, tedy i partneři, partnerky, rodiče apod.) byla v odpovědích na druhém místě. Probírané téma na této skupině tedy výsledky v dotazníku pravděpodobně příliš neovlivnilo.

Vzhledem k početnosti skupiny byla i návratnost dotazníků vždy o něco málo vyšší než u skupiny druhé. Návratnost dotazníků mohla být ovlivněna následujícími skutečnostmi:

- a) na některé ze skupin nebylo vzhledem k časové omezenosti možno pro nové účastníky představit sebe, účel návštěvy a osobně oslovit členy skupiny (dotazník např. uvedl pan prim. MUDr. K. Nešpor, CSc na konci skupiny).
- b) hned po ukončení skupiny následovalo v místnosti, kde skupina probíhala, vydávání večeře a hráči, kteří pocházeli z jiných pavilonů, než z pavilonu 31, spěchali také na večeři, jejíž vydávání je časově omezené. Hráčům, kteří byli ochotní večeři o chvíli odložit, nebyly umožněny uspokojivé podmínky pro vyplnění dotazníku. Stoly a židle jim byly během vyplňování dotazníku odebrány a hráči byli nuceni vyplňovat dotazníky opřeni o zeď. Následně byli pokáráni za pozdní příchod k večeři.

Je možné se domnívat, že pokud by pro vyplňování dotazníků byly uspokojivější podmínky, zejména více času, byla by návratnost větší. Tyto podmínky však nebylo možné, vzhledem k přesnému řádu léčby, zajistit.

Druhá navštěvovaná terapeutická skupina se skládala z hráčů léčených

převážně ambulantně, přítomni ale byli i hráči léčení ústavně a opakovaně. Skupina se skládala z déle abstinujících jedinců, a také z jedinců, kteří se opakovaně snaží abstinovat. Jednalo se o menší skupinu čítající průměrně 15 - 18 hráčů bez rodinných příslušníků pod vedením A. Scheansové, PhD. Téma skupiny nebyvalo pevně dané, na základě reakcí hráčů se přecházelo k tématům jako jsou např. partnerské a rodinné vztahy, důvěra blízkých osob vůči abstinujícím hráčům, lež, přetvářka apod. Návratnost dotazníků byla u této skupiny vždy o něco málo nižší než u skupiny první a to i přes to, že dotazník a výzkumný projekt byl pro nově příchozí osobně představen. Zdálo se, že na této ambulantní skupině byli hráči více motivováni k úspěšné abstinenci, což může být též kritériem pro rozdělení do terapeutických skupin. Skupina byla menší a jakoby „rodinnějšího“ typu skupina byla vstřícnější, dotazníky vyplňovali i doma a zasílali e - mailem nebo je zanechali u paní doktorky Scheansové. Skupina mohla mít na vyplnění dotazníku více času (hráči docházející ambulantně nespěchali na večeri ani na další pavilony).

Mimo zmíněné kategorie, které byly obsaženy v dotazníku, může být také důležitým prvkem celková atmosféra v léčebné komunitě. Tento poznatek byl vyjádřen jedním z abstinujících hráčů takto: *„Myslím si, že je kromě působení terapeutického týmu důležitá i atmosféra v komunitě. Ve druhé léčbě byla naprosto jiná a domnívám se, že i více kolegů stále abstinuje.“*

Cílem bylo získat pokud možno co největší počet respondentů. Přestože byli osloveni všichni hráči, léčící se v průběhu výzkumu v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, je získaný vzorek poměrně malý. Dá se předpokládat, že při větším vzorku hráčů by se dalo lépe spolehnout na platnost prezentovaných dat. V takovém případě by však výzkum musel probíhat nejméně jeden rok, aby došlo alespoň čtyřikrát k výměně léčících se hráčů. V době konání diplomové práce se hráči vyměnili jednou, tzn. že vzorek byl získán ze dvou různých skupin ústavně léčených hráčů a dále byl kontinuálně získáván na skupině ambulantní, kde se hráči mírně obměňovali. Ukázalo se však, že předpoklad, že takto bude možno zařadit do výzkumu alespoň 60 respondentů, byl mylný. Při větším vzorku by bylo také možné lépe usuzovat na korelace jednotlivých jevů, což při tak malém vzorku respondentů není možné. Lze se též domnívat, že při větším vzorku by mohly vyjít najevo menší rozdíly ve vnímání podpory u žen a u mužů.

Pouze tři osoby v dotazníku uvedly, že jim v abstinenci pomáhá víra v Boha nebo v jiné síly. Tato skutečnost není v České republice nijak překvapivá. Zajímavostí však může být to, že např. v USA je program Gamblers Anonymous založen na víře (ať již v Boha nebo v cokoliv jiného) a tato jedna z částí programu se nazývá „The 12 Step Recovery Program“. Tento program je hojně využíván. V našich podmínkách by pravděpodobně takový typ léčby mnoho úspěchu neměl nebo pouze v pozměněném znění.

Celkově menší počet žen na terapeutických skupinách nemusí nutně znamenat to, že ženy mají obecně s patologickým hráčstvím menší problém, ale také např. to, že se snaží své problémy více skrývat a zvládat je samy, mohou se též za své problémy více stydět apod. Na léčení na skupiny patologických hráčů obecně dochází daleko méně žen než mužů.

4.5.2 Formulace otázek

Pokud jde o formulaci otázek v dotazníku, ty musely splňovat jedno závažné kritérium, a to je nevyvolávání tzv. cravingu, neboli bažení. Otázky proto musely být formulovány opatrným způsobem a zaměřeny spíše na dodávání motivace. V úvahu se při vytváření dotazníku muselo vzít také to, zda používat více otázek otevřených, uzavřených nebo spíše polouzavřených. Cílem bylo hráče příliš neovlivňovat nabízením odpovědí, ale nechat je se svobodně projevit. Zejména u dotazníků, na jejichž vyplňování měli hráči dostatek času (např. vyplňovali dotazníky doma) se takový styl pokládání otázek ukázal jako vhodný. Hráči se ve svých odpovědích hodně rozepisovali, a proto mohou takové odpovědi mít vyšší vypovídací hodnotu. Dotazník sestavený zejména z otevřených otázek má ovšem tu nevýhodu, že pozdější kódování a slučování odpovědí do kategorií je o to obtížnější. Kategorie musí být pečlivě zpracovány a citlivě tříděny. Při nedostatku času na vyplnění dotazníku mohou být také odpovědi příliš stručné a nemusí tak mít žádanou vypovídací hodnotu.

Pro další výzkum by byla důležitá delší doba dotazníkového šetření, a to zejména

pro získání více respondentů a dále pro možnost představení výzkumu a dotazníku samotného abstinujícím hráčům na terapeutické skupině. Užitečné by také mohlo být uvedení kontaktu na výzkumníky přímo na dotazníkovém formuláři, takže by se mohla zvýšit pravděpodobnost návratnosti. V tomto případě kontakt na výzkumníka na dotazníku nebyl, takže se hráči na kontakt sami museli dotazovat. Ti, kteří nebyli tak aktivní, byli pravděpodobně více odrazeni. Některé samotné hráče by také výsledky výzkumu zajímaly, takoví hráči uváděli kontakt na sebe s prosbou o zpětnou vazbu. Optimální by také bylo, pokud by hráči měli dostatek času na vyplnění.

4.5.3 Poznámky k výsledkům výzkumu

Vzhledem k menšímu počtu respondentů není možné usuzovat na vzájemné korelace a celkově výzkum ani jinak zobecňovat. Výzkum může orientačně sloužit jako obecné vodítko, jaké zdroje podpory hráči využívají. Stěžejní otázkou výzkumu však byly otázky týkající se (nepřímo) programu sebe-vyloučení. Tím se zabývá následující podkapitola. Těchto otázek však bylo v dotazníku málo a to z obavy, že hráči tyto programy nebudou znát. Byl to však naprosto mylný předpoklad, protože většina hráčů byla o tomto systému léčby a prevence informována velmi podrobně, což bylo překvapující zjištění. Pro příští dotazníkové šetření by proto otázek tohoto typu mohlo být zařazeno mnohem více. Poznatek, že hráči tento druh léčby znají, je velmi pozitivní a svědčí o aktivním přístupu hráčů k vyhledávání různých možností léčby.

Výsledek výzkumu dopadl v podstatě tak, jak bylo očekáváno. Přesto se objevilo několik zajímavých věcí, které by mohlo být užitečné zmínit.

Za zmínku např. stojí i to, že se dotazníkového šetření nezúčastnil žádný vysokoškolsky vzdělaný hráč, ačkoliv lze s určitostí říci, že se patologické hráčství dotýká všech vrstev obyvatelstva. Je možné, že přiznat si problém a začít léčbu je pro vysokoškolsky vzdělaného jedince mnohem těžší.

Na léčení také celkově dochází mnohem méně žen, což je opět celosvětový

trend. Např. počet pacientů léčených pro patologické hráčství v Psychiatrické léčebně v Bohnicích vzrostl ze 46 léčených osob v roce 1994 na 63 léčených osob v roce 2003. Z toho u mužů došlo k nárůstu ze 45 léčených osob v roce 1994 na 60 léčených osob v roce 2003 a u žen vzrostl počet léčených osob z 1 v roce 1994 na 3 léčené osoby v roce 2003. (Nešpor, Csémy, 2005) To jsou, co se léčby u žen týče, velmi nízká čísla, a to zejména v tom světle, že odhadovaný výskyt patologického hráčství nebude v České republice patrně nižší než 0,5 až 1 % populace. (Nešpor, Csémy, 2005)

Ani jedna žena na otázku „Co vás přimělo začít s léčbou?“ neodpověděla, že by jedním z hlavních důvodů pro začátek léčby byla rodina. Taková odpověď by se u žen dala očekávat. Mezi odpověďmi, které uváděly, byly dluhy a finanční podvody, neúnosná životní situace, psychické potíže a snaha změnit dosavadní životní styl. Naopak 18 mužů odpovědělo, že je k léčbě přiměla jejich rodina. I když z takto malého vzorku respondentů výzkumu nelze usuzovat na žádné korelace a výsledky ani nelze nijak zobecňovat, přesto se domnívám, že je možné vyjádřit určitou hypotézu, že ženy více než muži potřebují pro rozhodnutí k léčbě jakousi vlastní vnitřní motivaci. Stojí totiž též za povšimnutí, že žen se celkově léčí mnohem méně než mužů. Jedna z žen např. na tuto otázku odpověděla takto: *„Silné psychické obtíže a problémy způsobené hraním, nespokojenost s životním stylem, ve kterém dominovala hra, ustoupení z dosud dodržovaných morálních hodnot – finanční podvody, veliké dluhy jako důsledek hraní.“* Oproti tomu lze postavit následující odpověď jednoho z mužů: *„Neúnosná životní situace, k léčbě jsem byl přinucen vlastní rodinou; nebylo to vlastní rozhodnutí (hrál jsem cca 15 let).“* Další z mužů však na otázku odpověděl: *„Vystřízlivění z automatového opojení a uvědomění si sám sebe.“* Pro obecnější závěry, jak již bylo několikrát řečeno, by bylo nutné vyzpovídat více abstinujících hráčů a zaměřit se přímo na problematiku motivace, ať již vnitřní nebo vnější.

Zjištěné výsledky poukazují na užitečnost práce s vnitřní motivací a s rodinou, a to nejen při léčbě samotné, ale i při možných relapsech nebo ve stadiu rozhodování se o započetí léčby. Je též velmi žádoucí do léčebného programu zahrnout rodinné příslušníky a poskytnout jim adekvátní psychoedukaci.

Z odpovědí bylo také zřejmé, že léčba je pro patologické hráče velkým přínosem a velkou pomocí a že je poměrně dobře koncipována. Nabízím některé z odpovědí: *„Nejlepší rozhodnutí, jaké jsem za posledních 10 let udělal.“* *„Přínosná. Nejen ve vztahu k hráčství.“* *„Zkušenost k nezaplacení.“* *„Jeden z nejlepších kroků, jaké jsem mohl udělat.“* Přesto se úspěšnost vyléčených, tedy abstinujících hráčů, udává asi kolem 1 – 3%. Více se této problematice věnuje bakalářská práce autorky.

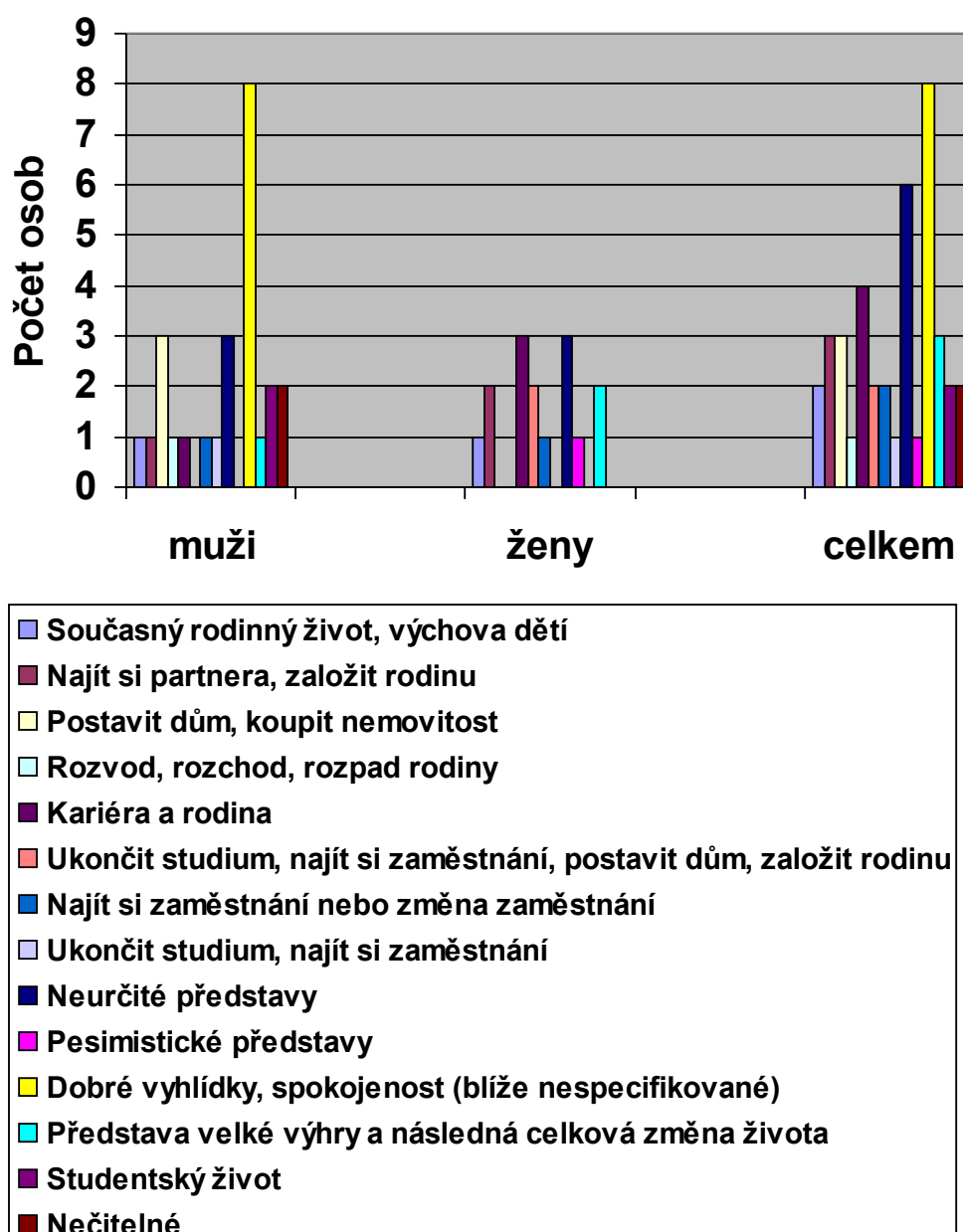
Jedna z otázek výzkumu se ptala na to, jaké asi mohly být důvody propadnutí hráčské vášni. Je alarmující, že nejvíce hráčů na tuto otázku odpovědělo, že příčinou byl pocit nudy, samoty, vnitřní prázdnoty, popřípadě dostatek peněz nebo vidina výhry. Např. ale také příležitost, potřeba silných podnětů apod. Hráči na tuto otázku odpovídali např. takto: *„Příležitost, špatné sebeovládání, potřeba silných podnětů.“* *„Měl jsem všechno, duševní prázdnota, možná jsem roupama nevěděl, co dělat, možnost výhry.“* *„Dostatek peněz a samota.“* *„Nuda, samota.“* *„Měl jsem vše, po čem jsem toužil, ničeho jsem si nevážil.“* *„Domníval jsem se, že hraním vylepším rodinný rozpočet. Prohrané peníze jsem se potom snažil vyhrát zpět a tím jsem se stále více zadlužoval.“* Jedna žena uvedla toto: *„Pocit nelásky od nejbližších – manžela, rodiny, zklamání důvěry vkládané do nejbližších – manžela, rodiny, velmi komplikované vztahy s matkou, fyzické a psychické týrání od manžela v počátku manželství, nenávisť sama k sobě, nesebedůvěra a nevíra sama v sebe, nevyřešené dětství, špatný vztah k penězům a „neumění“ s nimi nakládat a můj kladný vztah ke hraní.“*

Vedle zjištění, že v České republice mohou hazardně hrát i osoby mladší 18- ti let (Nešpor, 2008) je dle mého názoru zásadní i možnost, že jednou z hlavních příčin hazardního hraní jsou již výše uvedené důvody. Tato skutečnost by totiž mohla být dobře využitelná v prevenci. Je známo, že patologické hráčství se dá připodobnit i k závislostem na počítačových hrách, i když je toto návykové chování v několika ohledech odlišné. Pokud je jednou z příčin nuda, prázdnota a pocit samoty, lze těmto pocitům, zejména při výchově dětí a mládeže, do určité míry předcházet a to tak, jak je obecně odborníky doporučováno. Problém se však zdá být ještě mnohem širší. Pocity nudy, prázdnoty nebo samoty se stávají v naší době velmi častými, mnohdy ústí do úzkostných stavů nebo depresí. Je nasnadě, že tyto pocity vytváří svým životním zaměřením celá společnost. Spolu se snadnou dostupností hazardních her, konzumním stylem a dostatkem peněz je narůst patologického hráčství lépe

pochopitelný.

Otázka, která se ptala na to, jak si hráč představuje svoji budoucnost byla převzata z autorčiny bakalářské práce. Zněla: Jak si představujete svou budoucnost? (v práci, ve škole, v rodině apod.). V bakalářské práci byla provedena mapující studie mezi hazardními hráči v Rychnově nad Kněžnou, dotazníky byly distribuovány přímo v herních místech. Do výzkumu v diplomové práci byla tato otázka zařazena z toho důvodu, zda je možné zjistit nějaký rozdíl mezi těmi hráči, kteří stále hrají a jsou osloveni přímo v herních místech a mezi hráči abstinujícími, kteří jsou osloveni při léčbě. Následující graf 2.19. pochází se zmiňované bakalářské práce.

Graf 4.19: Představy o budoucnosti respondentů dotazníkového šetření
(Jirásková, 2007)



Lze usuzovat na to, že rodina a dobré mezilidské vztahy jsou důležité pro hrající hazardní hráče (tedy pro ty, kteří v případě problémového hráčství svým bližním a sami sobě spíše ubližují) tak i pro hráče abstinující. Co však může být zajímavé je to, že na dalších místech se u stále hrajících hazardních hráčů často objevují neurčité představy o dalším životě nebo představy o velké výhře a následné životní změně. Takové představy se u již abstinujících hráčů neobjevovaly. Jedna

abstinující žena mj. napsala: „Rozhodla jsem se v životě „zastavit“ a nyní se rozhoduji co dál. Budu podávat přihlášku na VŠ a zároveň se rozhlížím po novém pracovním uplatnění. Ráda bych vykonávala práci, která by mě bavila a zároveň naplňovala. V rodinném životě chci udělat změnu a zapojit manžela více do svého „druhého“ života, neboť jsem si uvědomila, že netuší, proč jsem hrála, co mě trápí, co bych chtěla, jak se cítím apod.“ „Představuji si ji jako současnou situaci. Pracuji, splácím dluhy (nijak velké), mám dobré vztahy v rodině i s přáteli, kteří nikdy nehráli a kterým jsem se v době hraní odcizila. Věnuji se kultuře a zapomenutým koníčkům.“ Většina představ u abstinujících hráčů byla jasná a uskutečnitelná.

4.5.4 Programy sebe-vyloučení

Co pro problémové hráče mohou znamenat programy sebe-vyloučení z psychologického hlediska? Jak již bylo řečeno, metoda není primárně psychologickou intervencí, jakou jsou jiné druhy léčby. Pro problémového hráče může být klíčové převzetí zodpovědnosti za své hráčské chování, nalezení motivace, uspokojení z toho, že je možné problém zvládnout téměř sám, zvýšení sebedůvěry apod. Začlenění do programu sebe-vyloučení je jednoduchý proces, který pro hazardního hráče nemusí být příliš stigmatizující. Vyhledání odborníka pro léčbu může být prvním krokem na cestě k abstinenci, krokem, který je mnohdy velmi těžký a je hráčem oddalován. Odborná péče pro léčbu závislosti může být také vyhledána mnohem později, když už jsou důsledky hazardní hry neúnosné. Dle mého názoru je začlenění do programu sebe-vyloučení pro svou snadnost a rychlost možné využít i za menší motivace, než které by bylo zapotřebí k vyhledání odborníka, objednání se do jeho ordinace a dostavení se na první schůzku. Po začlenění se do programu se už dále problémový hráč snaží zvládat svůj problém sám nebo za pomoci svého poradce. Pokud se tento proces daří a hráč buď abstinuje úplně nebo alespoň dochází ke hráčství kontrolovanému (a připomeňme, že většina hráčů je s účastí v programu spokojena), může nastoupit dobrý pocit z toho, že problém hráč zvládá sám, a to i přesto, že se neléčí ústavně. Tím dochází ke zvýšení sebedůvěry nejen jeho vlastní, ale může dojít i k obnovování důvěry v jeho rodině.

Neméně důležité je také to, že je možné snížit riziko relapsu např. v situaci

snížené sebekontroly. Je např. možné představit si situaci, kdy jde dosud abstinující hráč velmi unavený z práce a má bažení zastavit se v oblíbené herně. Vidina důsledků, která by z takového chování mohla pramenit (např. pokuta, uvěznění apod.) je jistě negativní motivací, kterou takový člověk může v tu chvíli zvažovat. V tu chvíli takové uvažování může být dalším důvodem k tomu, že hráč svému bažení nepodlehne a poté pocítí úlevu, že do herny nezašel. K tomu se připojí pocit kontroly nad vlastním jednáním a zvyšování sebedůvěry a vlastní kompetence. Hráč přebírá zodpovědnost za své jednání, jeho rodina mu začíná více důvěřovat, což se zpětně pozitivně projevuje i u závislého jedince. Poškozená důvěra je v rodinách patologických hráčů obvyklým jevem, a to zejména kvůli častým lžím a podvodům. Už jenom samotné zapsání se do programu může být pro celou rodinu prvním signálem, že se závislý člen rodiny chce léčit, poté může nastoupit další léčba a klíčová podpora ze strany rodiny. Vzhledem k tomu, že výzkumy ukazují, jak jsou důležité vnější i vnitřní motivace, jsou tyto faktory jednou z věcí, které je třeba při hodnocení programů sebe-vyloučení pečlivě zvážit.

Bylo již také zmíněno, že přiznat si svůj problém a začít s léčbou může být těžší pro člověka vysokoškolsky vzdělaného nebo pro člověka, který zastává významnou pracovní pozici. Za těchto okolností může být návštěva odborníka nemyslitelná, a to už např. jenom z toho důvodu, že by tam mohl být někým viděn. Do kasina však takový člověk zajde, a tak se nabízí další otázka, zda pro něj není v tomto prostředí jednodušší rozhodnout se pro abstinenci a začít v tomto směru skutečně konat. O tomto jeho kroku se nemusí dozvědět nikdo jiný, než komu to takový člověk sám sdělí.

Z psychologického hlediska může být začlenění do programu úlevou, protože jedinec bere život do svých rukou a získává nad ním kontrolu. Je to jasný čin, který může podpořit nejen sebedůvěru, ale může odstartovat i snahu řešit další problémy způsobené hazardním hraním.

Co se dotazníku týče, hráči se většinou u odpovědi na otázku týkající se programu rozepisovali a někteří neodpovídali jednoznačně. Je možné, že někteří hráči by takovou možnost uvítali, ale zdá se jim v podmínkách stávající jurisdikce v České republice, neuskutečnitelná. 6 hráčů spontánně odpovědělo, že by formulář

podepsali a jsou si vědomi rizik, které tento program sebou nese (např. uvěznění, pokuta apod.). 3 hráči odpověděli, že by nesli rizika s tímto spojená, jako je tomu např. ve státě Missouri v USA. Prokázali tedy zároveň podrobnější znalost a fungování programu. Jeden z hráčů uvedl tuto myšlenku: *„Herny bych zrušil a nechal jenom kasina, kde by se platilo vstupné.“* Další z hráčů napsal: *„Ne. Není technicky možné, aby se při vstupu do místností s hracími automaty všichni příchozí legitimovali. Museli by být kontrolováni všichni návštěvníci restaurací, hotelů apod., kde se automaty nacházejí. Jiná situace by byla, kdyby bylo možné hrát pouze ve speciálních zařízeních a jinde by automaty nebyly. V tom případě je odpověď ano na otázku 9 a 10. V současné době však na obě odpovídám ne.“* Lze se tedy domnívat, že tento hráč by např. v systému, jaký je v Severní Americe, kde jsou herní automaty soustředěny do kasin, prohlášení podepsal. Mezi dalšími odpověďmi byla např. i tato: *„Nevidím to jako reálný nápad v podmínkách ČR; jsou lepší způsoby...“* Tyto další možnosti nezmínil. Bylo by nicméně velmi zajímavé, nechat samotné patologické hráče vytvořit vlastní, zdánlivě ideální a tudíž utopický systém léčby, který by byl, podle jejich názoru, tím nejlepším. Je možné, že takový výzkum by byl velmi inspirativní pro stávající systém léčby, péče a prevence o závislost na hazardních hrách. S velkou pravděpodobností by mohla z takového výzkumu vzejít doporučení, která by byla realizovatelná ve stávajících podmínkách.

Jedna z hráček odpověděla takto: *„Ne, nevidím v tom smysl. Jakékoliv nařízení se dá obejít a nedodržet – viz. nalévání alkoholu a prodej tabákových výrobků lidem mladším 18 let – zákaz je uzákoněn a přesto není možné zajistit jeho dodržování.“* Opět velmi důležitá odpověď, která demonstruje povahu českého systému bojujícího proti závislostem.

Většina hráčů by tedy ale podobný systém léčby a prevence v České republice uvítala. Programy sebe-vyloučení se však zatím zdají být utopií. A to i přesto, že v mnoha zemích světa nějakým způsobem fungují. Jmenujme např. Polsko, které je nám ze zemí, kde programy existují, geograficky i kulturně nejbližší. Herní průmysl odvádí obrovské sumy na veřejně prospěšné účely (více viz. bakalářská práce autorky). Toto množství peněz je pak např. využíváno pro stavbu dětských hřišť, na údržbu městské zeleně nebo na propagaci sportu. Je tedy jednoduché položit otázku, proč by nemohlo být uzákoněno, že místo dětského hřiště

by herní průmysl neměl z těch samých peněz provozovat program sebe-vyloučení? Takové řešení již tak utopicky nezní. Vždyť na programy sebe-vyloučení je třeba nahlížet jako na systém s velkým přesahem do sociální práce. Problém se však zdá být jinde, a sice v zaměření české legislativy, která hazardní hru spíše podporuje, než aby proti ní bojovala. Jeden příklad za všechny: Česká republika je pravděpodobně jediným státem, který hazardní hry podporuje daňovými úlevami. Hazard je totiž osvobozen od daně z příjmu.

Argumentem pro úspěšné zavedení programů sebe-vyloučení i v České republice může být fakt, že některá česká online kasina sebe-vyloučení dobrovolně nabízejí. Jedná se např. o společnost Betfair, která nabízí tzv. „zodpovědné sázení“ a dále dobrovolné sebe-vyloučení. Společnost na svých internetových stránkách píše: *„Betfair podporuje zodpovědné sázení a aktivně se snaží posilovat povědomí o problematice hazardních her a podporovat prevenci, intervenci a terapii. Cílem politiky Betfairu je minimalizovat negativní dopady problematického sázení a propagovat zodpovědný přístup ke hře. Jsme přesvědčeni, že je naší povinností vůči zákazníkům dbát o to, aby jejich zážitek ze hry na našich stránkách byl jen ten nejlepší možný, a informovat je o možných sociálních a finančních nebezpečích spojených s gamblingem. Zaměstnanci Betfairu jsou školeni v zásadách zodpovědné hry a mohou proto našim hráčům pomoci a na našich stránkách zpřístupňujeme informace a funkční prvky pro kontrolu hry: omezení výše ztráty a vložení prostředků, budíky pro časovou kontrolu nad hrou, nástroje pro dobrovolné vyloučení sebe sama ze hry, odkazy na charitativní organizaci GamCare a další organizace, návody, jak pomoci sám sobě, a vzdělávací informace, zamezení přístupu na stránku v případě nezletilých hráčů.“* (www.betfair.com, 28.8.2009)

K sebe-vyloučení uvádí: *„Pokud byste potřebovali s hraním na čas přestat, lze použít funkci pro dobrovolné vyloučení ze hry. Najdete jí v sekci 'Můj profil', nebo lze s žádostí o sebe-vyloučení kontaktovat náš ochotný helpdesk. Vyloučením dosáhnete uzavření účtu na období minimálně 6 měsíců. Účet nebude možné za žádných okolností během této doby znovuotevřít (v tom spočívá rozdíl oproti standardnímu uzavření účtu), a po uplynutí stanovené doby bude třeba zaslat písemnou odůvodněnou žádost o znovuotevření, jež bude individuálně posouzena.“* (www.betfair.com, 28.8.2009) Je také možné zkontaktovat ostatní provozovatele her

u nichž má hráč otevřené účty, a požádat je o sebe-vyloučení z každého z nich. Lze také nainstalovat software, který zablokuje přístup z počítače na stránky s herní tematikou. Dalšími online kasiny, nabízející podobné služby v České republice, jsou např. www.jetbull.com.

Pokud odborně i laicky nahlédneme do stávající situace s velkým optimismem a uvěříme, že sebe-vyloučení je jednou z možných cest k cíli zvanému abstinence, čeká nás ještě mnoho práce. Ta se týká především tlaku laické i odborné veřejnosti na naše zákonodárce, a to ve smyslu přijetí nového herního zákona. Hazardní hra by směla být provozována pouze na specializovaných herních místech (tj. pouze v kasinech) a ta by musela provozovat program sebe-vyloučení. Ráda bych připomněla, že tento systém např. v Severní Americe funguje a je to kontinent, který je mnohanásobně větší než naše země a žije na něm mnohanásobně vyšší počet obyvatel. Dle mého názoru, pokud tedy myšlenku na sebe-vyloučení okamžitě zavrhneme jako neuskutečnitelnou, zvláště když by byla samotnými problémovými hráči vítána, sami sebe připravujeme o prozkoumané a fungující možnosti a ulehčujeme tak práci politikům, které sami volíme.

Závěr

Dle zahraničních autorů jsou programy sebe-vyloučení efektivním nástrojem pro léčbu a prevenci problémového hráčství. Provedené dotazníkové šetření ukázalo, že by podobný systém léčby uvítali i čeští patologičtí hráči. V Česku však byla doposud na toto téma provedena jediná studie a tato oblast léčby a prevence je v naší zemi v naprostém začátku. Diskutovaná problematika je natolik neznámá, že se zdá téměř nemožné, že by podobný systém léčby u nás někdy mohl fungovat. Pro další zhodnocení této alternativy by bylo užitečné zmapovat efektivnost a průběh programů sebe-vyloučení v sousedním Polsku a dále připravit návrh nového zákona o provozování hazardních her. Programy sebe-vyloučení lze chápat jako odbornou intervenci s velkým přesahem do sociální práce a v tomto kontextu je třeba na ně nahlížet. Neméně důležité se zdá být zasvěcené a pravdivé informování odborné i laické veřejnosti.

Literatura:

BLASZCZYNSKI, A.- LADOUCEUR, R.- SHAFFER, H. A science-based framework for responsible gambling: The Reno model. *Journal of Gambling Studies*, 2004, 20, pp. 301-317

BLASZCZYNSKI, A.- LADOUCEUR, R.- NOWER, L. Self-exclusion: A proposed gateway to treatment model. *International Gambling Study*, 2007, 7, pp. 59-73.

FEDERMAN, E.- DREBING, Ch.- KREBS, Ch. 2000. *Don't Leave It to Chance – A Guide For Families of Problem Gamblers*. 1. vyd. Oakland: New Harbinger Publication. 2000. 224 p. ISBN 1-57224-200-0

HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s 699. ISBN 80-7178-303-X

HODGINS, D.- WYNNE, H.- MAKARCHUK, K. Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies*, 1999, 15, pp. 93-104

JIRÁSKOVÁ, K. 2007. *Patologické hráčství – výzkumná sonda do života hazardních hráčů v Rychnově nad Kněžnou*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií, 2007. 136 s. Vedoucí bakalářské práce: Markéta Habermannová, PhD.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5

KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 278 s. ISBN 80-7178-774-4

KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ, J. Moderátor zvládnutí zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 1999, roč. XLIII., č. 2, s. 106-118. ISSN 0009-062X

LADOUCEUR, R.- JACQUES, C.- GIROUX, I. et al. Analysis of a casino's self-exclusion program. *Journal of Gambling Studies*, 2000, 20, pp. 301-307

LADOUCEUR, R.- LACHANCE, S. 2007. *Overcoming Pathological Gambling. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press, 2007. 128 p. ISBN 0-19-531702-5

LADOUCEUR, R.- LACHANCE, S. 2007. *Overcoming Your Pathological Gambling Workbook*. New York: Oxford University Press, 2007. 83 p. ISBN 13978-0-19-531701-5

LADOUCEUR, R.- SYLVAIN C.- GOSSELIN P. Self-exclusion program: a longitudinal evaluation study. *Journal of Gambli Studies*, 2007, 23, pp. 85-94

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. 2009 [cit. 2009-03-01]. Dostupné na internetu: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

The 12th Step Recovery Program [online]. 2007 [cit. 2007-06-25]. Dostupné na internetu: <<http://www.gamblersanonymous.org/recovery.html>>.

National Gambling Impact Study Commission. 1999. *Final Report*, Washington, Dc: Government Printing Office. 1999. 300 p. ISBN 0-16-058876-6

NAPOLITANO, F. The self-exclusion program: Legal and clinical considerations. *Journal of Gambling Studies*, 2003, 19, pp. 303-315

NEŠPOR, K. 2000. *Návykové chování a závislost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X

NEŠPOR, K. 1996. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. Praha: Sportpropag, 1996. 107 s. ISBN-

NEŠPOR, K. Už jsem prohrál dost: Příručka pro ty, co mají problém s hazardní hrou, kdo chtějí takovým lidem pomáhat, kdo chtějí problémům s hazardní hrou předcházet. [online]. 2009 [cit. 2009-08-28]. Dostupné na internetu: <www.plbohnice.cz/nespor/hahra06d.pdf>.

NEŠPOR, K.- CSÉMY, L. Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. [online]. 2009 [cit. 2009-08-28]. Dostupné na internetu: <www.plbohnice.cz/nespor/cr12.doc>.

NEŠPOR, K.- CSÉMY, L. Kolik je v České republice hazardních hráčů? *Časopis Praktický lékař*, 2005, roč. 85, č. 2. s. 87-88

NEŠPOR, K.- SCHEANSOVÁ, A. Názory patologických hráčů na legislativu týkající se hazardních her a jejich zkušenosti s jejím dodržováním [online]. 2008 [cit. 2009-08-01]. Dostupné na internetu: <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/karel-nespor.php?itemid=2756>>.

NOWATZKI, N.- WILLIAMS, R. Casino self-exclusion programmes: A review of the issues. *International Gambling Studies*, 2002, 2, pp. 3-25

NOWER, L.- BLASZCZYNSKI, A. Characteristics and gender differences in casino self-excluders: Missouri data. *Journal of Gambling Studies*, 2006, 22, pp. 82-99

O'NEIL, M.- WHETTON, S.- DOLMAN, B. et al. 2003. Evaluation of self-exclusion programs: *Part A – Evaluation of self-exclusion programs in Victoria. Part B – Summary of self-exclusion programs in Australian States and Territories* [online]. 2009 [cit. 2008-07-01]. Dostupné na internetu: <<http://www.justice.vic.gov.au/CA2569020010922A/page/Gaming+and+Racing-Research-Self-exclusion?OpenDocument&1=0-Gaming+and+Racing~&2=0-Research~&3=0-Self-exclusion~>>>.

PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3

Productivity Commission, Australia. 1999. 'Australia's gambling industries: Final report' [online]. 2009 [cit. 2007-07-01]. Dostupné na internetu: <<http://www.pc.gov.au/inquiry/gambling/finalreport/index.html>>.

SHAFFER, H.- HALL, M. Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 2001, 92, pp. 168-172

SHAFFER, H.- LABRIE, R.- LAPLANTE, D. et al. The road less travelled: Moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, pp. 504-516

South Oaks Gambling Screen [online]. 2007 [cit. 2007-06-25]. Dostupné na internetu: <<http://www.addictionrecov.org/southoak.htm>>.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

Zodpovědné sázení [online]. 2009 [cit. 2009-08-28]. Dostupné na internetu: <<http://www.jetbull.com/zodpovedne-sazeni/>>.

Zodpovědné sázení [online]. 2009 [cit. 2009-08-28]. Dostupné na internetu: <<http://content.betfair.com/misc/?product=portal&sWhichKey=ResponsibleGambling&brand=betfair®ion=GBR&locale=cz>>.

20 Questions [online]. 2007 [cit. 2007-06-25]. Dostupné na internetu: <<http://www.addictionrecov.org/southoak.htm>>.

Přílohy

Příloha I. – Dotazník vytvořený k účelům výzkumu

DOTAZNÍK

Vyplněním tohoto dotazníku přispějete ke zmapování problematiky patologického hráčství v České republice. Děkujeme.

Věk:

Pohlaví (zakroužkujte): muž žena

Vzdělání (zakroužkujte): základní středoškolské s maturitou výuční list
VŠ

Povolání:.....

Stav (zakroužkujte): **svobodný/á** **ženatý/vdaná** **rozvedený/á;**
vdovec/vdova; s družkou/druhem

Nyní se (zakroužkujte): **léčím na lůžkovém oddělení / docházím na ambulantní terapeutickou skupinu**

1) Jak dlouho abstinujete?

2) Co Vás přimělo začít s léčbou?

3) Jaké jsou podle Vás příčiny toho, že jste se stal/a patologickým hráčem?

4) Pokud jste na léčení po několikáté, co Vám pomohlo se z toho opět dostat?

5) Co je pro vás tou největší podporou ve vaší abstinenci, co vás drží nad vodou?

6) Léčil/la jste se na lůžkovém oddělení pro diagnózu patologického hráčství? Pokud ano, jak vnímáte tuto zkušenost?

7) Jak dlouho docházíte na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů?

8) Jaký má pro vás přínos docházení na terapeutickou skupinu abstinujících hráčů?

- moc mi to nepomáhá
- docela mi to pomáhá
- hodně mi to pomáhá
- má to pro mě obrovský přínos a motivaci

9) Uvítal/la byste, kdyby patologický hráč mohl podepsat prohlášení, na základě kterého by ho nikde nenechali hazardně hrát?

10) Uvítal/la byste, kdyby soud mohl nařídit, aby určitého patologického hráče nikde nenechali hazardně hrát?

11) Co vám pomáhá abstinovat? (Můžete zaškrtnout více možností)

- partner

- rodina
- přátelé
- víra (v Boha, jiné síly)
- osobnost lékaře/ terapeuta/ zdravotnického personálu
- koníčky
- vidina lepší budoucnosti
- touha napravit škody, které jsem napáchal/a
- touha překonat svoji slabost
- touha dokázat, že „nejsem tak špatný/á“
- kamarádi, kteří také abstinují
- jiné (napište):

12) Jak si představujete svou budoucnost? (v práci, ve škole, v rodině apod.)

Příloha II. - Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous.

(zdroj: <http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>; 25.6.07)

1. Ztrácíte často kvůli hazardní hře čas?
2. Učinila hazardní hra váš život doma nešťastný?
3. Poškodila hazardní hra vaši pověst?
4. Cítíte po hazardní hře výčitky svědomí?
5. Hrál jste někdy proto, abyste získal peníze, jimiž byste zaplatil dluhy nebo vyřešil finanční těžkosti?
6. Zmenšilo hazardní hraní vaši ctižádost a výkonnost?
7. Když prohrajete, máte pocit, že se musíte co nejdříve vrátit a vyhrát, co jste prohrál?
8. Když vyhrajete, máte silnou touhu se ke hře vrátit a vyhrát ještě víc?
9. Hrajete často tak dlouho, dokud neprohrajete poslední peníze?
10. Půjčil jste si někdy proto, abyste financoval hru?
11. Prodal jste někdy něco, abyste financoval hru?
12. Nechce se vám používat peníze ze hry pro normální účely?
13. Způsobila hazardní hra to, že se nestaráte o prospěch rodiny?
14. Hrál jste někdy déle, než jste měl původně v úmyslu?
15. Hrál jste někdy, abyste unikl trápení a starostem?
16. Spáchal jste někdy nebo jste někdy uvažoval o spáchání nezákonného činu, abyste financoval hru?
17. Působí vám hra potíže se spaním?
18. Vedou hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že ve vás vzniká touha hrát?
19. Když se na vás usměje štěstí, cítíte touhu to oslavit pár hodinami hry?
20. Uvažoval jste někdy o sebezničení v důsledku hazardní hry?

Patologický hráč většinou odpoví kladně na 7 nebo více otázek.

Příloha III. - Dotazník na patologické hráčství „South Oaks Gambling Screen“

(zdroj: <http://www.addictionrecov.org/southoak.htm>; 25.6.07.)

1. Označte, prosím, který z následujících druhů hry jste ve svém životě provozoval.

U každého typu zatrhněte

„vůbec“, „méně než 1x týdně“ nebo „1x týdně a více“.

a/ hraní karet pro peníze: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

b/ sázky na koně, psí dostihy nebo jiná zvířata: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně

a více

c/ sázky na sportovní výsledky: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

d/ hra s kostkami o peníze: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

e/ hra v kasinu: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

f/ loterie, sázení čísel: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

g/ bingo pro peníze: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

h/ hra na burze, trhu s komoditami apod.: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

i/ tzv. výherní automaty, pokrové automaty a jiné přístroje na hazardní hru: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

j/ kuželky, střelba, golf nebo jiná hra vyžadující dovednost pro peníze: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

k/ jiné hry pracující s papírem než jsou uvedené výše: vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

l/ jiná forma hry než ty, které jsou uvedené výše (upřesněte prosím jaká): vůbec – méně než 1x týdně – 1x týdně a více

2. S jakým největším množstvím peněz jste hrál v jediném dni?

Nikdy jsem nehrál

Do 10 Kč

Více než 10 a méně než 100 Kč

Více než 100 a méně než 1000 Kč

Více než 1000 Kč a méně než 10 000 Kč

Více než 10 000 a méně než 100 000 Kč

Více než 100 000 Kč

3. *Zaškrtněte ty lidi ve svém životě, kteří mají nebo měli problém s hrou?*

Otec nebo matka

Manželka nebo partner

Bratr nebo sestra

Dítě

Prarodič

Jiný příbuzný

Přítel nebo někdo jiný významný v mém životě

4. *Když hrajete, jak často se vracíte zpátky druhý den, abyste nazpět vyhrál peníze, které jste prohrál?*

Nikdy

Někdy (méně než v polovině případů, kdy prohrají)

Většinou, když prohrají

Pokaždé, když prohrají

5. *Stalo se někdy, že jste tvrdil, že jste vyhrál, ale nebylo to tak, vlastně jste prohrál?*

Nikdy (nebo jsem nikdy hazardně nehrál)

Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál

Ano, většinou

6. *Měl jste někdy pocit, že vám hra působí problémy?*

Ne

Ano

V minulosti, ale ne nyní

7. *Hrál jste někdy víc, než jste chtěl?*

Ano – Ne

8. *Kritizovali lidé někdy Vaši hru nebo Vám říkali, že máte se hrou problém, ať už jste jim dal za pravdu nebo ne?*

Ano – Ne

9. *Cítil jste se někdy provinile kvůli hře nebo kvůli tomu, co se během hry stalo?*

Ano – Ne

10. *Cítil jste někdy, že chcete s hrou přestat, ale měl jste dojem, že to nedokážete?*

Ano – Ne

11. *Stalo se někdy, že jste ukryval tikety, sázenky, vyhrané peníze nebo jiné známky hry před manželkou, dětmi nebo jinými lidmi, kteří jsou pro Vás důležití?*

Ano – Ne

12. *Pohádal jste se někdy s lidmi, s nimiž žijete, kvůli způsobu, jak nakládáte s penězi?*

Ano – Ne

13. *Jestliže jste odpověděl na otázku 12 kladně: Týkaly se hádky kvůli penězům někdy hry?*

Ano – Ne

14. *Půjčil jste si někdy od někoho a peníze jste mu kvůli hře nevrátil?*

Ano – Ne

15. *Zameškal jste někdy práci nebo školu kvůli hře?*

Ano – Ne

16. *Jestliže jste si na hru nebo na placení dluhů kvůli hře půjčil, od koho nebo kde jste si vypůjčil?*

(Zaškrtněte „Ano“ nebo „Ne“ u každého bodu)

a/ z peněz na domácnost... Ano – Ne

b/ od manžela nebo manželky ... Ano – Ne

c/ od jiných příbuzných i ze strany manželky ... Ano – Ne

d/ od bank, spořitelén nebo kreditních společností... Ano – Ne

e/ z kreditní karty... Ano – Ne

f/ od lichvářů... Ano – Ne

g/ prodal jste akcie, obligace nebo jiné jistiny... Ano – Ne

h/ prodal jste osobní nebo rodinný majetek... Ano – Ne

i/ půjčil jste si z vlastního konta ((zaplatil jste nekrytým šekem)... Ano – Ne

j/ máte možnost půjčit si u sázkaře... Ano – Ne

k/ máte možnost půjčit si v kasinu... Ano – Ne

Hodnocení

Výsledný skór dotazníku vznikne součtem kladných odpovědí na „rizikové“ otázky:

Otázky 1, 2 a 3 se nepočítají

Otázka 4: „Většinou, když prohrají“ nebo „Pokaždé, když prohrají“

Otázka 5: „Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál“ nebo „Ano, většinou“

Otázka 6: „Ano“ nebo „V minulosti, ale ne nyní“

Otázky 7 až 11 „Ano“

Otázka 12 se nepočítá

Otázky 13 až 15 „Ano“

Otázky 16 a/ až 16 i/ „Ano“

Otázka 16 j/ až 16 k/ se nepočítá

(celkem 20 otázek se počítá)

Celkový součet =

0 = žádný problém

1 až 4 body = určitý problém

5 a více bodů = pravděpodobně patologické hráčství

ANOTACE

Předmětem diplomové práce je možnost léčby a prevence patologického a problémového hráčství pomocí programů sebe-vyloučení. Programy sebe-vyloučení představuje jako bránu vedoucí k další léčbě a jako jeden z efektivních systémů pomáhající hazardním hráčům překonat problémové chování. Uvádí fungující i navrhované modely sebe-vyloučení, jejich efektivnost i nutnost dalšího propracování.

Součástí diplomové práce je i obecná teoretická část, zabývající se zejména sociální oporou a motivací a dále dotazníkové šetření, zjišťující zejména zdroje podpory, které pomáhají patologickým hráčům abstinovat a jejich názor na programy sebe-vyloučení.

Tato práce je prvním uceleným českým textem, který o programech sebe-vyloučení pojednává.

Klíčová slova: program sebe-vyloučení, patologické hráčství, gambling, hazardní hra, prevence

Annotation

The dissertation discuss the potency of the self-exclusion programs in the treatment and prevention of pathological gambling. The self-exclusion programs presents as a gate that can lead to other types of therapies and as a one of the effective system that helps overcome the problem behavior of problem gamblers. The dissertation introduces existing as well as proposal models of the self exclusion-programs, their effectiveness and the need of further working out.

The dissertation contains a general theoretical part and the research work as well. The general theoretical part discuss the social backing and the motivation primarily. The research work made through the medium of questionnaires examines the social backing resources which helps pathological gamblers abstain. It also examines their opinion on self-exclusion programs.

This dissertation is the first comprehensive work in Czech Republic which discuss the self-exclusion programs.

Key words: self-exclusion programs, pathological gambling, hazard, prevention

POSUDEK VEDOUCÍHO DIPLOMOVÉ PRÁCE

Léčba a prevence problémového hráčství pomocí programů sebe-vyloučení

Bc. Klára Jirásková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií 2009

Počet stran: 100

Počet kapitol: 3, podkapitol 1. řádu: 4, podkapitol 2. řádu: 24, podkapitol 3. řádu: 22

Počet odborných publikací: 25, počet internetových zdrojů: 11

Autorka navazuje tématicky na svou bakalářskou práci a přináší velmi aktuální téma patologického hráčství. Zde se navíc věnuje programům sebe-vyloučení, které jsou v našich podmínkách víceméně nové a neznámé a to je potřeba velmi ocenit. Tématicky dostupná literatura v češtině není a je velmi užitečné, že autorka svou prací přispěla k rozšíření česky psaných textů k danému tématu a to jak pro oblasti psychologie, psychoterapie, léčby návyků i pro oblast sociální práce.

Struktura práce je rozdělena na 3 hlavní části. V první, teoretické části, nás autorka uvádí do problematiky patologického hráčství, popisuje průběh této nemoci i způsoby léčby a dále se věnuje zdrojům opory u patologických hráčů.

V druhé, speciální teoretické části, nacházíme podrobný popis programů sebe-vyloučení, jejich obecné principy, vývoj a konkrétní koncepty programu podle některých zahraničních autorů. Autorka uvádí i přehled dostupných zahraničních a jednu českou studii k danému tématu.

Třetí část je výhradně praktickou, výzkumnou částí diplomové práce. Autorka provedla studii zaměřenou na zdroje podpory u patologických hráčů a doplnila ji o jejich názory na programy sebe-vyloučení. Cíle výzkumu jsou přehledně stanoveny. Jako výzkumná metoda byl použit dotazník, který autorka sama sestavila. Výzkum proběhl v rámci PL Bohnice na závěr dvou skupinových sezení patologických hráčů, kde byla autorka přítomna. Přestože během své studie narazila na mnoho praktických překážek, s kterými se musela vypořádat, a samozřejmě je možné, že mohly ovlivnit validitu získaných dat, autorka přinesla velmi cenné údaje z oblasti, kde stále tato data chybí. Je si vědoma metodologických problémů a případných omezení dané studie a vše v závěru práce uvádí a diskutuje. Přesto je

velká škoda, že předem lépe nediskutovala s vedením o podmínkách vyplňování předložených dotazníků klienty. Je možné, že by získala více podnětných dat. Možná by bylo dobré, aby autorka ještě v rámci diskuse nad předloženou prací navrhla možnosti zlepšení výzkumných podmínek pro případné další opakování výzkumu či pro studii podobného charakteru.

V rámci praktické části práce je dále zjevné, že autorka dokáže na základě získaných dat předložit velmi zdařilou diskusi, kde uvádí řadu svých vlastních názorů, argumentací i možností dalšího řešení a vývoje daných problémů. Výzkumná část je obohacena přehlednými grafy a popisky.

Způsob uspořádání práce je přehledný, logický, kapitoly na sebe navazují. Autorka je schopna dobře pracovat s odbornou literaturou. Citace i přehled literatury jsou v pořádku. Je nutno vyzdvihnout velké množství zahraniční literatury.

Předložená studie je velmi zdařilá a doporučuji ji k obhajobě. Pokud bude i průběh obhajoby v pořádku, navrhuji velmi vysoké ohodnocení.

Práce je navíc cenná tím, že obsahuje části, které nejsou dostupné v české literatuře. Doporučuji tímto, aby autorka diplomovou práci (ve výtahu) publikovala v odborném tisku.

V Praze 14. září 2009


PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.

Oponentský posudek na diplomovou práci Kláry Jiráskové: Léčba a prevence problémového hráčství programů sebe-vyloučení (PVŠPS, 2009)

Autorka svou diplomovou práci věnovala problematice programů sebe-vyloučení (self-exclusion programs) u patologické závislosti na hráčství, které u nás zatím nejsou příliš známy. Autorka ukazuje, že programy sebe-vyloučení by mohly představovat jednu z možných cest k léčbě hráčských závislostí; uvědomuje si ovšem, že v České republice jde zatím spíše o utopický koncept, protože zde schází legislativní podmínky. Přesto se pokusila celý program podrobněji popsat a doplnit práci empirickým šetřením, které bylo orientováno na zjištění postojů léčených hráčů k zavádění těchto programů.

Práce je napsána jasným, čtivým slohem, je přehledně uspořádána a rukopis je veden vzorně. Problémem, kterému by bylo vhodné věnovat pozornost při obhajobě, je jasné definování cíle a hypotéz empirického šetření. Protože jde o téma dosud nezmapované, má práce průkopnický ráz - a pro čtenáře zatím představuje možnost se s celou problematikou v obrysech seznámit. Vzhledem k tomu, že práce splňuje požadavky kladené na práce diplomové, doporučuji ji k obhajobě.

12.9.2009



doc. PhDr. Jaroslav Kot'á