

System pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách

Karolína Novotná

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Karolína Novotná
Osobní číslo: H17666
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti patologického hráčství, prevence a institucí pro léčbu závislostí.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: Tisková/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- NEŠPOR, Karel. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál, 2011, 159 s. ISBN 978-80-262-0009-3.
NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 273 s. ISBN 978-80-7380-074-1.
PRUNNER, Pavel. *Gamblerství, aneb, Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, 360 s. ISBN 978-80-7380-452-7.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lucie Blašíková, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: 4. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2020

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 22. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25.5.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nerádělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu krytého nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užívat či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které ná vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádne k větší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá systémem pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola vysvětluje pojmy jako např. hazardní hry, patologické hráčství, patologický hráč. Dále obsahuje typologii hráče a druhy hazardních her. V druhé kapitole jsou popsány možnosti péče, které nyní nabízí aktuální systém pomoci. Třetí kapitola se věnuje resocializaci hráče zpět do běžného života. Praktická část se pomocí kvalitativního výzkumu zabývá pohledem sociálních pracovníků na kvalitu a úskalí v systému pomoci.

Klíčová slova: hazardní hry, patologický hráč, systém pomoci, resocializace

ABSTRACT

The Bachelor thesis deals with a system of assistance for people who are addicted to gambling. The work is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter explains concepts such as a game of chance, gambling, gambler. It also describes a player typology and kinds of gambling. The second chapter describes an addiction treatment facility that offers current system of assistance nowadays. The third chapter deals with a resocialization of the player back to the ordinary life. With the help of qualitative research, the practical part deals with the view of social workers themselves on the quality and difficulties in the system of assistance.

Keywords: game of chance, gambler, system of assistance, resocialization

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Lucii Blašíkové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, doporučení, ochotu a trpělivost při vedení mé práce. Zároveň chci také poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a vstřícnost při realizaci výzkumu.

Děkuji také své rodině a přátelům za potřebnou podporu během celého bakalářského studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HAZARDNÍ HRY	13
1.1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ.....	13
1.2 PATOLOGICKÝ HRÁČ	14
1.3 DRUHY HAZARDNÍCH HER	18
1.4 OHROŽENÍ LIDÉ	21
1.5 ZÁVĚR.....	22
2 LÉČBA PATOLOGICKÝCH HRÁČŮ	23
2.1 KRIZOVÁ INTERVENCE	23
2.2 AMBULANTNÍ LÉČBA	24
2.3 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	27
2.4 POBYTOVÁ LÉČBA	28
2.5 ZÁVĚR.....	29
3 RESOCIALIZACE	30
3.1 PREVENCE RELAPSU	30
3.2 SVĚPOMOCNÁ ORGANIZACE ANONYMNÍCH HRÁČŮ	31
3.3 ZÁVĚR.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METOLOGIE VÝZKUMU.....	35
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
4.2 CÍLE VÝZKUMU	35
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
5 ANALÝZA DAT.....	38

5.1	POUHÁ FAKTA	41
5.2	PROFESE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA.....	42
5.3	DIGITÁLNÍ PAST.....	43
5.4	ČAS NA ZÁCHRANU	45
5.5	RODINA ZÁKLAD STÁTU	49
5.6	VŽDY JE CO VYLEPŠOVAT	49
5.7	SCHOPNOST SE PŘIZPŮSOBIT.....	50
6	INTERPRETACE DAT.....	52
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

V dnešní době můžeme říct, že každý člověk je na něčem závislý. Mnoho lidí je závislých na moderních technologiích, na lécích, na psychoaktivních látkách nebo také hazardních hrách. Závislým se člověk může stát během chvilky. U hazardních her je to bohužel ještě kratší doba. Jelikož stačí pouze jedna výhra.

Ve výběru tématu nás podpořila také skutečnost, že velmi často jsme přišli do styku s jedinci postiženými touto závislostí, včetně jednoho příbuzného. Naši prací bychom chtěli lépe pochopit tuto nemoc a ponořit se hlouběji do možností pomoci těmto lidem. A také zdůraznit důležitou roli sociálního pracovníka při resocializaci patologických hráčů.

Pod pojmem gamblerství si většina lidí představí restaurační zařízení, v nich blikající herní automaty na mince, u kterých posedávají především muži z nižší společenské vrstvy. Ovšem s nástupem nového loterijního zákona a povinnou registrací hráčů se gamblerství postupně přesouvá do kasin, a především na internet.

Stejně tak se může měnit stereotypní pohled na pojem gamblerství a typického gamblera. S postupným zaváděním nových technologií a přístupností internetu má mnoho lidí a věkových skupin možnost zažít pocit vzrušení, riskování a snadné výhry. Je předpoklad, že k tomuto patologickému jevu je možné nyní se dostat lehčeji a v mnohem nižším věku než kdy předtím.

A to například pomocí počítačových her a v nich zavedených mikro-transakcí, kdy může hráč získat výhodu nad ostatními koupí lepšího vybavení, či jen odlišného vzhledu si již v raném věku můžou hráči vybudovat závislost na hrách a utrácet spoustu financí.

Práce má teoretický charakter, vycházeli jsme z myšlenek autorů, kteří se zabývají touto problematikou. Cílem je shrnout teoretické poznatky, které nám odborná literatura nabízí. Dále se zabýváme ohroženými skupinami a druhy hazardních her, které jsou ukotvené v zákoně. Shrňeme také možnosti pomoci, které aktuální systém nabízí. A nezapomeneme také na resocializaci hráče. Naši bakalářskou práci jsme obohatili o část empirickou, v níž jsme vedli rozhovory se sociálními pracovníky, kteří se zabývají touto problematikou.

Chtěli bychom zjistit, zda jsou přítomné tyto nové trendy pomoci v systému pomoci, ať už státních či neziskových organizací, nabízejících pomoc lidem ohroženým či zasaženým tímto patologickým jevem. **Hlavním výzkumným cílem** je zjistit a popsat systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách. Dále budeme zjišťovat, zda systém pomoci vnímají

sociální pracovníci jako fungující, či nikoli. Také se budeme zabývat metodami práce sociálních pracovníků při práci s tímto patologickým jevem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HAZARDNÍ HRY

Všeobecně se závislost vyznačuje především jako neschopnost ovládat své chování. Závislosti rozlišujeme na závislosti biologické, sociologické, psychologické a kulturně antropologické. Prunner popisuje podle Harla a Harlové závislost jako stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. (Hartl a Hartlová in Prunner, 2013). [20]

Jednou z nejčastějších závislostí je závislost na hazardních hrách. Hazardní hry se vyznačují především tím, že výsledek závisí výhradně na náhodě, pravděpodobnosti apod. Slovo „hazard“ vzniklo ve středověku z arabského názvu hracích kostek - „azzahr“. U našich autorů se z psychologického hlediska pojem hazardní hra užívá k označení strategie lidského chování na uplatňování a preferenci rizikového rozhodování za současného potlačení regulujícího faktoru zodpovědnosti. (Petráčková a Kraus 2000 in Prunner, 2013) [18]

„Hazardní hrou se rozumí hra, sázka nebo los, do nichž sázející vloží sázku, jejíž návratnost se nezaručuje, a v nichž o výhře nebo prohře rozhoduje zcela nebo zčásti náhoda nebo neznámá okolnost.“ (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

1.1 Patologické hráčství

S hazardním hraním je spojeno také patologické hraní. Je to závislost, která se projevuje stejnými znaky jako jiné druhy závislostí. Diagnóza pojmenována „patologické hráčství“ se v České republice používá od ledna 1994. Světová zdravotnická organizace ji definuje jako poruchu, která spočívá v opakovaných sériích hráčství, které jsou na úkor sociálních, materiálních, rodinných nebo pracovních závazků. Lidé s touto poruchou často mohou riskovat ztrátu jejich zaměstnání, že se velmi zadluží, budou lhát a porušovat zákony, aby získali peníze. Postižení popisují intenzivní chuť ke hře, které nelze odolat spolu se zaujetím a myšlenkami, které hru doprovázejí. Chuť ke hře se často zvyšuje vzhledem k stresujícímu období života způsobenému i díky nepříznivým sociálním podmínkám, narušeným rodinným vztahům nebo rozpad osobního života. (Höschl a kol., 2002, s. 567)[4]

Prunner definuje podle Nešpora tři druhy hráčství. **Hráčství a sázkařství**, kdy hráči mají časné hraní pro vzrušení nebo pokus vyhrát peníze. Lidé v této kategorii drží často své hraní na uzdě. Chápu riziko ztrát a nepříznivých důsledků. **Nadměrné hráčství** tito hráči často rizika sice vědí, počítají s nimi, a i nadále riskují. Zvyšují jak sázky, tak čas strávený

hraním. U Hráčství **sociopatických osobností** se vyskytuje trvalá porucha sociálního chování, která se projevuje agresivními činy nebo dalšími výraznými projevy nedostatku zájmu. (Nešpor in Prunner, 2008) [27]

Nešpor uvádí čtyři základní systémy, které se podílejí v různé míře na vzniku patologického hráčství. Prvním **systémem je psychický systém**. Lidé jsou postižení většinou nějakou těžkou životní situací, při které dochází k vyhledávání vzrušení. Druhým systémem je **systém fyzický**, kde patologické hráčství sice nezpůsobuje tělesné odvykací příznaky, ale psychiku a celkovou tělesnou kondici samozřejmě ovlivňuje. Třetí systém je **rodinný systém**, kde rodina sice chrání jedince před vlivem patologického hráčství, ale může vzniku choroby také napomáhat. V častých případech rodina potřebuje peníze, nebo se vyskytují různé vážné problémy. A člověk se díky tomu může začít cítit sám. Poslední systém je **systém sociální**, na jehož vzniku nebo prevenci má podíl společnost, která legalizuje zákony a upravuje formy hazardních her. (Nešpor in Prunner, 2013) [21]

1.2 Patologický hráč

Patologický hráč je jedinec, který na rozdíl od hráče „normálního“ trvale opakuje svoji herní aktivitu a část patologických hráčů zvyšuje intenzitu herní aktivity i přes vznikající negativní důsledky této činnosti. Prunner popisuje charakteristiku hráčských znaků patologické hráčské vášně dle Berglera, který je v roce 1957 definoval následovně. Hráč, který miluje časté riziko. Hra, která absorbuje většinu jeho zájmů, aktivit a fantazií. Hráč je optimistický, neschopný poučit se z porážek a navzdory logice a pravděpodobnosti věří ve šťastný osud a v to, že se mu vytrvalost vyplatí. Hráč je neschopný přestat i v tom případě, že se mu podaří vyhrát. Hráč riskuje neúměrně vysoké finanční částky. Mezi vloženými penězi a výsledkem prožívá slastně úzkostné napětí. (Vacek 1992 in Prunner, 2013) [18]

Patologičtí hráči jsou děleni do následujících pěti podtypů: neurotický, psychopatický, impulzivní, subkulturní a symptomatický. Neurotický typ hráče se vyznačuje hraním jako odpovědí na emoční problémy, jako příklad můžeme uvést manželské konflikty; pro psychopatického hráče je zase typické hraní ve spojení s asociálními vzorci chování; hraní impulzivního typu hráče je doprovázeno ztrátou kontroly; pro subkulturní typ hráče je charakteristické, že hráč začne hrát, aby se neodlišoval od vrstevníků, ale později vznikají problémy s kontrolou hraní. Poslední symptomatický typ hráče se vyznačuje hraním spojeným s psychickou poruchou, např. depresí, což je považováno za druhotný úkaz.

(Prunner, 2008) V případě hráčských závislostí bývá používána pětibodová stupnice v bodových hodnotách od 0 do 4.

Úroveň 0–V této úrovni hráči neprovozují žádnou hazardní hru.

Úroveň 1–V první úrovni hráči provozují rekreační hraní bez negativního dopadu na jejich reálný život.

Úroveň 2–V této úrovni hra hráčům přináší výskyt drobných problémů.

Úroveň 3 – Ve třetí úrovni vede hra ke vzniku dalších větších problémů a nepříznivých souvislostí. Tyto problémy nabývají vážnosti a negativně zasahují do reálného života hráče.

Úroveň 4–V poslední úrovni se jedná o motivované hraní, díky kterému se hráči snaží vyřešit již existující problémy vzniklé patologickým hraním. Hráči i nadále ignorují prodlužování hry a zvětšování vzniklých problémů (Prunner, 2008, s. 71). [26]

Typologie hráčů

V žádné knize nenajdeme jednoznačnou definici typologie hráčství. Často ale pracovníci rozlišují hráče do dvou skupin. Na „sociální“ hráče, pro které je hraní zábava bez nepříznivých dopadů na jejich osobní život. Hraní je pro ně volnočasovou aktivitou, a i náklady na ni považují za prožitou zábavu. Hráči mají kontrolu nad částkou, kterou jim hraní vezme. Jsou schopni přestat kdykoli hrát. Druhou skupinou jsou hráči „závislí“, kteří již svoji kontrolu nad hraním ztrácejí. I v případě, že jejich hraní má negativní důsledky. Emoce, vzrušení a radost z výhry, které hazardní hry poskytují, jsou pro ně nejvíce návykové. Pro hráče bývá obvykle hraní jako útěk před problémy, ze stresu a každodenního života. (Hughes a Ustok, 2013, s. 10-11) [5]

Typologií hráčů se zabývá hned několik autorů. Muhlpackr ve své knize uvádí výzkum podle Chvíly, který ve své výzkumné práci uvádí hned několik typologií, které poté slouží k sestavení správné terapie. (Chvíla in Muhlpackr, 2008) [10]

Typ A – je charakterizován výraznou snahou zopakovat si hazardní jednání, znovu prožít hráčské získané zkušenosti. Ale s rostoucí potřebou finančního vkladu do hry a stupňováním prožitků se nezastaví ani před nezákonnými činy, jelikož hledá způsob, jak získat další finance na hru. Jedná se o sociálně narušeného jedince s osobnostními rysy nezdrženlivosti. (Chvíla in Muhlpackr, 2008) [10]

Typ B – má nejvýraznější vyjádřenou potřebu útěku od reality ke hře, hledá náhražku své úzkosti, pocitu viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí nebo rodině. Často si také nedokáže přiznat svůj problém, a tak se jej snaží zakrýt. Tento typ má často sklon k neurotickému řešení problémů, dále je zvýšená anxiozita a nejistota v sebehodnocení. (Chvíla in Muhlpachr, 2008) [10]

Typ C – má nejvíce vyjádřenou neschopnost kontrolovat svoji hru. Projevuje se podrážděností při myšlence nebo snaze o ukončení hraní. Považuje hru za svou nutnou potřebu, které se nemůže zbavit. Hráč si nepřipouští výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu. Jedná se o typ s výraznou toxikomaničnou dispozicí a kompulzivitou v řešení situací. (Chvíla in Muhlpachr, 2008) [10]

Cesta, která vede k patologickému hráčství, může být různě dlouhá a ze začátku nenápadná. Autoři rozdělili stadia hry na tři fáze geneze.

První fáze

Začáteční fáze neboli „stadium vyhrávání“. Tato fáze je začátek sázení a počátečním úspěchem. Lidé často pocítují neobvyklou energii, lepší a zaostřenější koncentraci. Vzniká zájem o nějakou herní strategii a jedinci stoupne hráčské sebevědomí. Hráč začne hrát pouze určité hry, které považuje za „tutovky“ a začne na ně sázet i větší finanční obnosy. Postupem času hráči považují hru za činnost, která jim zlepší náladu a zvýší sebevědomí. Patologický hráč poté dává častěji přednost hře před vším ostatním, a tím se vzdaluje osobám blízkým, jelikož hře věnují více času, energie a také stále víc zaměstnává jeho myšlenky. (Prunner, 2013) [18]

Podstatným rizikovým faktorem je, jak už zmiňujeme, zvyšování sázek, které vede k utváření nepřiměřených představ o hazardních hrách. Hráči vidí často šance lehce nabytých peněz. Hráči se snaží svoji výhru zopakovat, proto častěji prohrávají. (Sochůrek, 2009) [29]

Druhá fáze

V této fázi, která se nazývá také „ztrátová“ neboli „stadium prohrávání“, se již jedná o patologické hraní. Dochází k ubývání počtu výher a narůstá proher. Často lidé dochází do finanční tísně a musí si peníze půjčit, aby mohli pokračovat ve hře. (Muhlpachr, P., 2008) [9] Tato fáze s sebou nese vznik nejrůznějších problémů. Lidé se často dostávají do situací, kdy začnou lhát a slibovat. (Prunner, 2013) „*Problémový hráč v době, kdy s někým komunikuje a něco slibuje, se zprvu v daném okamžiku domnívá, že svému slibu dostojí.*

Postupně s narůstajícími komplikacemi však mnohdy začíná lhát i vědomě a od samého počátku ví, že své návrhy či sliby není schopen dodržet.“ (Prunner, 2013, s. 138) [18] Jedinec často věří, že jediný způsob, který vyřeší všechny jeho problémy, je právě velká výhra, ke které se stále beznadějně upíná. I když se v tomto období objevují tendence s hraním přestat, nebývají často úspěšné. Jedinec se k hraní vrací. Fáze prohrávání zahajuje jakýsi bludný kruh. V případě, že se jedinec přizná rodině se svým problémem, mohou příbuzní danému hráči pomoci v jeho obtížné situaci. Je to možné v situaci, kdy jsou schopni pokrýt finanční závazky, které v této souvislosti vznikly. (Sekot, 2010) [30]

Pokud zvyšující počet proher a narůstající dluhy hráče od hraní neodradí, ale dále pokračuje, jedinec se dostává do třetí fáze hraní.

Třetí fáze

Třetí fáze je nazývána „stadium zoufalství“. V této fázi jedinec stále zvyšuje dobu, kterou tráví hraním. Situace se i nadále zhoršuje. *„Přichází soudní jednání, podmíněné nebo nepodmíněné tresty, odcizení od rodiny i přátel, osamělost. Stále více času tráví hráč hrou nebo fantaziemi o ní. Má tendence obviňovat z odpovědnosti za své neštěstí druhé. Lituje se, propadá depresi a beznaději. V této fázi se hráč může dopustit i závažnějších trestných činů. Typické jsou krádeže, zpronevěry a podvody.“* (Nešpor, 1994, s. 16) [14]Není výjimkou, že osoby, které dříve vedly normální, spořádaný život, začnou například zneužívat své pracovní postavení. Jelikož hráč z důvodu své potřeby hrát, vzhledem k potřebě splácet dluhy, padělá dokumenty, vypisuje nekryté šeky, bere si úplatky, okrádá své kolegy apod. Svě jednání si často ospravedlňuje záměrem získat peníze pro velkou výhru, která by vše splatila. (Prunner, 2013) [18] *„Za dané situace není výjimkou, kdy těžce zadluženého hráče, který si uvědomil riziko spojené s pravděpodobností odhalení jeho kriminálního jednání, jako jedna z možností vyřešení vzniklých problémů, napadá i varianta sebevraždy“.* (Lesieur a Rosenthal in Prunner, 2013, s. 141) [22]

Čtvrtá fáze

V naší literatuře se setkáváme s teorií tří fází geneze, ale ve světové literatuře najdeme ještě jedno rozdělení podle Rosenthala, který hovoří o tom, že u některých hráčů dochází ještě ke vzniku čtvrté fáze. Tu označil jako „stadium rezignační“. Hráč se v této fázi dostává do beznadějného zoufalství. Přestává se rozhodovat, dostává se do celkové pasivity. Na základě osoby, která má na něj vliv, je schopen hráč vyhledat lékařskou pomoc. Mnohdy si uvědomí, co svým chováním způsobil. V důsledku výrazného stresu v této fázi vznikají rovněž těžké psychické problémy. Hráči trpí vyšším krevním tlakem,

pocitují silné bušení srdce, trpí nespavostí, střevními a žaludečními problémy. (Rossenthal in Prunner, 2013) [22]

1.3 Druhy hazardních her

Rozvoj technických dovedností se projevuje ve všech oblastech našeho života a samozřejmě neminul ani sféru zábavy. Zde se doba promítla na vzniku automatů, které se dělí na „zábavní hrací přístroje“ a „výherní hrací přístroje“. U zábavních herních automatů si lze za stanovený obnos prodloužit možnost zábavy. Tudiž se v zábavních automatech hraje pouze o čas, kdy má osoba tento druh zábavy k dispozici. Tito hráči nejsou považováni za hazardní hráče, ale i tento druh automatů má svá rizika v souladu s nadměrným časem, který za automatem stráví. Do kategorie „zábavných přístrojů“, které se stávají zdrojem zábavy, řadíme také počítače a hry na nich. (Prunner, 2008) [26]

V České republice je nejrozšířenější možností sázení na hracích automatech. Tyto přístroje umožňují lidem sázet, ale i občas vyhrávat. Tyto automaty můžeme rozdělit na tzv. „lehké a těžké automaty“. (Nešpor in Prunner, 2008) [26] Hráči si postupem času vytvářejí své vlastní teorie, které dle jejich názorů zvyšují možnost výhry. Jednou z teorií je, že automaty zvyšují šanci výhry, pokud již delší dobu výhru neumožnil. (Prunner, 2008) [26] Prunner uvádí, že „*Výherní přístroje mají v České republice trvale největší podíl v oblasti vsazených celkových objemů peněz. V roce 2005 činil podíl výherních hracích přístrojů plných 55 %. I v roce 2006 bylo zaznamenáno další zvýšení o 5,3 % a z celkového počtu více jak 98 miliard vsazených korun, což bylo téměř 53 miliard. Velký vliv na tomto stavu má skutečnost, že v naší republice je v současné době okolo 3,5 tisíce míst, kde bylo v roce 2006 umístěno více jak 56 tisíc výherních hracích automatů.*“ (Prunner, 2008, s. 49) [26] Ale 26. května 2016 přišel k platnosti nový Zákon č. 186/2016 Sb. o hazardních hrách, který byl však platný až od 1. 1. 2017. Zákon upravuje loterii, kurzovou sázku, bingo, živou hru, totalizátorovou hru, tombolu a také turnaje malého rozsahu. Rozdělil i způsob provozování her na „**Land-based**“ základní způsob v tzv. kamenných provozovnách a „**Internetové hry**“. Pomocí internetu lze provozovat několik typů hazardních her, jako jsou loterie, kurzová sázka, totalizátorovaná hra, bingo nebo technická hra. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

Zákon č. 186/2016 Sb. rozděluje loterii do třech kategorií.

Loterie

První kategorií jsou **peněžité a věcné loterie**. Provozovatel této hry poskytne hráčům určitý počet losů s pořadovými čísly. Poté proběhne slosování, ve kterém jsou zahrnuty všechny vydané losy. Druhou kategorií jsou **číselné loterie**. U této kategorie není předem určen počet sázejících ani výše herní jistiny. Výhra se poté počítá dle počtu výherců a celkové výše sázek předem stanoveným podílem. Třetí kategorií je **okamžitá loterie**, v naší republice nejrozšířenější. U této loterie si sázející zakoupí „los“, čísla jsou do doby koupě zakrytá, bezprostředně po jejich odkrytí se dozví případnou výhru. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

Technické hry

Technické hry tvoří samostatnou skupinu výherních hracích přístrojů, do kterých řadíme především elektromechanické rulety, elektromechanické kostky, on-line-video-loterijní terminály, elektronické pokerové stoly, E – hry. Technické hry se u nás začaly rozvíjet od roku 1999. (Prunner, 2008) [26]

Živá hra

Tyto hry jsou provozované ve zvláště k tomu určených hernách nebo kasinech. V této hře není předem určený počet účastníků, není známa také výše vsazených částek jedné hry. Ruleta, kostky a karetní hry hrají hráči proti provozovateli kasina. Na každou hru musí být vždy přítomen jeden provozovatel. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

Herny a kasina

Základní způsob tzv. kamenné provozovny se nazývá „Land-based“, Zákon č. 186/2016 Sb. o hazardních hrách. Zákon zajistil zmizení automatů z klasických hospod a přemístí ují se výherní přístroje pouze ve velkých hernách a kasinech. Tento zákon upravuje hazardní hry a jejich druhy, také podmínky provozu a opatření pro zodpovědné hraní. Zákon také upravuje působnost správních orgánů v této oblasti. Ministerstvo se tímto zákonem snaží zamezit tomu, aby sociálně slabší jedinci dávali peníze od státu do hazardních her. Aby tohle pravidlo mohlo fungovat, vzniká už tři roky seznam osob, ve kterém budou evidováni příjemci pomoci v hmotné nouzi. Poté by měl fungovat tak, že člověk musí při vstupu ukázat občanský průkaz, provozovatel je povinen ho zkontrolovat, zda není na zmíněném seznamu. Pokud ano, pak jej musí požádat, aby ho opustil. Základní rozdíl mezi hernou a kasinem nalezneme v druhu her. Zatímco obec v herně povoluje pouze technickou hru,

v kasinu naleznete kromě technické hry také živou hru a bingo. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

Bingo

Tato sázková hra je provozována díky zvláštnímu druhu žetonů s kombinací patnácti čísel v číselné řadě (od jedné do devadesáti), při kterých není určen předem počet účastníků ani výše herní jistiny. Losování se zde provádí za pomoci mechanického zařízení v postupném losování čísel. Výhra se poté vypočítává podle výše vkladů a podle druhu výhry. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38] Tato hra má v České republice nyní utlumenou tendenci. Největší oblibu měla v roce 1995, kdy bylo vsazeno přibližně 1,1 miliardy korun. Pokles zájmu o Bingo se promítl i na počtu provozoven, která tuto hru nabízí. V roce 2006 se v ČR nacházeli pouze dva provozovatelé. Dnešní doba také nabízí nové možnosti, a to například možnost si zahrát Bingo pouze ve speciálních hernách a kasínech. Zcela jistě si lze zahrát Bingo i on-line nebo také existují hry Bingo, které jsou ke stažení zdarma. (Prunner, 2008)[26]

Kurzové sázky

Kurzové sázky jsou hazardní hra, u které je výhra podmíněna uhodnutím sportovního výsledku nebo uhodnutím události veřejné pozornosti. Výše výhry se počítá v poměru, ve kterém byla sázka přijata. Tento druh sázení je v dnešní současné době velmi rozšířený a má již svou dlouholetou tradici. V minulosti se sázelo především na pořádané dostihy. Tyto události přesahovaly samotný rozměr hry, kdy měla význam především z hlediska sociálního, jelikož dostihy lidé považovali za společensky důležitou událost. (Prunner, 2008) [26]

Nyní jsou nejrozšířenější tzv. „sportovní sázky“. Nejrozšířenější jsou sázky na fotbal, hokej, basketbal nebo tenis. Ale v současné době se sází nejen na sporty, ale téměř na každou významnou událost. (Prunner, 2008) [26] Velký nárůst sportovních a jiných sázek přišel s přemístěním na internet. Každý hráč má svůj účet, ve kterém jsou osobní údaje. Účty jsou také většinou napojeny na bankovní účet, a tím pádem je snadnější prohrát větší obnos peněz. Vznikl i nový druh sázkových her, a to živá kurzová sázka typu LIVE sázka. Tento druh her umožňuje přijímat sázky v průběhu konání sázkové příležitosti. (Zákon č. 186/2016 Sb.) Prostřednictvím kurzových sázek je tedy možno sázet na cokoli, kdykoli a odkudkoli. Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti se dříve on-line sázením zabývalo přibližně 3 % populace. Nyní je mezi patologickými hráči přibližně 30 % on-line sázkařů. Nešpor v článku pro Právo uvedl: „Člověk má pocit, že on-line

hraní a sázení je diskrétnější a také dostupnější. Ale ta anonymita je iluzorní,“ (Jelínková ©, 2017) [38]

Totalizátorová hra

Totalizátorová hra je sázková hra na sportovní výsledky. Dále může být podmíněna uhodnutím pořadí soutěžících, závodů. Výše výhry je závislá na poměru vkladů výherců a předem stanoveného podílu výher. (Zákon č. 186/2016 sb. © 2016) [38]

1.4 Ohrožení lidé

Ohroženým v oblasti hráčství je každý z nás, ale i tak existují některé ohroženější skupiny.

Děti a dospívající

První skupinou jsou děti a dospívající, v této věkové skupině mají návykové nemoci dramatičtější průběh. Většinou se stanou patologickými hráči během několika týdnů až měsíců. Důležitým faktorem při závislosti u dětí je rodinná situace. Také závislostí trpí častěji děti, které jsou nebo byly časově zanedbávány, nebo děti, jejichž rodiče hráli nebo hrají hazardní hry. Ale také děti s poruchami chování, poruchami pozornosti nebo depresemi. (Nešpor, 2011) [16]

Nyní mají děti a dospívající mnohem snadnější přístup k online kasinům než dříve. Je to způsobeno také politikou nelegálních hazardních portálů, které nevyžadují po sázkařích identitu a plnoletost. V této věkové kategorii jsou také rozšířené počítačové hry, které se velmi podobají hazardním hrám. (Nešpor, 2011) [16] V počítačových hrách si hráči mohou pomocí mikro transakcí dokupovat virtuální předměty, výhody, odlišný vzhled. Velmi známou platformou je Steam, ve kterém hráči mohou kupovat počítačové hry nebo software. Existují i další platformy pro prodej počítačových her např., Battle. net, UPlay, Origin. Hráči na těchto platformách mohou nakupovat pomocí platebních karet nebo svých mobilních telefonů. Ceny předmětů se pohybují od 3 centů až do několika tisíc eur. Podle studie „From Sponge Bob to Texas Hold'Em: Social Influences of Underage Gambling“ se rapidně zvyšuje množství hazardních prvků v životě dětí. Pro příklad uvádí arkádové hry, které jsou často součástí zábavních parků, ve kterých děti mohou získat žetony, které později vymění za lákavé ceny. Děti a dospívající berou počítačové hry jako zpestření volného času, ve kterých většina z nich nevidí přítomnost hazardních prvků a neuvědomují si ani podobnost s herními automaty. (Beneš ©, 2019) [35] Hazard u dospívajících vede k dalším problémům, jako jsou nižší úroveň vzdělání nebo horší uplatnění. (Nešpor, 2011) [13]

Muži a ženy

Mezi ohrožené skupiny nepatří pouze muži, ale v současné době také ženy se stávají patologickými hráčkami. Často ženy propadnou k hazardním hrám v době, kdy se cítí osamoceny a odcizeny od rodiny, tzv. syndrom prázdného hnízda (Prunner, 2013) [18]

Nebezpečná povolání

Ohroženou skupinou jsou také zaměstnanci heren a kasin, kteří přicházejí do každodenního styku s výherními automaty. (Prunner, 2013) [18]

Ohrožení jsou ale i další lidé, kteří si nedokážou vážit rodiny, svých blízkých, peněz nebo zaměstnání. Lidé, kteří utíkají od reality, od svých dětí. Většinou jsou to lidé alkoholici nebo lidé v těžkých situacích.

1.5 Závěr

V první kapitole jsme se nejprve zabývali pojmy týkajícími se hazardního hráčství, dále jsme se zabývali typologií hráčů a také skupinami, které jsou nejvíce ohroženy patologickým hráčstvím. Také jsme popsali jednotlivé fáze hraní, kterými si patologický hráč prochází při vzniku závislosti. Dále jsme si popsali jednotlivé druhy hazardních her, které jsou ukotveny v zákonu o hazardních hrách. Sociální pracovník by měl ve své ohroženým skupinám věnovat zvýšenou pozornost. Dále s těmito skupinami sociálních případů pracuje ve specializovaných institucích, kde se používají různé formy pomoci, které si popíšeme v následující kapitole.

2 LÉČBA PATOLOGICKÝCH HRÁČŮ

V České republice probíhá několik druhů léčby patologického hráčství, ale i přesto se k ní hráči rozhodnou až v krajním případě. Nejčastěji kvůli hrozbě ze stran věřitelů, zaměstnavatelů nebo rodiny. (Kalina, 2008) [7] Podobně jako u jiných patologických nemocí je důležité se soustředit na faktory, které posilují chuť pokračovat v hazardu. (Blaszczynki a Nowe in Prunner, 2013) [19]

V případě, že patologický hráč trpí i další psychiatrickou diagnózou, je nutné léčit obě poruchy. Léčba může probíhat integrovaně v jednom zařízení za pomoci specializovaného, terapeutického týmu. (Nešpor, 2011) [13] Při léčbě různých návykových nemocí nebo duševních poruch mohou pracovníci poskytnout podobné léčebné postupy. Jako jsou kognitivně-behaviorální terapie, relaxační techniky, změny životního stylu. Pracovníci mohou klientům podávat také antidepresiva, která mírní chuť k hazardu a zmírňují ve vztahu ke klientovi depresivní symptomy. Většinou je léčba patologického hráčství nutnou podmínkou léčení jiné choroby. (Nešpor, 2011) [16] *„Jestliže se patologické hráčství pojí s organickým postižením nebo jinou duševní poruchou, lze uvažovat o omezení způsobilosti k právním úkonům při nakládání s finančními prostředky. Jestliže by si pak takový člověk např. půjčil peníze, jednalo by se o úkon z právního hlediska neplatný. Tím snižuje riziko exekucí a podobných komplikací pro patologické hráče i jeho rodinu.“* (Nešpor, 2011, s. 87) [16]

Prunner uvádí, že se ve většině případů využívá tzv. „matching“. Je to volba individuální intervence klienta přesně podle jeho potřeb. Jinak totiž bude vypadat terapie u dospívajícího člověka a jinak u seniora. Dále se intervence liší například podle druhu zaměstnání. Náš systém pomoci nabízí několik druhů pomoci i podle vážnosti. (2008) [26]

2.1 Krizová intervence

Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem, který prožívá pro něj nepříznivou nebo ohrožující situaci. Krizová intervence klientovi pomáhá zvládat ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Tato intervence se zaměřuje na klientovu minulost nebo budoucnost, která souvisí s jeho situací. Pracovník klienta podporuje v řešení problému a snaží se využít klientův potenciál. Intervence se odehrávají v rovině řešení klientova problému a překonávají konkrétní překážky. Krizová intervence má individuální charakter a je časově omezená. Hlavní cíl je posílit klientovy kompetence tak,

aby řešení své situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním. (Vodáčková, 2007) [32]

Pracovník v krizové intervenci má za úkol fungovat jako ten, kdo vnese strukturu a oporu a pomocí toho mu pomůže zpřehlednit situaci. Při krizové intervenci u problému s hazardem se snaží pracovníci především klienta uklidnit, vzbudit v něm naději. Učí ho pracovat s motivací, jelikož velká prohra a související problémy se mohou využít k posílení motivace k jeho změně. Pracovníci zváží stav klienta, zda se jeho problém dá zvládnout ambulantně, nebo je nutná hospitalizace. (Nešpor, 2011) [16]

Zásady krizové intervence u problémů s hazardem:

- Pracovník naslouchá a nechá klienta projevit jeho myšlenky a pocity. Vyhneme se moralizování, ale zachováme odstup. Klientovu situaci chápe, ale neztotožňuje se s ní.
- Krizový pracovník zjistí, zda klient má nebo měl sebevražedné myšlenky a tendence. Tato informace je důležitá kvůli volbě léčby.
- V krizové intervenci pro sebevražedné tendence bývá vhodné klientovi zdůraznit, že jeho problém je léčitelný a společně mu najdete vhodnou léčbu. Klientovi je nutné adresu a telefonní číslo na příslušné zařízení napsat na papír a dát mu jej s sebou. Ještě lepší možnost je klienta předat další osobě, které jej do specializovaného zařízení doprovodí. Také je vhodné, aby pracovník předal klientovi číslo na nepřetržitou telefonickou linku.
- Pracovník se snaží zapojit do léčby rodinu, která později funguje i jako motivace.
- V případě, že má klient problémy s alkoholem nebo užíváním jiných návykových látek, pracovník doporučí zároveň léčbu závislosti.

Pracovník může také využít kulturní, náboženské názory a postoje pacienta, které jsou v rozporu se sebevražedným jednáním. (Nešpor, 2011) [16]

2.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu v ČR provozují zdravotní nebo i nezdravotní zařízení. Klient přichází pravidelně do zařízení na konzultace. Výhodou ambulantního zařízení je především fakt, že klientovi tato léčba nijak nezasahuje do jejich sociálního prostředí, a tak i nadále může navštěvovat práci, popř. školu. Cílem intenzivní ambulantní péče je především změnit

klientovi životní styl a postupně odbourat jeho závislosti. Často je také cílem klienta stabilizovat a připravit jej na následnou léčbu, jako je např. rezidenční léčba. (Kalina, 2008) [7]

Velkou výhodou ambulantní péče je diskrétnost, klient se proto často více otevře. Často vzniká proto profesionální, kontinuální vztah. Bohužel je v této terapii také omezení, a to především dostupnost terapie. Jelikož zařízení, ve kterých jsou schopni věnovat se speciálně patologickým hráčům, je v ČR velmi málo. (Nešpor, 2011) [13] Nešpor upozorňuje, že *„terapeut pracující individuálně může mít také větší potíže při práci s masivně racionalizujícími a narcistickými klienty, jejichž obrany by se ve skupině lidé s podobným problémem automaticky oslabily.“* (Nešpor, 2011, s. 53) [13]

Prostřednictvím ambulantní péče může probíhat i skupinová terapie v malé skupině. Přítomna je menší skupina lidí, která si postupně vytvoří důvěrnou atmosféru. Členové se navzájem podporují a vzniká mezi nimi sociální soudržnost. V této terapii hraje obzvlášť důležitou roli terapeut, který musí držet myšlenku a dodržovat cíle terapie. (Nešpor, 2011) V léčbě se používá hned několik prostředků a metod, jako jsou farmakoterapie, psychoterapie, a to jak individuální i skupinové, relaxační techniky. Dále rodinná terapie a poradenství a motivační trénink, sociální práce zaměřená na sociální stabilizace klienta. Ale také využívají volnočasové aktivity, svépomocné skupiny nebo skupiny, které podporují klienta k novému životnímu stylu. (Nešpor, 1996) [12]

Často ústavní péče poskytuje tzv. následovnou intenzivní ambulantní péči, která usnadní klientovi návrat do jeho přirozeného života. V této léčbě velmi úzce spolupracuje ústavní a ambulantní péče. Léčba trvá minimálně 9 hodin týdně. (Nešpor, 1996) [15]

Nácvik asertivního chování

Asertivní chování umožňuje prosadit názor hráče přiměřeným způsobem, i při nesouhlasu okolí. (Vymětal, 1997) [34] Asertivní chování klientům umožňuje dosáhnout vyššího cíle a přitom zachovat vztahy s okolím. Hráči často prožívají náročné stresové situace, které úzce souvisejí s jejich osobními vztahy, proto se často během terapie učí používat asertivní chování v různých situacích. Základem asertivního chování je správné používání asertivních technik. (Cungi, 2001)[1]

Základní techniky asertivního chování dle Fialové (2004) [2]:

- **Pokažená gramofonová deska** – prosazování svého požadavku za pomoci neustálého opakování bez vysvětlování.

- **Otevřené okno** – uznání argumentů protivníka a přijmutí jeho pohledu na situaci.
- **Selektivní ignorování** – přehlížení emotivních a nepodložených výroků, ale také neoprávněné kritiky. Posilujeme oprávněnou kritiku, která pro nás znamená zpětnou vazbu.
- **Přiznání své chyby** – přiznání své chyby, která utlumí nátlak ze strany protivníka a zabrání tak dalšímu stupňování konfliktu.
- **Negativní dotazování** – v situaci, kdy je nám předkládán výčet našich chyb, je vhodné se ptát na další, a tím redukovat emoce protivníka.
- **Požádání o laskavost** – dáme druhému najevo, že pro mě dělá něco navíc, co nemusí, a tím mu vyslovujeme respekt vůči jeho osobě.
- **Vyjádření pocitu** – vyjádření pocitu neznamena hodnocení druhého člověka, ale odlišení názorů od prožitku. (Fialová, 2004) [2]

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapii (dále jen KBT) můžeme charakterizovat jako psychoterapeutický směr. KBT se především zaměřuje na analýzu a změnu v oblasti myšlení a chování člověka. KBT vzniklo kolem 70. let spojením behaviorální a kognitivní terapie. KBT si z behaviorální terapie převzala metodu tzn. empirické ověřování nových teorií pomocí vědeckých metod. Z kognitivní teorie si KBT vzala obsah, díky tomu může teorie předvídat výsledek terapie. Terapie je také doplněna o účinné metody z kognitivní terapie, které se v dnešní době uplatňují především v oblasti psychických poruch. (Možný, Praško, 1999) [11] Dle meta-analýzy autorů Goodinh a Tattrier (2009) existují data o účinnosti kognitivně-behaviorální bez ohledu na druh hazardní hry. (Nešpor, 2011) [16] KBT se zaměřuje na čtyři hlavní složky lidské psychiky, jsou to myšlení, emoce, tělesná reakce a pozorovatelné chování. Všechny tyto složky spolu úzce souvisejí, a tudíž se navzájem ovlivňují. (Vybíral, Roubal, 2010) [33]

Hlavním cílem KBT je pomoc klientům, aby se učili novým adaptačním způsobem a naučili se tím řešit své problémy. Klient si pomocí KBT zlepšuje jeho sociální chování a učí se novým dovednostem, především správnému zvládnání problémových situací.

Základní charakteristiky KBT:

- relativně krátká a od počátku časově vymezená terapie,

- zcela strukturovaná a terapeutem aktivní, direktivní,
- opírá se o vztah otevřené spolupráce mezi klientem a terapeutem,
- vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie,
- zaměřuje se na přítomnost,
- zaměřuje se na konkrétní a jasně definované problémy klienta,
- stanovuje konkrétní, funkční cíle,
- zaměřuje se na klientovo chování a vědomé psychické procesy,
- uplatňuje vědeckou metodologii,
- konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta (Možný a Praško, 1999)[11]

2.3 Terapeutické komunity

Terapeutické skupiny je forma skupinové psychoterapie, kde různí klienti prostřednictvím sezení a dalších společných činností sdílejí své problémy ze svého života. (Kratochvíla in Kalina, 2008) [8] V České republice vznikly první terapeutické komunity výhradně ve zdravotnických zařízeních jako součást ústavní péče.

V ČR existuje několik druhů terapeutických skupin:

- **Středně dlouhodobá léčba** – terapeutické komunity se provozují v zařízeních a léčba zde probíhá do 4 měsíců.
- **Modifikované komunity** – zde se komunity provozují ve specifických podmínkách, jako jsou např. vězni.
- **Klasické terapeutické komunity** – léčba zde trvá rok a více, léčba zde probíhá podle stadií viz níže. (Nešpor, 2011) [13]

V terapeutické komunitě funguje hierarchismus, kdy téměř o všem rozhoduje komunita. Pouze vedoucí komunity má právo veta. V komunitě fungují speciální pravidla, které musí klienti striktně dodržovat. Nejdůležitější pro vznik a fungování komunity je odpovědnost pracovníků ke klientům a klientů k celému zařízení. (Kalina, 2008) [8] Hlavní cíl je podpořit růst klientů, změnit jejich postoje, naučit je samostatnosti a odpovědnosti. A přimět je k dosažení celkové změny v jejich dosavadním životě a zajistit jim tak úspěšný návrat do jejich života.

Léčbu v terapeutické komunitě můžeme rozdělit do několika stadií:

- **Úvodní stadium** – většinou trvá maximálně do šedesáti dní a během něj se klient seznámí s pravidly a komunita posoudí, zda se klient do léčby hodí a přijmou ho.
- **Stadium primární léčby** – trvá 2 měsíce až jeden rok. Během toho dochází k postupné socializaci samotného rozvoje a sebepoznání. Toto stadium se dělí do několika podstadií.
- **„Re-entry“ stadium** - toto stadium umožňuje návrat do společnosti a trvá většinou 13 měsíců až 2 roky. Klient se během tohoto stadia učí hospodařit s penězi, hledá si práce, učí se využívat volný čas. Učí se také novým dovednostem, a to jak v partnerských vztazích, nebo rodičovských dovednostech. V druhé polovině, Re-entry“ opouští klient život v komunitě a soustřeďuje se na vlastní domácnost a práci. Začíná se účastnit ale dalších doléčovacích aktivit, jako jsou svépomocné skupiny, jako jsou např. Anonymní hráči. (Nešpor, 1996) [15]

2.4 Pobytová léčba**Ústavní léčba**

Ústavní léčba má proti ambulantní své výhody. Bezpečnější prostředí pro klienta a nepřetržitou pomoc odborníků. Výhodou je také možnost intenzivnějšího léčebného programu než při ambulantní péči. Tato léčba má ale také své nevýhody, jako je například finanční náročnost, ale i přesto je v některých případech tato léčba nezbytná. Ústavní léčba se nejčastěji poskytuje při zdravotnických zařízeních při psychiatrických léčbách a odděleních pro léčbu závislostí. (Nešpor, 1996) [15]

Nejčastější případy, kdy odborníci navrhnou ústavní péči patologickým hráčům, je stav klienta nutné nepřetržitě sledovat, např. po pokusu o sebevraždu. Může se jednat o těžké odvykací syndromy, psychotické stavy, suicidální pacienty a ty, kteří jsou nebezpeční pro sebe nebo okolí. Také z důvodu neúspěšné ambulantní péče. Ústavní léčba často přeruší kruh návykového chování a dalších problémů. V případě, že se ústavní léčba zahájí včas, může předejít k rozbití sociálních kontaktů i zdravotním škodám klientů. Řada lůžkových zařízení nabízí v závěru léčba také denní stacionář, aby jim usnadnila přechod do přirozeného prostředí. (Nešpor, 1996) [15]

Rezidenční léčba

Rezidenční léčba je vhodná pro klienty, kteří nesplňují podmínky pro ambulantní péči nebo byli neúspěšní. Samotný léčebný proces zahrnuje terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní aktivity. Rezidenční léčba probíhá v délce 6 týdnů až 6 měsíců. (Radimecký, Janíková a Pískáčková, 2007) [28] Nejznámější provozovatelé rezidenčních služeb v oblasti závislostí jsou psychiatrické nemocnice a terapeutické komunity. Terapeutické komunity se nacházejí většinou na okraji města a klientům nabízejí program dlouhý okolo 9 měsíců. Zahrnují aktivity, jako jsou psychoterapie (skupinové, komunitní nebo individuální), farmakoterapie, edukace, sociální práce, sociální a pracovní terapie. Zahrnují také rodinnou terapii. Pokud se zařízení nachází ve zdravotním zařízení, může rezidenční léčba umožňovat také lékařská vyšetření, jako jsou psychiatrické vyšetření a tělesné vyšetření, toxikologické vyšetření HIV, hepatitidy a další vyšetření. (Alkohol pod kontrolou ©, 2019) [36]

Farmakoterapie

U patologických hráčů se často vyskytují depresivní symptomy, které se často odvíjejí od jejich těžké životní situace. Farmakoterapie slouží jako kompenzace genetickým projevům a získaných změn. Také redukuje příčiny abúzy a kompenzuje poškození způsobené vlivem abúzy. (Psychiatrie časopis pro moderní psychiatrii ©, 2009) [37]

Nejčastěji se patologickým hráčům podávají antidepresiva, které také dokážou mírnit jejich bažení po hazardu, i když hráči netrpí depresí. Osvědčila se antidepresiva ze skupiny SSRI (fluvoxamin, escitalopram), která jsou také velmi lehkou dostupná (i na předpis praktického lékaře). Také existuje několik dalších možností farmakoterapeutické léčby, jako např. užívání naltrexonu. Užívání tohoto léku je ale podstatně dražší záležitostí, tudíž je pro patologické hráče většinou nedostupná. (Nešpor, 2011) [13]

2.5 Závěr

V této kapitole jsme se zabývali samotnou léčbou závislostí. Ta je pro hráče často velmi náročná a zdoluhavá. Náš sociální a zdravotní systém nabízí pro hráče různé formy pomoci, jako jsou ambulantní péče, pobytová péče, farmakoterapie, komunity nebo svépomocné skupiny. Ale kromě samotné léčby je důležitá samozřejmě i resocializace.

3 RESOCIALIZACE

Po absolvování úspěšné léčby přichází na řadu resocializace, která je neodmyslitelnou součástí celého léčebného procesu. Resocializaci můžeme chápat jako opětovné začlenění jedince do společnosti. Na začátku následné péče by mělo přijít k předání klienta mezi léčebným zařízením a složkou následné péče. Tým následné péče by měl být dostatečně informovaný o základních programech, ze kterých klient přichází. Samotnou pomoc při resocializaci poskytuje několik složek následné péče. Jedno z nich je podpůrná psychoterapie, kde se terapeut zaměřuje na stabilizaci klientovy emotivity. Nezastupitelnou roli v resocializaci jedince hraje také sociální práce, která klientům pomáhá se sociálně-právními problémy. Kvalifikovaný sociální pracovník je klientovi připraven pomoci nejen při vyřizování splátek dluhů a sociálních dávek, ale především se stává klientovou oporou. Sociální pracovník je pro klienta nejdůležitější především ze začátku, kdy klient není schopen řešit všechny věci samostatně. (Kalina, 2008) [8]

Součástí resocializace je také postupné zaplnění volného času denního programu klienta. V rámci následné péče je možno klientům nabízet alternativy trávení jejich volného času. Mnoho center následné péče také nabízí programy pro rodinu a rodinné terapie, které mají upevňovat a zlepšovat klientovy vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. (Kalina, 2008) [8]

Dále se v naší bakalářské práci budeme podrobněji zabývat **prevencí relapsu** a také svépomocnou skupinou, které hrají důležitou roli při následné péči.

3.1 Prevence relapsu

Hlavním cílem prevence relapsu je zaměřit se na zlepšení sebekontroly klienta prostřednictvím programů následné péče. Nejedná se pouze o to, aby se klient naučil vyhýbat se rizikovým situacím, ale především, aby se naučil tyto situace efektivně zvládat. Waganigaratne (1990) uvádí „*v prevenci relapsu je kladen důraz hlavně na self-management a techniky a strategie zaměřené na podporu udržování, změny návyků*“. (Waganigaratne in Kalina, s. 236, 2008) [8]

Relaps můžeme popsat jako výsledek intervencí u chování závislého. Jak cituje Marek Twain, „*Přestat kouřit je snadné, já sám jsem už přestal snad stokrát*“. (Waganigaratne et al. In Kalina, 2008) Relaps můžeme chápat jako návrat na začátek léčby, neboť jeho selhání zdevastovalo to, čeho doposud dosáhl. (Kalina, 2008) Můžeme se setkat také s pojmem **laps** (Praško, s. 168, 2011) [17], který ve své knize uvádí, že pojem laps

chápeme jako příležitostné užití psychoaktivní látky, které ale nevede k dalšímu rozvoji závislosti.

Příčin relapsu může být několik, avšak Marlatt a Gordon (1985) na základě výzkumu definovali tři vysoce rizikové situace. Jako první negativní emoční stavy, které můžeme naleznout až u 35 % všech relapsů. U jedinců se často vyskytují pocity vzteku, úzkosti, smutku nebo také deprese. Další rizikovou situací jsou interpersonální konflikty, které chápeme jako konflikty jak v rodinném prostředí, tak v zaměstnání nebo v jiných sociálních okruzích. Posledním spouštěčem je sociální tlak, který se vyskytuje u 20 % všech relapsů. Sociální tlak můžeme rozdělit na přímý, kdy se jedinec setkává s dalšími patologickými hráči, kteří mu mohou poskytnout finanční obnos. A nepřímý sociální tlak, kdy se jedinci nacházejí v blízkosti skupiny, která je zasažena tímto patologickým jevem. (Kalina, 2008) [8]

3.2 Svépomocná organizace Anonymních hráčů

Svépomocná organizace Anonymních hráčů (Gamblers Anonymous) vznikla po boku již existující organizace Anonymních alkoholiků v USA a funguje téměř na stejných principech. Tato skupina vznikla v roce 1957 na základě setkávání dvou patologických hráčů, kteří si sdělovali své problémy a hledali společné řešení. Zjistili, že pomocí změn povahy a převzetí duchovních principů lze překonat závislosti a předejít tak recidivě. Proto se rozhodli, že své zkušenosti budou sdílet s ostatními hráči a budou jim tak dávat naději na uzdravení. Tato organizace funguje jako doplnění a obohacení léčby nebo následná péče. V České republice uskutečnil první setkání Anonymních hráčů Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., který vedl toto setkání na svém oddělení v Psychiatrické léčebně v Praze. (Nešpor, 2011) [13]

Anonymní hráči pracují s dvanácti kroky k uzdravení a s dvanácti kroky programu jednoty. (Nešpor, 2011) [13]

Program uzdravení Anonymních hráčů:

- Hráči si musí nejprve přiznat, že jsou ve vztahu k hazardní hře bezmocní a že se jejich životy staly nezvládatelné.
- Hráči musí dospět k závěru, že Síla, která je větší než oni sami, je může vrátit zpátky k normálnímu životu.
- Hráči se rozhodnou svěřit svůj život a vůli Síle.

- Hráči prozkoumají sebe samé a provedou vlastní morální, finanční inventuru.
- Hráči si přiznají sobě a také jiné osobě povahu svých chyb.
- Musí být zcela připraveni se zbavit svých vad.
- Hráči požádají Boha, aby odstranil jejich nedostatky.
- Hráči si vytvoří seznam lidí, kterým ublížili a budou odhodlaní škody odstranit.
- Hráči tito lidi odškodní, pokud je to možné.
- Hráči pokračují v osobní inventuře, v případě chyby ji přiznají.
- Hráči se modlí k Bohu a prosí za vůli a sílu, aby mohli Boha poznávat.
- Hráči se snaží dodržovat a předávat tyto zásady.

Program jednoty:

- Hráči musí mít na prvním místě společný prospěch.
- Hráči musí respektovat, že jejich vedoucí nejsou důvěryhodní služebníci.
- Jedinou podmínkou pro členství je touha přestat hrát.
- Hráči musí respektovat, že se řídí sami.
- Hráči musí předávat poselství hráčům, kteří trpí.
- Hráči nesmí propůjčovat své jméno žádnému jiného podniku nebo zařízení.
- Každá skupina má být plně soběstačná a musí odmítat příspěvky zvenčí.
- Skupiny mají vždy zůstat neprofesionální, specializované pracovníky lze zaměstnávat pouze střediska.
- Hráči mají zůstat neorganizovaní, ale mohou vytvářet rady nebo výbory pro ty, kterým mají sloužit.
- Klienti nemají určitý názor na zevní záležitosti, organizace nesmí být vtahovaná do veřejných sporů.
- Hráči musí veřejnost spíše přitahovat než přesvědčovat. Vždy musí být zachována osobní anonymita.
- Anonymita je duchovním základem Anonymních hráčů, který má vždy připomínat, že principy je třeba stavět výše než osobnosti. (Nešpor, 2011) [13]

Společnost Anonymních hráčů tvoří jak muži, tak ženy a jsou odhodlány řešit společně své problémy, sdílet své příběhy a předávat zkušenosti. Pro členy je tato pomoc zdarma, pouze je podmínkou chtít přestat hrát. (Nešpor, 2011) [13]

3.3 Závěr

Tuto kapitolu jsme věnovali resocializaci, jelikož je důležitou součástí celého léčebného procesu a zabývá se jí hned několik institucí. Popsali jsme si prevenci relapsu, která bývá velmi často využívanou metodou při práci sociálních pracovníků. Také jsme si blíže popsali Skupinu anonymních hráčů, která je velmi zpopularizovaná a podle jejich myšlenky nyní vznikají další podobné skupiny.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části naší bakalářské práce jsme si zvolili kvalitativní výzkum, jehož cílem je pomocí polostrukturovaného rozhovoru prozkoumat problematiku systému pro osoby závislé na hazardních hrách. V další kapitole se věnujeme vymezení výzkumného problému, výzkumným cílům a otázkám. Následně analýze a interpretaci získaných dat. Poslední část je zaměřená na doporučení pro praxi.

Hendl definuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“. (Hendl, 2008) [3]

Hlavním cílem výzkumu je zjistit a popsat systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách, zjistit názory sociálních pracovníků na fungování stávajícího systému. Výzkumným souborem byli zvoleni sociální pracovníci, kteří pracují v institucích určených pro osoby závislé na hazardních hrách kvůli postupnému přesunu na internet a druhy pomoci a prevence. Výzkumným souborem byli zvoleni sociální pracovníci, kteří pracují přímo v institucích určených pro lidi závislé na hazardních hrách

4.1 Vymezení výzkumného problému

Výzkumný problém je zaměřen na funkčnost systému pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách. S rozmachem digitálních technologií, a tudíž vznikem virtuálních hazardních her bylo nutné přizpůsobit i dříve dostačující systém pomoci. S příchodem her na internet se snížil také věkový průměr závislých a vznikla nová ohrožená skupina. Také jsme se zabývali vznikem nových forem a metod v systému.

Problematikou hazardních her se zabývá několik autorů, jako jsou Karel Nešpor nebo Pavel Prunner.

Problematika úskalí v systému pro osoby závislé by mohla s sebou přinést do budoucna vážné hrozby, a proto je důležité se jí zabývat.

4.2 Cíle výzkumu

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit a popsat systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách z pohledu sociálního pracovníka.

Dílčí cíle:

- Zjistit aktuální formy pomoci osobám závislým na hazardních hrách ze strany sociálních pracovníků.
- Charakterizovat metody práce s osobami závislými na patologických hrách.
- Zjistit názory sociálních pracovníků na systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách.

4.3 Výzkumné otázky

Z výše uvedených výzkumných cílů vycházejí naše dílčí výzkumné otázky.

HVO: Jaký je pohled sociálních pracovníků na systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách?

DVO1: Jaké jsou v systému přítomné nové formy pomoci?

DVO2: Jaké jsou v systému pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách nové metody práce?

DVO3: Jak hodnotí sociální pracovníci fungování aktuálního systému pomoci?

4.4 Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem jsou sociální pracovníci ziskových i neziskových organizací. Jako výběrový soubor byli vybráni pracovníci, kteří se specializují na práci s lidmi, kteří trpí závislostí na hazardních hrách. Sociální pracovníky jsme zvolili především z důvodu, že jsou součástí systému pomoci, tudíž nejvíce informovaní. Výběr souboru byl záměrně kvótní, protože jsme požadovali délku praxe minimálně 3 roky praxe.

Výběrový soubor byl tvořen ze čtyř sociálních pracovníků. Pro zachování jejich anonymity jsme nezmiňovali jejich jméno ani jejich místo pracoviště. Rozhovor tvořil 22 otevřených otázek, na které sociální pracovníci odpovídali během 35 minut. Pro přehlednost jsme sestavili tabulku, ve které můžete nalézt pohlaví, délku jejich praxe a také jejich značení, které naleznete v textu.

Tabulka 1 Účastníci výzkumu

Rozhovor	Pohlaví	Praxe (rok)	Značení v textu
Rozhovor č.1	muž	12	R1 (A)
Rozhovor č.2	žena	19	R2 (2)
Rozhovor č.2	muž	3	R3 (C)
Rozhovor č.2	žena	25	R4 (D)

Pro získání potřebných dat jsme zvolili kvalitativní výzkum, který Gavora definuje následovně: „Kvalitativní výzkum je často intenzivní nebo dlouhodobý a výzkumník z něj zhotovuje podrobný popis.“ (2010, s. 81) [6] Jako techniku sběru dat jsme pro naši bakalářskou práci vybrali polostrukturovaný rozhovor. Především z důvodu, že se chceme dostat to hloubky našeho tématu a dostupnosti respondentů. V rozhovoru jsme se především soustředili na současný stav systému pomoci fungování stávajícího systému.

Během výzkumu došlo i k drobným komplikacím, a to především kvůli viru COVID-19. Mezi největší překážku řadíme nařízení nouzového stavu, kvůli kterému se nemohly uskutečnit osobní rozhovory. Většina respondentů měla nařízenou dovolenou nebo „home office“. Z toho důvodu byla podstatně náročnější komunikace s respondenty. Ale i tak přes komplikace dva rozhovory probíhaly telefonickou cestou a dva písemnou formou. Rozhovor tvořil 22 otevřených otázek, na které sociální pracovníci odpovídali během 30 minut.

5 ANALÝZA DAT

V této kapitole se budeme zabývat analýzou získaných dat. Všechna data jsme získali pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky. První tři rozhovory jsme nahráli a poté následovala transkripce rozhovorů, poslední rozhovor byl veden písemnou formou. Hendl (2016, s. 2012) [3] popisuje transkripci jako proces, ve kterém dochází k převodu mluvného slova nebo skupinové diskuze do podoby písemné. Metoda analýzy dat je použité otevřené kódování. Postup otevřeného kódování popisují Švaříček a Šed'ová následovně: „Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.“ (2007, s. 211) [31] Po zakódování jsme všechny kódy vypsalí a následovně jsme k sobě seřadili ty kódy, které spolu souvisely. Poté jsme vytvořili celkem 5 kategorií, které jsme dále vložili do tabulky pro lepší přehlednost.

Tabulka 2 Kategorie a Kódy

Kategorie	Kódy
Pouhá fakta:	délka praxe, ohrožené skupiny, ženy vs muži, poctivost a zodpovědnost.

Profese sociálního pracovníka:	náplň práce, schopnosti, pozitivní vztah k práci, vztahy k případům, případ od případu, zvládnání situací, zájem a poslání, celoživotní vzdělávání, spolupráce, předávání klientů, nová závislost, role SP při následné péči.
Digitální svět:	co se v mládí, naučíš“, kdo to dělá, ne pro každého, elegantní sázení, stejná pomoc pro všechny, nové projekty, problematika dostupnosti, generace Z, rychlá pomoc, přirozené prostředí hráče, snaha o nové metody, celoživotního vzdělávání.

Čas na záchranu:	nabídka pomoci, volný čas, tým odborníků, pocit bezpečí, komunity, metody, vznik nových možností, souhra terapií, komunikace mezi hráči, předávání klientů, zdravotnická péče, právnícká pomoc, direktivní úroveň, zvládání situací C11, rodinné pouto, bezpečí hráče, nejčastější druhy, úspěch vs. zájem, propagace, zvládání situací.
Rodina základ státu:	věková skupina, prvotní impuls, rodinné konzultace, rodina jako stráž, rodinné projekty.

Vždy je co vylepšovat:	vysoká kvalita, podvědomí, reklama, vznik specializovaných ambulancí, horší dostupnost, komunity (A25), prevence.
Schopnost se přizpůsobit:	pomoc po telefonu, příliš volného času, absence sázek, problematika dostupnosti.

5.1 Pouhá fakta

První kategorie byla vytvořena na základě otázek, které se týkaly praxe a vzdělání pracovníků. Ale také tato kategorie obsahuje data na základě praxe respondentů.

V následující kategorii jsou obsaženy kódy: délka praxe, ženy vs. muži, ohrožená věková skupina, poctivost a zodpovědnost.

Všichni respondenti mají za sebou praxi v oblasti závislostí, R2 uvedl, že: „v oblasti závislosti se pohybuji 19 let a s nelátkovými závislostmi posledních 5 let.“ Dle jeho praxe uvedl že: „věkový průměr klientů je okolo 33 let, jako hráčů a sázkařů. Když to rozdělím na podskupiny, tak věk hráčů a sázkařů je okolo 33 let dlouhodobě. Z hlediska pohlaví je to z 99 % muž.“ R3 uvedla: „tuto práci vykonávám 3 roky.“ Dále uvedla, jako nejčastěji zasaženou skupinu: „ženy a zhruba kolem 28-36 let.“ Ze všech uvedených odpovědí respondentů nebyla jednoznačná jedna věková skupina ani pohlaví. Věková skupina a pohlaví se často liší podle druhu zařízení. R1 uvedl, že se v léčebnách vyskytují více muži, ale: „do následné péče, která se zahajuje vlastně po té samotné léčbě, se více hlásí určitě ženy. Protože muži se jednak bojí jít do nějaké instituce, nebo si často říkají, že to zvládnou už sami. Ženy jsou v této situaci zodpovědnější.“ Z toho důvodu uvádí, že se v následné péči vyskytuje vyšší počet žen než mužů.

5.2 Profese sociálního pedagoga

Druhou kategorií jsme vytvořili z otázek týkajících se samotné profese sociálního pedagoga.

V kategorii jsou obsaženy kódy: Náplň práce (B2, D2, A2, C3), schopnosti (B22), pozitivní vztah k práci (B26), vztahy k případům (A21), případ od případu (D20), zájem a poslání (C21), tým odborníků (A6), spolupráce (A23), role SP při následné péči (A26).

Z výpovědí respondentů byla patrná odlišnost v náplni práce v jednotlivých sociálních zařízeních. R1 pracuje spolu s dalšími kolegy na psychoterapii, krizové intervenci, psychoedukaci, prevenci relapsu a také sociální práci. Podle výpovědí respondentů vyplynulo, že samotná sociální práce je někdy pouze část práce v jejich profesi, např. R4 uvedla: *Sociální práce slouží pouze jako „doplňek“ V ambulanci jsem zaměstnána primárně jako adiktolog. Když se objeví klient/pacient, kde vidím problematiku soc. práce a on s ní chce pomoci, tak mu poskytuji základní sociálně-právní servis, podávám informace o dluhovém poradenství, rodinném právu, základech trestního práva, sepisuji s ním profesní životopis, zprostředkovávám kontakt se soc. prostředím, předávám kontakt na soc. služby a další instituce.* Z rozhovorů také můžeme říci, že se náplň práce sociálních pracovníků v jednotlivých zařízeních liší. R3 uvedla: *„Jsem koordinátor poradenských a kontaktních služeb a jsem i terénní poradenský kontaktní pracovník.“* R3 pracuje jako vedoucí celého projektu v zařízení, také jezdí školit další pracoviště: *„jedna třetina mé práce je administrativa, rozhovory atd. A zhruba dvě třetiny je práce s klienty. Konkrétně terapie nebo poradenství.“*

Samotná práce sociálního pracovníka tvoří nedílnou součást celého procesu s patologickým hráčem. R2 ji vysvětluje následovně: *„Role sociálního pracovníka je především zvládnout tu krizi hráče. Není důležité, aby to byl sociální pracovník, ale především, aby uměl dobře zvládat tu sociální intervenci.“* Respondenti také zdůrazňovali důležitost sociálního pracovníka při následné péči. R1: *„Další skupinou jsou lidé, kteří přicházejí již vyléčení, ale potřebují nějaké doprovázení. V této situaci je doprovázení velmi účinné. Klienti, kteří chodí do našeho zařízení dlouhodobě, i když nechodí na intenzivní doléčování, tak tam dochází k lepším výsledkům. Tito lidé se setkávají třeba jednou měsíčně. Tuto skupinu tvoří lidé, kteří třeba i 5–7 let již abstingují. Ale v případě, že mají nějaký problém, tak ví, kam se obrátit.“*

Respondenti se shodují, že většinou se klientovi věnuje hned několik odborníků a ti hráči nabízejí adekvátní pomoc. R1 se vyjádřil takhle: *„Předávám informace, které ale nepředávám v rámci terapie, ale spíše v rámci sociální práce. Já často lidi odkazuju na jiné služby, které klientovi a rodině mohou dále pomoci. Jako např. je obracím na kolegu, který se zabývá speciálně dluhy. Nebo často posílám páry ke kolegyni, aby se zúčastnili párové terapie, na kterou se ona specializuje. Tudiž, já často spolupracuji pouze s tím člověkem a dále mu nabízím další druhy pomoci.“* považují spolupráci jako nutnost a také ji hodnotí jako neúčinnější R1: *„Jako jednu z neúčinnějších považuji zprostředkování dalších služeb, jelikož velmi často se mi stává, že přicházejí s problémem a potřebují tedy pomoc. A my se snažíme nastavit nějaký systém péče, který právě oni zrovna potřebují a může to být i třeba nějaké léčba ústavní.“*

Z výpovědí respondentů byla vidět profesionalita a často se stala práce jejich koníčkem. R3 odpověděl následovně: *„Práce pro mě určitě neznamená pouze povolání, je to určitě pro mne poslání, ale také můj velký koníček.“* ale také někteří respondenti přiznali, že se jich některé případy dotknou více osobně. R2 vypověděl *„K případům bych neměl mít citovou vazbu. Beru to jako povolání, ale povolání, které mám rád, ale samozřejmě se občas stane, že s někým pracuji dále a vytvoří se tam poté nějaká citová vazba“* další výpověď zní (R4): *„Má práce mne velmi baví a naplňuje. Nemyslím si, že ji беру jen jako profesi/práci/povolání. S cílovou skupinou osob závislých se mi pracuje dobře, někdy je to hodně komplikované a vyčerpávající, ale skutečně jsem spokojená. Bohužel, ať se snažím, jak se snažím, tak se od některých osudů pacientů hůře odpoutávám, ale snažím se s tím pracovat v rámci supervizi. Tak aspoň, že tak.“* R1 vypověděl: *„K nějakým konkrétním případům citovou vazbu mám. Jelikož někteří lidé s jejich konkrétními případy mě často více zasáhnou. A samozřejmě se najdou lidi, kteří chodí třeba na skupinové terapie. A ty vidím už šestý rok. Samozřejmě máme hranice. Jelikož oni ví, že já jsem terapeut a oni klienti. Ale i tak prožíváme společně nějaký jejich životní příběh.“*

5.3 Digitální past

S příchodem digitálních technologií se vyvinuly, také rozšířily možnosti her pro hráče. Kromě kurzových sázek mohou hráči využít také např. online kasino. Ale řadit do patologických her lze také počítačové hry, na kterých je závislá především mladší generace.

Tato kategorie obsahuje kódy: Co se v mládí,, naučíš“ (A4), kdo to dělá (A8), ne pro každého (C7), elegantní sázení (C3), stejná pomoc pro všechny (A12), nové programy (A19), problematika dostupnosti (C9), nová forma (C22), generace Z (C19), rychlá pomoc (B8), přirozené prostředí hráče (B10), snaha o nové metody, celoživotní vzdělávání (D12), pomoc po telefonu.

Díky příchodu hazardních her na internet se změnila věková struktura závislých na hazardních hrách. R1 uvádí: „...celkově si určitě myslím, že se zvýšil počet závislých mladistvých. „další výpověď (R3): „jsou nyní hazardní hry pro širší veřejnost. Začaly více sázet ženy oproti mužům a věková hranice se určitě snížila“ Dříve se hazardními hráči označovali především hráči, kteří navštěvovali herny a kasina. Ty se momentálně díky zvyšujícím podmínkám provozu stále častěji zavírají. R3 uvedl: „... problém je v dostupnosti, jelikož se zavírají herny, ale na internetu hry stále budou zůstat.“ R3 doplnil: „upadá počet hráčů, kteří hráli v hernách a ukazuje se trend sázení online, jako je např. Sazka, Fortuna atd. Nebo také hraní klasických online her, kde hráči také investují peníze. A tam si často lidé myslí, že je to normální na tom počítači, že to není žádný hazard.“ Také zdůraznil závažnost hraní u mladistvých: „...mladí lidé si toto právě většinou sami neuvědomí a často k nám volají rodinní příslušníci, kteří si toho všimli. Ještě to bývá často spojeno s užíváním THC.“

I z toho důvodu instituce specializované na závislosti byly nuceny připravit nové specializované programy. R1 zdůraznil celkový nárůst patologických hráčů. „ještě před těmi 5 lety jsme v našem zařízení pro patologické hráče neměli nějaký specializovaný program. Klienti k nám přišli a nějak jsme to společně skládali, ale nic specifického jsme pro ně neměli. A až s nárůstem jsme se rozhodli vymyslet specializovaný program, ve kterém je navíc třeba zvýšená pozornost na sociální práci.“, ale i nadále se pracovníci snaží o vznik nových druhů pomoci.

Jako jedna z forem vznikla online pomoc. R2 uvádí, že v jejich zařízení ji využívá o 20 % víc klientů než ambulantní léčbu „Většina našich klientů jsou sázkaři nebo hráči na internetu. A klienti nás mohou poměrně lehko vyhledat a kontaktovat. Takže je to účinné z toho pohledu, že si to ten člověk může ořukat a je to pro něj bezpečné. A člověk se tak může dostat k té pomoci rychleji“ R2 doplňuje: „my nabízíme velké spektrum online pomoci a poradenství po telefonu. Které tvoří momentálně většinu klientů než normálně. Kdy nám píše přes náš portál.“ R3 vypověděl: „Já si myslím, že online pomoc v celém systému určitě má svou úlohu, ale každopádně to nevyhradí setkání tváří v tvář.“

Velkou výhodou se ukazuje, že pomoc probíhá v klientově přirozeném prostředí, ve kterém se cítí klient bezpečně a má možnost si pomoc přirozeně oťukat. Ale ukazuje se, že ne všechny tuto možnost nabízí. R1 odůvodňuje: „*Já to ale nedělám. I když se občas někdo snaží se mnou prostřednictvím e – mailu nějak komunikovat. Tak já nejsem na to úplně vybavený.*“

I přes značné výhody online pomoci respondenti zdůrazňují účinnost ambulantní péče proti online. (R2) „*I když účinnější je samozřejmě osobní terapie*“ Ať už se sociální pracovníci specializují na online pomoc nebo pomoc ambulantní, mají povinnost se i nadále vzdělávat a učit novým informacím a moderním metodám. (R4) „*jde vývoj také stále dopředu a je potřeba si doplňovat vzdělání, informace, kompetence.*“

Sociální pracovníci mají za povinnost ale i tak se nadále učit novým informačním metodám.

5.4 Čas na záchranu

Nejdůležitější pro hráče je si uvědomit, že je něco špatně a začít s tím něco dělat. V dnešní době mohou využít hned několik druhů pomoci a metod.

Stačí požádat

V této kategorii jsou obsažené kódy: nabídka pomoci (B6, A5, D4), projekty (C22), souhra terapií (D6)

Všechna zařízení, ve kterých vybraní respondenti pracují, nabízí pestrou škálu služeb. Jak už pro lidi, kteří trpí patologickým hráčstvím, tak i lidi trpící ostatními závislostmi. R2 uvedl: „*My se snažíme nabízet co nejširší spektrum služeb. Což znamená individuální poradenství, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie pro hráče, skupinová terapie pro blízké*“. Další výpověď (R4) „*Nabízíme individuální, párovou/rodinnou adiktologickou terapii a skupinovou terapii pro osoby závislé na hazardu a jejich blízké.*“ Zařízení také nabízejí nad rámec toho další služby a poradenství (R2) „*finanční poradenství. Ale také nabízíme pomoc právníka a zařizujeme ostatní právní věci klienta. No, a především nabízíme velké spektrum online pomoci a poradenství po telefonu*“ Ale také vznikly specializované projekty jak pro rodinu, tak pro gamblery (R3) „*...máme také projekt „gambling“ v rámci kterého obcházíme herny a rozdáváme informační letáky do těch heren. Je to takový informační servis pro ty gamblery, takhle na ulicích a ve veřejném prostranství.*“ Jednotlivé druhy dělají specializovaní pracovníci, kteří velmi často zprostředkovávají další služby, které jsou pro hráče v dané situaci stěžejní.

Záchranné lano

Tato kategorie obsahuje kódy: předávání klientů (C8), zdravotnická péče (D8, B12), právní pomoc (B14), direktivní úroveň (D9, B9)

Všichni respondenti zdůrazňují spolupráci. Jak už mezi pracovníky institucí, tak kombinování forem a metod. R4 uvádí „*Podle mého názoru je nejúčinnější kombinace všech tří prvků (individuální + párové/rodinné terapie + skupinové terapie), ideálně, když třeba ještě naváže na prodělanou ústavní pobytovou střednědobou léčbu.*“ Respondent 3 také uvádí, že je nejdůležitější kontinuální, dlouhodobá a také pravidelná léčba. Jelikož v případě, že klienti docházejí pravidelně a je u nich vyšší pravděpodobnost úspěšného cíle.

Další výpověď (R1) „*Jako jednu z nejúčinnějších považuji zprostředkování dalších služeb, jelikož velmi často se mi stává, že přicházejí s problémem a potřebují tedy pomoc. A my se snažíme nastavit nějaký systém péče, který právě oni zrovna potřebují a může to být i třeba nějaká léčba ústavní.*“ Podle výpovědí respondentů je jasné, že spolupracují všichni hned s několika druhy zařízení. R3 dodává „doporučujeme jim to nejlepší, co je pro ně v jejich situaci vhodné.“ Co se týče zdravotnického zařízení, R4 uvádí: „*spolupracujeme především s psychiatry a psychiatrickými nemocnicemi, či detoxy nebo psychiatrickými odděleními nemocnic nebo terapeutickými komunitami. Dále je pak nezbytná spolupráce se zdravotními pojišťovnami, které nám hradí vykázané adiktologické výkony.*“ R2 uvádí „*Spolupracujeme jednak s psychiatrem, který nám dělá farmakoterapii. A tuto spolupráci mohu hodnotit velmi kladně*“ Tato terapie je často pro patologické hráče nezbytná. R1 dodává: „*spolupracujeme s léčebnami a samozřejmě s psychiatry. Tady spolupráce probíhá velmi dobře, neříkám ale, že všechny znám, face to face, ale i tak si myslím, že spolupráce probíhá na velmi dobré úrovni*“

Spolupráce mezi léčebnou a následnou péčí se zdá jako nejdůležitější, především pro sociálního pracovníka. Dále R1 jmenuje další instituce, se kterými spolupracují: „*V sociální sféře jsou to OSPODY ...*“ R2 tuto výpověď doplňuje „*To bývá nejčastěji v případech, kdy k nám přicházejí rodiny s dětmi, které hrají počítačové hry a zameškávají školu.*“ R4 jmenuje další instituce „*Úřady, OSPOD, věznice, další sociální služby nám také odesílají své klienty nebo tam pak případně odesíláme naše pacienty my (kromě věznic, tam my nikoho neposíláme)*“ Práci s probační a mediační službou hodnotí R1 „*...tady ta spolupráce je více direktická, jelikož oni nám předají klienta, který s námi často musí spolupracovat. Často je to nařízeno soudem. Takže tady ta spolupráce tedy je, ale oni*

nejsou tolik motivovaní. A celkově je ta spolupráce velmi formální.“ R2 doplňuje také další spolupráci: „Dále s právníkem, který zaštiťuje insolvence.“ Všichni respondenti hodnotí spolupráci kladně (R4): „Spolupráci se všemi výše zmiňovanými považují za dobrou, dobře nastavenou a funkční.“ Výpověď R3: „Všechny klienty si předáváme a doporučujeme jim to nejlepší, co je pro ně v jejich situaci vhodné.“

Bezpečná zóna

Tato část obsahuje kódy: zvládnání situací (C11), bezpečí hráče (A15), nejčastější druhy, úspěch vs. zájem (B24), propagace (C5), rodinné pouto (A14),

zvládnání situací (C11), bezpečí hráče (A15), nejčastější druhy, úspěch vs. zájem (B24), propagace (C5), rodinné pouto (A14), role při následné péči (A26).

Nejprve vždy pracovníci provedou krizovou intervenci, kterou popisují R2: „Krizová intervence probíhá nejčastěji při prvním kontaktu nebo relapsu. To znamená, že ten úvodní kontakt využívají k mapování celé situace. Záleží ale, jestli nás kontaktuje samotný hráč nebo jeho rodina a blízcí.“ Výpověď R1: „Často ta samotná krizová intervence probíhá nejen s tím hráčem, ale přicházejí i rodinní příslušníci nebo partneři. A tedy nejdůležitější je nějak normalizovat tu situaci a toho klienta celkově nějak psychicky uklidnit, aby byl schopen ty věci nějak řešit“ Sociální pracovník tvoří důležitou roli při této intervenci (R1) „Role sociálního pracovníka je především zvládnout tu krizi hráče.“ R1: „Já se snažím s patologickými hráči se především zaměřit na to, jestli nemají nějaké sebevražedné sklony a často poté jim nabízím psychiatra.“ Následné kroky popisuje R4: „mapuji situaci, kotvím v realitě, podporuji ventilaci emocí, snažím se identifikovat nejdůležitější problémy, hledám zdroje, starám se o bezpečí pacienta, vytváříme plán pomoci“ R4 jako formu pomoci, o kterou je největší zájem, jmenuje: „Nejčastěji mají pacienti zájem o individuální konzultace“ Respondent 3 jmenuje: „Určitě ambulantní péče“.

Individuální terapie má své výhody, které popisuje R4: „možnost dlouhodobé spolupráce, atmosféra důvěry při vytvoření profesionálního vztahu, kontinuální spolupráce, kde je možno sledovat „vývoj“ pacienta, jeho názorů, je možné vnímat i drobné nuance ve změnách, celou práci je možné skutečně vystavět individuálně – na míru pacientovi. Výpověď R1: „Pozitivum je, že na toho klienta mám hodně času, a tudíž máme lepší vztah. Dále je to určitě větší dostupnost, především časová. Kdy se s klientem domlouváme na určitých termínech podle potřeb. A určitě větší otevřenost. Stává se mi, že někteří klienti se více otevrou především kvůli tomu, že prošli ústavní péčí, kde jsou terapie především skupinové.“ Výhody doplňuje R3: „Podle mého názoru je individuální terapie velmi

vhodná. Především u klienta můžeme vidět jeho vývoj a sledovat jeho změny. “ Terapie nese s sebou ale také nevýhody (R4): „nerozpoznání přenosu a protipřenosu, vytvoření závislosti pacienta na pracovníkovi, pacient a terapeut si nemusí „sednout“, nevidím, jak se pacient chová v interakci s dalšími osobami, informace mám „pouze“ zprostředkované od něj nebo od sebe, ze vzájemné interakce.“ Výpověď R1: „Jako negativum je určitě pozornost, že si ten klient nijak neodpočine. Klienti jsou občas vyčerpaní a někteří by chtěli být raději někde v ústraní na skupinové terapii a jen by poslouchali. Jelikož je na ně individuální terapie moc intenzivní. R3 doporučuje: „...myslím, si že by se individuální terapie měla vždy kombinovat jak s KBT nebo třeba s těmi anonymními hráči apod.“

KBT neboli kognitivně behaviorální terapie je také velmi častým druhem terapie. Z výpovědí respondentů ale je patrné, že tuto službu neposkytuje každé zařízení. Ze všech respondentů tuto terapii poskytuje pouze zařízení, ve kterém pracuje respondent 2: „Naše zařízení tuto terapii nabízí a myslím si, že patří mezi jednu z nejúčinnějších. V našem zařízení je o ni zájem, ale pouze 40 % klientů tuto terapii využije. Ale když už ji využije, tak vidíme daleko větší úspěšnost.“ R4 uvedl, že své klienty odkazují na: „Terapeutické skupiny, které naše zařízení nabízí, nemáme je ale orientované striktně dle KBT – nikdo z nás nemá zatím výcvik v KBT. Ter. skupiny jsou výborný pomocník, který může posouvat pacienty v léčbě dále. O vstup do ter. skupin je u nás velký zájem, aktuálně máme kapacitně ter. skupiny naplněny.“ Také R3 odpověď: „Naše zařízení tuto možnost bohužel neposkytuje, ale našim klientům doporučujeme právě spolupráci se Svépomocnými skupinami, jako jsou Anonymní gambleři.“

Respondenti se často shodovali v oblasti metod, které poskytují v jejich zařízení (R1): „Co se týče ambulantní péče, tak je to určitě prevence relapsu, nácvik asertivního chování, základní KBT postupy“ další respondent odpověděl (R4): „Nejčastější metody práce jsou prevence relapsu, informační servis, edukace o závislosti, poradenství, motivační rozhovory.“ R1 dodal: „Prevence relapsu je pro nás velmi stěžejní, jelikož náš program je postavený na 6 měsících a tímhle by si měl projít každý hráč. Poté je samozřejmě krizová intervence, ale nabízíme taky rodinnou a párovou terapii.“ V této oblasti je také snaha o nové metody (R2): „Momentálně dáváme dohromady s podobnými ambulancemi nové metody. Ale jsou to spíše metody v sociální práci, které jsou vázány na to, jak vypadá samotný hazardní průmysl. Jelikož my jsme pořád o krok za nimi. Spolupracujeme s nimi a snažíme se co nejvíce tu pomoc přizpůsobit té nabídce hazardních her.“ R3 dodává: „díky tomu vznikla ta online pomoc, kde vlastně hráči jsou stále v nějaké anonymitě.“

5.5 Rodina základ státu

Rodina je často nedomyslitelnou součástí celého léčebného procesu. Z toho důvodu jsme se respondentů ptali na otázky týkající se zapojování rodiny do procesu.

Tato kategorie obsahuje kódy: věková skupina (B4), prvotní impuls (B15), rodinné konzultace, terapie pro páry (A26), rodina jako stráž (B16), rodinné projekty (C12).

Respondenti se shodují na důležitosti rodiny v léčebném procesu, ale i přesto s ní pracují pracovníci rozlišeně. R2 uvádí nejčastější věkovou skupinu blízkých lidí hráče: *„A věk rodičů a blízkých je pak něco málo přes 40. Jsou to většinou rodiče nebo partnerky.“* Dále o spolupráci s rodinou dodává: *„My se o to snažíme vždy, jelikož nám to přijde hodně důležité. Jednak cílíme reklamu hodně i na blízké a rodiče, jelikož právě oni jsou nejčastěji první, kteří si uvědomí ten problém. A jsou tedy iniciátory kontaktu, jelikož když to všechno praskne doma, tak většinou volá partnerka nebo maminka.“* Další respondent uvedl (R3): *„My se snažíme s rodinou hráče úzce spolupracovat, máme projekt „Rodina“, kde se setkáváme jak s klientem, tak jeho rodinou ale také se setkáváme s rodinami, které se snaží přivést jejich rodinného příslušníka k nám do zařízení“* R4 také uvedl možnosti, které mohou klienti využít: *„Nabízíme od počátku spolupráce rodinné/párové konzultace. Rodinný příslušník může naše služby využívat stejně jako osoba závislá...“* R2 však doplnil: *„Já osobně se o to až tak nesnažím. Předávám informace, které ale nepředávám v rámci terapie, ale spíše v rámci sociální práce“*

Většina respondentů se shodla na důležitosti rodiny v procesu, která má hned několik výhod. R3: *„...rodina často funguje jako velká motivace. A také se nám poté lépe mapuje situace klienta, jelikož nám poskytne objektivnější náhled.“* R2 dodává: *„Protože blízcí poskytují často kontrolu nad hráčem. A je velmi důležité nejen změnit klienta, ale také prostředí, ve kterém samotný hráč žije.“*

5.6 Vždy je co vylepšovat

Náš systém pomoci je plný forem a metod, které ale neposkytují všechna zařízení. Proto jsme se ptali sociálních pracovníků, co si myslí o fungování nynějšího systému.

Tato kategorie obsahuje kódy: vysoká kvalita (B26), podvědomí reklama (C15), vznik specializovaných ambulancí (C16), horší dostupnost, prevence (C17), současné plány (B17), nové programy světa sportovního hazardu (B18), kvalita stojí peníze (D18).

Respondent 2 uvádí: „Myslím si, že je dostatečná a určitě i ve špičkové kvalitě. Měl jsem tu možnost zjišťovat, jak je to v okolních státech, kde tyto služby nejsou tak časté a specializované. Tudíž nemají takovou záchrannou síť.“ Z výpovědí dalších respondentů byly značné mezery v dostupnosti. R4: „Myslím si, že možnosti pomoci v ČR jsou a jsou ve velkých městech dostatečné a dostupné. Pravděpodobně zcela chybí na malých městech.“ shoduje se i s výpovědí R1: „Myslím si, že by to chtělo ještě přidat. Ve velkých městech je to dostupné, ale určitě je ale potřeba to přetavit do menších regionů. Jelikož se specializované poradny vyskytují často jen v krajských městech.“ Respondent 2 dodává: „Nyní se snažíme vyvinout nové aplikace, ve kterých by klienti měli přehledně všechny možnosti u nich v kraji.“ Respondenti dále uvádí další úskalí, které v systému pociťují. R4: „Úskalí vidím již roky v nedostatečném financování sociálních služeb obecně, sociální pracovní. Profese jsou podhodnoceny a my tedy máme často omezené možnosti, jak hráčům pomoci“ R2 ukazuje na úskalí, které se týká sázení v prostředí sportu: „Myslím si, že je nyní úskalí, na kterém bychom chtěli pracovat především na tom, aby se formy pomoci dostaly do prostředí sportu. Tak aby ti sportovci, kteří tvoří největší část těch postižených tím hazardem, si ten problém přiznali. A legitimovali jej ve svém prostředí. Myslím si, že by se mělo více přednášet a více nabízet pomoc ve všech sportovních odvětvích.“ R3 zdůrazňuje nutnost zvýšení prevence: „... doporučila bych více programů specializovaných pro gamblery, také zvýšit prevence, především ve školních zařízeních.“

5.7 Schopnost se přizpůsobit

S příchodem světové pandemie, kvůli viru COVID-19, se zavřely nejen herny a kasina, ale také instituce byly odkázány pouze na distanční terapie. Proto se poslední kategorie zabývá tím, jak COVID-19 ovlivnil patologické hráčství.

Tato kategorie obsahuje kódy: pomoc po telefonu (B7), příliš volného času (B21), absence sázek (B20), problematika dostupnosti, COVID-19 (A20, C20).

V této oblasti se odpovědi většinou shodovaly, R4 uvedla „Nemyslím si, že by je to donutilo do budoucna přestat hrát/sázet, pokud je tam závislost, tak tam zůstane i nadále. Možná – to je moje hypotéza, nyní u nich může „přeskočit“ na nějakou přechodnou náhradu.“ R1 se také domnívá: „... že to jejich situaci nevyřeší a většina si najde jinou možnost. Jako jsou digitální hry. Naopak si myslím, že pokud budou dále ve stresu a nějaké nejistotě, tak se počet bude navyšovat. Souhlasil také R3: „Dle mého názoru pandemie rozpoutala velkou vlnu sázení a celkově investování peněz na internetu. Jelikož jsou lidé

doma a nudí se. Určitě si myslím, že hráčů přibude. R2 ale připomíná: „Když se s klienty teď bavím, tak říkají, že je blbé, že jsou teď doma, a tudíž se nudí. Jelikož je nuda pro ně nejrizikovější situace. Ale na druhou stranu se nic nehraje, a tudíž není na co sázet. Takže co se týče sázkařů, tak by museli přejít třeba na ruletu. A to určitě někteří udělali, ale většina si myslím, že ale stejně spíše počká.“

6 INTERPRETACE DAT

Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit pohled sociálních pracovníků na systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách. Zjišťovali jsme, zda jsou v systému přítomné nové formy a metody pomoci. Dále jsme zjišťovali názory sociálních pracovníků na funkčnost stávajícího systému pomoci. Pro větší přehlednost si připomeneme dílčí výzkumné otázky.

DVO1: Jaké jsou v systému přítomné nové formy pomoci?

DVO2: Jaké jsou v systému pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách nové metody práce?

DVO3: Jak hodnotí sociální pracovníci fungování aktuálního systému pomoci?

Výzkum ukázal, že s rozmachem digitálních technologií se rozvinuly i formy pomoci. Respondenti zmiňovali vznik tzv. online pomoci nebo poradenství po telefonu. Respondenti, kteří tuto možnost pomoci nabízí, uvádí, že tuto formu využívá o 20 % více klientů než osobní terapie. Výhodou dle výzkumu je, že se k ní lidé mohou dostat podstatně rychleji, a především být stále v anonymitě. Mezi další podstatné výhody ale také patří fakt, že pomoc probíhá přímo v jejich přirozeném prostředí. Tuto možnost nejčastěji využívají sázkaři a hráči na internetu. Hráči ji mohou využívat prostřednictvím portálů zařízení nebo telefonních kontaktů. Většina tázaných se shodla, že online pomoc tvoří v systému důležitou pomoc a že je možné, že časem nahradí některé složky pomoci.

Z výzkumu také vyplynulo, že tuto možnost nenabízejí všechna zařízení. Některá umožňují pouze osobní kontakt. Všechny výpovědi respondentů se ale shodují, že vždy je účinnější terapie, která probíhá osobně mezi pracovníkem a hráčem.

Respondenti ale také uvedli, že se kvůli světové pandemii COVID-19 všechna pomoc přemístila pouze na internet. I zařízení, která dříve tuto možnost poradenství nenabízela, byla na to v tu dobu závislá. Z toho důvodu respondenti zdůrazňují ztrátu některých klientů. Ukázalo se, že tato forma pomoci není vhodná pro každého klienta. Respondenti uvádí, že někteří hráči této formě nevěří a je to pro ně diskomfortní. Všichni respondenti se ale shodli, že tato forma pomoci má v systému pomoci svou důležitou úlohu, jelikož může být často pro hráče komfortní startem celé jeho léčby.

Respondenti ale také zdůrazňovali, že se vývoj posunuje stále dopředu, a je proto potřeba, aby si sociální pracovníci v tomto směru doplňovali vzdělání, informace a kompetence.

Z výzkumu dále vyplynulo, že stávající systém pomoci nabízí pestrou škálu metod práce s patologickými hráči. Mezi nejčastěji jmenovanou metodou byla krizová intervence, která mapuje stávající situaci hráče, podporuje ventilaci jeho emocí a především se snaží identifikovat nejdůležitější problémy. Dle výzkumu tuto metodu využívají všichni respondenti a na základě výsledků volí další postup. Tázání také zmiňovali prevenci relapsu, kterou si často musí projít všichni respondenti. Dále uváděli individuální terapii, kde mají možnost spolupracovat s klienty dlouhodobě. Také uvádí, že v této terapii dochází často k vytvoření profesionálního vztahu a kontinuální spolupráce. Pracovníci mohou tudíž sledovat samotný vývoj klienta a mohou individuálně celou práci stavět na míru klientovi. Účastníci výzkumu ale také zdůrazňovali, že ani tato terapie není vhodná pro každého klienta. Některým klientům se tento druh terapie může totiž zdát příliš intenzivní a terapie pro ně může být vyčerpávající. Proto doporučují terapie kombinovat. Respondenti zmínili také poradenství, informační servis a motivační rozhovory. Velmi zmiňovanou metodou je také metoda Kognitivně – behaviorální. Výzkum ale také ukazuje, že tuto možnost také neposkytuje žádné zařízení. Ale i přesto ji považují za jednu z nejúčinnějších. Respondenti, kteří tuto možnost v jejich zařízení nabízí, uvádí že zájem o tuto terapii je pouze 40 %. Tázání se ale shodují, že největší pravděpodobnost dosažení úspěšného cíle je kontinuální, dlouhodobá a pravidelná léčba. Z výzkumu také vyplývá důležitost spolupráce s rodinou. V rámci toho vznikly párové a rodinné terapie a konzultace. Respondenti uvádí, že rodina se díky rodině dá rychleji a kvalitněji mapovat situace klienta a také pracovníkům poskytne objektivnější náhled na situaci. Ale také funkčnost rodiny jakožto motivace.

Výzkum ale také ukazuje, že se některé ambulance spojují a dávají dohromady nové metody práce. Jsou to především metody v sociální práci, které jsou vázány na hazardní průmysl. Z výzkumu tedy vyplynulo, že momentálně nejsou zcela nové metody práce. Ale uvádí, že se nyní se usilovně pracuje na nových metodách, které by se více přizpůsobily stávající nabídce hazardních her. Příkladem může být nově vyvinutá aplikace, ve které si hráči budou moct přehledně vyhledat všechny možnosti v daném kraji. Vznikají také nové projekty pro hráče, ve kterých pracovníci obcházejí herny a rozdávají hráčům informační letáky. Dále jsou vytvořeny projekty pro rodiny hráčů, ve kterých se pracovníci snaží informovat rodinu a příbuzné o institucích, které mohou pomoci jejich blízkým. Z výzkumu je také zřejmé, že respondenti považují za důležité předávání klientů mezi pracovníky a zprostředkovávání dalších vhodných služeb pro klienta, které jsou pro něj mnohdy procesem léčby stěžejní.

Sociální pracovníci tudíž velmi často zmiňovali spolupráci mezi organizacemi, která často probíhá napříč několika zařízeními. Uvádějí ale také jako velmi důležitou motivaci klientů. Jako příklad uvádějí spolupráci s Probační a mediační službou, kde mají často hráči nařízenou spolupráci se zařízením soudně. V tuto chvíli je spolupráce náročnější.

Bohužel většina zmiňuje problematiku s dostupností. Z výzkumu vyplývá, že v systému stále chybí specializované zařízení pro patologické hráče. Většina zařízení, do kterých dochází patologičtí hráči, se spíše věnuje návykovým látkám. A tudíž se nespécializují na konkrétní návyk v procesu hráčů a sázkařů. Tato zařízení existují, ale většinou je hráči mohou navštěvovat pouze v krajských městech. Z toho důvodu pracovníci uvádí důležitost přetavení těchto zařízení i do menších regionů. Otázkou ale zůstává, zda hráči v menších městech budou tato zařízení navštěvovat, kvůli riziku menší anonymity než v krajských městech.

Uvádějí také značné mezery v odbornosti psychiatrů, kterým dle jejich názorů chybí odbornost s tímto patologickým jevem. Dále zmiňují také absenci některých svépomocných skupin, které taktéž fungují pouze ve větších městech.

Z výzkumu dále vyplývá, že pracovníci stále vidí úskalí především s formami a metodami pomoci hráčů v prostředí sportu. Jelikož právě sportovní prostředí tvoří nyní největší část postižení hazardním hráčstvím a sázkařstvím, je proto důležité, aby byly přeneseny metody pomoci také do tohoto odvětví.

V neposlední řadě výzkum ukázal také úskalí v nedostatečném financování sociálních služeb. Jelikož jsou v aktuální době práce sociálních pracovníků často velmi podhodnoceny a často se respondenti potýkají s omezenými možnostmi pomoci, které mohou hráčům v zařízení nabídnout.

Dle výzkumu tedy sociální pracovníci považují celý systém jako za funkční především ve větších městech. Zmiňují také vysokou úroveň, oproti ostatním jiným státům.

Z výzkumu vyplývá, také důležitost sociálního pracovníka v těchto zařízeních. Sociální pracovník tudíž tvoří nedílnou součást celého procesu. Je přítomen u prvotní krizové intervence, dále poskytuje základní sociálně – právní servis, podává informace o dluhovém poradenství a rodinném právu. Především ale zprostředkovává a předává kontakt na sociální služby a další instituce. V neposlední řadě jsou sociální pracovníci klientovi nápomocni také při doléčování, kdy jsou pro klienta jakousi oporou v případě dalších problémů.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků mé bakalářské práce se pokusíme navrhnout určitá řešení na zlepšení systému pomoci. Samotná práce může prvotně sloužit jako informační materiál pro patologické hráče v oblasti možností, které jim aktuální systém nabízí.

Jako stěžejní spatřujeme zvýšit počet zařízení, které se specializují právě na tento patologický jev a také na vytváření specializovaných programů pro tuto skupinu. Z rozhovorů vyplynulo, že největší absence specializovaných zařízení jsou především v menších městech. Proto doporučujeme se právě na tato místa zaměřit.

Další oblastí, na kterou by se měli odborníci zaměřovat, je problematika sázení v prostředí sportu. Je proto důležité v tomto zařízení zvýšit prevenci. Jak už s hráči, tak s fanoušky, jelikož toto prostředí, tvoří největší část hazardních her a hráči jej často berou na lehkou váhu a nepřipouští si, že se již stali patologickými hráči. Doporučila bych pro ně besedy s odborníky, kteří by přednášeli v jednotlivých sportovních klubech a zdůrazňovali rizika sázkařství a nabízeli možnosti pomoci. Také bych doporučila, aby portály, které nabízejí online hazardní hry a sázkařství, uváděly více reklam, které by hráčům nabízely pomoc.

Také bych zvýšila prevenci ve školských zařízeních, jelikož se hraní začíná vyskytovat čím dál v nižší věkové skupině. Přispívají k tomu počítačové hry, na kterých jsou děti často závislé již od nízkého věku. Dále je to může ovlivnit v následném pokračování a hraní jiných dalších hazardních her, které mohou vést k dalším, závažnějším problémům.

Podstatná je ale také samotná informovanost občanů. Z rozhovorů vyplynulo, že všechna zařízení spolupracují s rodinou a že často bývá právě ona jako první impuls, který donutí hráče přistoupit k nějaké léčbě. Proto je důležité také stále více a více informovat občany o této problematice, aby předcházeli problémům v jejich rodině.

ZÁVĚR

V dnešní době je každý člověk na něčem závislý, však ne každý si to přizná. Patologický hráč si často závislost uvědomí až v době, kdy mu hraní ovlivnilo jeho život a vyskytly se problémy s tím spojené. Z toho důvodu jsme se v této bakalářské práci zabývali systémem pomoci určeným právě pro tento patologický jev.

V teoretické části v první kapitole jsme se blíže seznámili s pojmem hazardní hry, patologické hráčství a také patologickým hráčem. Věnovali jsme se typologii hráčů, ale také jednotlivým fázím hry, kterými si patologický hráč prochází. V této části práci nám byla oporou především literatura autora Pavla Prunnery, který ve svých knihách nabízel pestrou škálu definic od různých autorů. Také jsme zmínili jednotlivé druhy hazardních her, které jsou ukotveny v zákoně č. 186/2016 Sb. Zákon o hazardních hrách. V druhé kapitole jsme se soustředili na možnosti léčby, které umožňuje aktuální systém pomoci. Zmínili jsme základní formy pomoci, jako jsou individuální terapie, skupinové terapie nebo komunitní skupiny. Věnovali jsme se také nejčastějším metodám, které sociální pracovníci využívají při práci s patologickým hráčem. V neposlední řadě jsme se zabývali také resocializací hráče zpět do běžného života.

V praktické části jsme se dále věnovali výzkumnému šetření, které bylo pojato kvalitativně. Náš výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi respondenty, kteří pracují v zařízení umožňujícím léčbu speciálně pro patologické hráče. Polostrukturovanými rozhovory jsme získali vhled do průběhu pomoci a také do úskalí v této problematice. Zdůraznili jsme si důležitou roli sociálního pracovníka při práci s tímto patologickým jevem

Hlavní cíl naší bakalářské práce se nám podařilo naplnit a výzkum poukázal na několik úskalí, které aktuální systém obsahuje. Na základě získaných dat lze říci, že systém pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách je nyní dostačující a je proti ostatním státům na vyšší úrovni. I přesto je však důležité systém neustále zdokonalovat a především instituce rozšiřovat do menších měst. Proto bychom doporučili soustředit se především na vznik nových specializovaných zařízení, a tím rozšířit celou síť pomoci pro tento patologický jev

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1]. CUNGI, Charly, 2001. *Jak zvládat stres: [metody a praktická cvičení]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-465-6.
- [2]. FIALOVÁ, Ivana, 2004. *Personální a sociální dovednosti*. Ostrava: Vysoká škola podnikání. ISBN 80-867-6410-9.
- [3]. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum, Základní teorie, metody a aplikace*, Druhé přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-485-4
- [4]. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. ISBN 80-9001-301-5.
- [5]. HUGHES, Joanna a USTOK, Lisa. *První kroky z hráčské závislosti*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, 2013. 81 s. První kroky, tady začni; 10113. ISBN 978-80-7297-117-6
- [6]. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložila Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [7]. KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- [8]. KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
- [9]. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 stran. ISBN 978-80-210-4550-7.
- [10]. MÜHLPACHR, cit podle CHVÍLA Libor, *Sociopatologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 stran. ISBN 978-80-210-4550-7.
- [11]. MOŽNÝ, Petr a Ján PRAŠKO, 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4038-6.
- [12]. NEŠPOR, CSc., Prim. MUDr. Karel, *Už jsem prohrál dost* [online]. 96 [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: https://auritus.cz/_files/200000165-561af57145/uz-jsem-prohral-dost.pdf

- [13]. NEŠPOR, Karel, 2011. *Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0009-3.
- [14]. NEŠPOR, Karel, 1994. *Hazardní hra jako nemoc: jak problémy rozpoznávat, jak je zvládat, jak jim předcházet*. Ostrava: A. Krtilová.
- [15]. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha. ISBN 80-851-2152-2.
- [16]. NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- [17]. PRAŠKO, Ján, 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- [18]. PRUNNER, Pavel. *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [19]. PRUNNER, cit. podle BLASZCYNKI a NOWE, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [20]. PRUNNER, cit. podle HARTL Pavel A HARTLOVÁ 2000, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [21]. PRUNNER, cit. podle NEŠPOR Karel 1994, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [22]. PRUNNER, cit. podle LESIEUR a ROSENTHAL, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [23]. PRUNNER, cit. podle PETRÁČKOVÁ Věra A KRAUS Jiří 2000, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [24]. PRUNNER, cit. podle, *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7
- [25]. PRUNNER, cit. podle VACEK J., *Gamblerství, aneb Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-452-7

- [26]. PRUNNER, Pavel. Psychologie gamblerství, aneb Sázka na štěstí. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN978-80-7380-074-1.
- [27]. PRUNNER, cit. podle NEŠPOR Karel, Psychologie gamblerství, aneb Sázka na štěstí. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN978-80-7380-074-1.
- [28]. RADIMECKÝ, Josef, Barbora JANÍKOVÁ a Petra PISKÁČKOVÁ, 2007. *Úvod do adiktologie učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova. ISBN ISBN 978-80-239-9960-0.
- [29]. SOCHŮREK, Jan. Úvod do sociální patologie. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009, 186 s. ISBN 978-807-3724-481.
- [30]. SEKOT, Aleš. Úvod do sociální patologie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 193 s. ISBN 978-802-1052-611
- [31]. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- [32]. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, Rozsah: 543 s.; 24 cm. ISBN 978-80-262-0212-7.
- [33]. VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN ISBN 978-80-7367-682-7.
- [34]. VYMĚTAL, Jan, 1997. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. Psychoterapie. ISBN 80-861-2302-2.

Internetové zdroje:

- [35]. BENEŠ, Martin. Hazardní hraní v počítačových hrách. RVP [online]. Praha 10: Národní pedagogický institut České republiky, 2019 [cit. 2020-06-03]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/22010/hazardni-hrani-v-pocitacovych-hrach.html/>
- [36]. Rezidenční služby | Ústavní léčba závislosti | Alkohol pod kontrolou. Alkohol pod kontrolou [online]. Praha: 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN, 2019 [cit. 2020-06-03]. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/jak-zvladnout-problem-s%20pitim/lecba-zavislosti/rezidencni-sluzby/>
- [37]. Psychiatrie časopis pro moderní psychiatrii: Supplementum, 1997. Praha: Tigis, 2009(13). ISSN ISSN 1211-7579.
- [38]. 186/2016 Sb. Zákon o hazardních hrách. Zákony pro lidi [online]. Zlín: AION CS, 2020 [cit. 2020-06-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-186/zneni-20200101>
- [39]. JELÍNKOVÁ, Adéla. On-line sázení je stejné jako automaty. Lidé propadají hazardní závislosti - Novinky.cz. Novinky.cz [online]. Praha 5: Seznam.cz, 2017 [cit. 2020-06-03]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/on-line-sazeni-je-stejne-jako-automaty-lide-propadaji-hazardni-zavislosti-40051434>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DVO	Dílčí výzkumná otázka
HVO	Hlavní výzkumná otázka
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
OSPOD	Orgán sociálně právní ochrany dětí
R	Respondent
THC	Tetrahydrokanabinol

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Účastníci výzkumu	37
Tabulka 2 Kategorie a Kódy	38

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Přepis rozhovoru s respondentem č. 1 (A)

Příloha P II: Přepis rozhovoru s respondentem č. 2 (B)

Příloha P III: Písemný rozhovor s respondentem č. 3 (C)

Příloha P IV: Písemný rozhovor s respondentem č. 4 (D)

Příloha P V: Obsah disku CD

PŘÍLOHA P I: PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č.1 (A)

Jak dlouho vykonáváte práci sociálního pracovníka v oblasti patologických jevů? A jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Asi 12 let a vystudoval jsem bakaláře v sociální práci.

Jaké činnosti vykonáváte jako sociální pracovník ve Vašem zařízení? Jaká je konkrétně náplň Vaší práce?

Spolupracuji s dalšími kolegy na psychoterapii, krizové intervenci, psychoedukaci, prevenci relapsu a sociální práci.

Které pohlaví a věkovou skupinu považujete, dle Vaší praxe, jako nejčastěji zasaženou tímto patologickým jevem?

Pohlaví je plus minus stejně. Podle statistik mám více žen než mužů, ale úplně přesně Vám to teď nepovím. Věkovou skupinu mám od 16 let až po 70 let, z toho vyplývá, že to spektrum je úplně všechno. Z mých zkušeností si myslím, že do následné péče, která se zahajuje vlastně po té samotné léčbě, se více hlásí určité ženy. Protože muži se jednak bojí jít do nějaké instituce, nebo si často říkají, že to zvládnou už sami. Ženy jsou v této situaci zodpovědnější. A tím pádem se poté v následné péči vyskytuje vyšší počet žen. Ale když se podíváme do léčebny, se kterou spolupracujeme, tak mají dvě oddělení pro muže a jedno pro ženy.

Jak se změnila věková struktura závislých vzhledem k příchodu hazardních her v digitálním světě?

Musím se přiznat, že úplně jsem nezaznamenal velkou změnu. Ale celkově si určitě myslím, že se zvýšil počet závislých mladistvých.

Jaké formy pomoci nabízí Vaše zařízení?

Nabízíme krizovou intervenci, zprostředkování služeb, sociální práci, terapii, doprovázení.

O kterou formu pomoci je ve Vašem zařízení nejvíce zájem a která z forem je dle Vašeho názoru nejúčinnější?

Jako jednu z nejúčinnějších považuji zprostředkování dalších služeb, jelikož velmi často se mi stává, že přicházejí s problémem a potřebují tedy pomoc. A my se snažíme nastavit nějaký systém péče, který právě oni zrovna potřebují a může to být i třeba nějaká léčba ústavní. Další skupinou jsou lidé, kteří přicházejí již vyléčení, ale potřebují nějaké

doprovázení. V této situaci je doprovázení velmi účinné. Klienti, kteří chodí do našeho zařízení dlouhodobě, i když nechodí na intenzivní doléčování, tak tam dochází k lepším výsledkům. Tito lidé se potkávají třeba jednou měsíčně. Tuto skupinu tvoří lidé, kteří třeba i 5 -7 let již abstínují. Ale v případě, že mají nějaký problém, tak ví, kam se obrátit.

Jaký je Váš názor na online formu pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách?

Já si myslím, že je to dobrý. Já to ale nedělám. I když se občas někdo snaží se mnou prostřednictvím e – mailu nějak komunikovat. Tak já nejsem na to úplně vybavený. Ale ty programy mi celkově přijdou hodně dobrý a existuje hodně kvalitních online webů.

Jaký je Váš názor o svépomocné organizaci Anonymních hráčů?

Od nás je tato organizace velmi daleko, tudíž pro naše klienty nedostupná. Ale určitě princip je skvělý. Celkově si myslím, že ty svépomocné skupiny v adiktologii začínají být populární a je v nich velký potenciál. A do budoucna si myslím, že mohou nahradit nějakou část ambulantních služeb.

S jakými dalšími institucemi spolupracujete? Co je obsahem spolupráce a jak samotná spolupráce probíhá? Jak spolupráce hodnotíte?

Co se týče zdravotní sekce, tak spolupracujeme s léčebnami a samozřejmě s psychiatry. Tady spolupráce probíhá velmi dobře, neříkám, že se všemi se znám face to face, ale i tak si myslím, že spolupráce probíhá na velmi dobré úrovni. V sociální sféře jsou to OSPODY, Probační a mediační služba. A tady ta spolupráce je více direktická, jelikož oni nám předají klienta, který s námi často musí spolupracovat. Často je to nařízeno soudem. Takže tady ta spolupráce tedy je, ale oni nejsou tolik motivovaní. A celkově je ta spolupráce velmi formální s těmito institucemi.

V čem se liší Vaše pomoc lidem závislých na Land-based hrách, oproti lidem závislým na hazardních hrách na internetu?

Já to mám osobně nastaveno tak, že se všemi projíždím standardní terapeutický program. Ale s tím, že pokud jsou závislí na bednách, tak k tomu přidáváme ještě nějaké sociální poradenství.

Popište prvotní krizovou intervenci s patologickým hráčem? (probíhá či nikoliv, obtížnost, dobrá komunikace apod.) Jaká je Vaše role při této intervenci?

Často ta samotná krizová intervence probíhá nejen s tím hráčem, ale přicházejí i rodinní příslušníci nebo partneři. A tedy nejdůležitější je nějak normalizovat tu situaci a toho

klienta celkově nějak psychicky uklidnit, aby byl schopen ty věci nějak řešit. Já se snažím s patologickými hráči se především zaměřit na to, jestli nemají nějaké sebevražedné sklony a často poté jim nabízím psychiatra. Naši psychiatři totiž dokážou s nimi velmi dobře mluvit, a i samotná medikace v tomto případě může být velmi dobrá.

Jaké metody práce nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení?

Prevence relapsu je pro nás velmi stěžejní, jelikož náš program je postavený na 6 měsících a tímhle by si měl projít každý hráč. Poté je samozřejmě krizová intervence, ale nabízíme taky rodinnou a párovou terapii.

Jaká pozitiva a negativa má dle Vašeho názoru individuální terapie?

Pozitivum je, že na toho klienta mám hodně času, a tudíž máme lepší vztah. Dále je to určitě větší dostupnost, především časová, kdy se klientem domlouváme na určitých termínech podle potřeb. A určitě větší otevřenost. Stává se mi, že někteří klienti se více otevřou především kvůli tomu, že prošli ústavní péčí, kde jsou terapie především skupinové. Jako negativum je určitě pozornost, že si ten klient nijak neodpočine. Klienti jsou občas vyčerpaní a někteří by chtěli být raději někde v ústraní na skupinové terapii a jen by poslouchali. Jelikož je na ně individuální terapie moc intenzivní. To jsou zase výhody té skupinové terapie, kdy klienti mohou být někde v pozadí a jen poslouchat. A poté ti klienti, kteří nemají problém, ale přicházejí s tím, že nehrají a již nemají problém. Ale chodí tam již třeba půl roku. Tak ti se na té skupině cítí lépe, jelikož na individuální terapii je to pouze o jejich problému. Natož na té skupině se mohou identifikovat nebo připojit k někomu jinému a nemusí to tak moc prožívat.

Jaký je Váš názor na skupinovou kognitivně-behaviorální terapii? Nabízí Vaše zařízení tuto možnost? V případě, že ano, je o tento druh terapie zájem?

U nás bohužel nemáme žádné KBT terapeuty, ale určitě to funguje dobře jako ostatní terapie.

Jak a jakým způsobem se snažíte o zapojení rodiny hráče do jeho terapie?

Já osobně se o to až tak nesnažím. Předávám informace, které ale nepředávám v rámci terapie, ale spíše v rámci sociální práce. Já často lidi odkazuji na jiné služby, které klientovi a rodině mohou dále pomoci. Jako např. je obracím na kolegu, který se zabývá speciálně dluhy. Nebo často posílám páry ke kolegyni, aby se zúčastnily párové terapie, na

kteřou se ona specializuje. Tudíž, já často spolupracuji pouze s tím člověkem a dále mu nabízím další druhy pomoci.

Kterou metodu pomoci považujete z Vaší praxe jako nejúčinnější a proč?

Asi záleží na samotném kontextu. V případě, že přijde člověk, který je úplně na dně, tak tam je nejúčinnější krizová intervence a motivační rozhovor. Jelikož díky těmto metodám připravíme toho klienta na to, že se bude dít nějaká změna. Pokud je člověk již rozhodnutý, tak je nejlepší nějaká psychoterapie, ale také prevence relapsu. Ale jak jsem již říkal, u nás prevencí relapsu projde každý klient.

Jak byste ohodnotil/a dnešní možnosti pomoci, které jsou lidem, závislým na hazardních hrách v České republice, nabízeny?

Myslím si, že by to chtělo ještě přidat. Ve velkých městech je to dostupné, ale určitě je ale potřeba to přetavit do menších regionů. Jelikož se specializované poradny vyskytují často jen v krajských městech.

Vidíte úskalí v systému pomoci? Pokud ano, jaké změny byste navrhoval/a?

Jak jsme mluvili o těch svépomocných skupinách. Tak to si myslím, že také hodně chybí v menších městech a nebylo by to vůbec na škodu něco zřídít. Ještě, co si myslím, že v tomto systému chybí, je nějaká odbornost psychiatrů. Mám pocit, že s tímto patologickým jevem neumí moc poradit.

Z jakého důvodu se domníváte, že stále menší počty patologických hráčů vyhledávají odbornou pomoc?

V nějakém horizontu třeba 5 let si myslím, že se určitě zvyšují, ale nějakou statistiku sem neviděla. Ale ještě před těmi pěti lety jsme v našem nařízení pro patologické hráče neměli nějaký specializovaný program. Klienti k nám přišli a nějak jsme to společně skládali, ale nic specifického jsme pro ně neměli. A až s nárůstem jsme se rozhodli vymyslet specializovaný program, ve kterém je navíc třeba zvýšená pozornost na sociální práci.

Jak si myslíte, že aktuální situace kolem viru COVID-19 poznamená hráče Land-based her? Donutí je přestat s hazardem nebo je to právě naopak připoutá k digitálním hazardním hrám?

Já si myslím, že to jejich situaci nevyřeší a většina si najde jinou možnost, jako jsou digitální hry. Naopak si myslím, že pokud budou dále ve stresu a nějaké nejistotě, tak se počet bude navyšovat.

Berete tuhle práci pouze jako povolání, nebo máte k určitým případům i nějakou citovou vazbu?

K nějakým konkrétním případům citovou vazbu mám. Jelikož někteří lidé s jejich konkrétními případy mě často více zasáhnou. A samozřejmě se najdou lidé, kteří chodí třeba na skupinové terapie. A s těmi se vidím už 6. rok. Samozřejmě máme hranice, jelikož oni ví, že já jsem terapeut a oni klienti. Ale i tak prožíváme společně nějaký jejich životní příběh.

PŘÍLOHA P II: PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č.2 (B)

Jak dlouho vykonáváte práci sociálního pracovníka v oblasti patologických jevů? A jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

V oblasti závislostí se pohybuji 19 let a s nelátkovými závislostmi posledních 5 let. Vzdělání mám vysokoškolské.

Jaké činnosti vykonáváte jako sociální pracovník ve Vašem zařízení? Jaká je konkrétně náplň Vaší práce?

Jsem vedoucím celého projektu, tudíž jedna třetina mé práce je administrativa, rozhovory atd. A zhruba dvě třetiny je práce s klienty. Konkrétně terapie nebo poradenství.

Které pohlaví a věkovou skupinu považujete dle Vaší praxe, jako nejčastěji zasaženou tímto patologickým jevem?

My máme průměr okolo 33 let jako hráčů a sázkařů. Když to rozdělím na podskupiny, tak věk hráčů a sázkařů je okolo 33 let dlouhodobě. A věk rodičů a blízkých je pak něco málo přes 40. Jsou to většinou rodiče nebo partnerky. Z hlediska pohlaví je to u nás z 99 % muž.

Jak se změnila věková struktura závislých vzhledem k příchodu hazardních her v digitálním světě?

Z mojí praxe vám to říct nemohu, jelikož když jsme přišli před 5 lety s naším projektem, tak už to nějaké dopady určitě mělo. Ale když se podíváme cca 12 let zpět, tak určitě. Myslím si, že díky tomu vznikly třeba ty poradny. Jelikož se to tváří jako bezpečné a samozřejmě na to vidí reklamu, a tak třeba v televizi.

Jaké formy pomoci nabízí Vaše zařízení?

My se snažíme nabízet co nejširší spektrum služeb, což znamená individuální poradenství, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie pro hráče, skupinová terapie pro blízké. Nad rámec toho nabízíme finanční poradenství. Ale také nabízíme pomoc právníka a zařizujeme ostatní právní věci klienta. No a především nabízíme velké spektrum online pomoci a poradenství po telefonu, které tvoří momentálně většinu klientů než normálně, kdy nám píší přes náš portál.

O kterou formu pomoci je ve Vašem zařízení nejvíce zájem a která z forem je dle Vašeho názoru nejúčinnější?

Myslím si, že nejúčinnější je individuální psychoterapie, která je doplněna skupinovou. Co se týče zájmu, tak bych to rozdělil do dvou kategorií. Více klientů je určitě v tom online poradenství, řekněme o 20 %. Ale jsou to spíše jednorázové případy, kdy si vyměníme zhruba v průměru tak pět zpráv nebo pět hovorů. A poté se snažíme ho převést do další naší péče, která je ale časově náročnější, jelikož s každým klientem pracujeme v průměru rok.

Jaký je Váš názor na online formu pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách?

Myslím si, že je velmi vhodná a účinná. Protože ta pomoc probíhá většinou v nějakém prostoru, kde se ten hráč pohybuje. Většina našich klientů jsou sázkaři nebo hráči na internetu. A klienti nás mohou poměrně lehko vyhledat a kontaktovat. Takže je to účinné z toho pohledu, že si to ten člověk může ořukat a je to pro něj bezpečné. A člověk se tak může dostat k té pomoci rychleji, i když účinnější je samozřejmě osobní terapie

Jaký je Váš názor o svépomocné organizaci Anonymních hráčů?

Myslím si, že je to vhodný doplněk terapie a někomu to vyhovuje. Ta svépomocná skupina může nabízet to, co my v poradně nemůžeme udělat. Hráči se mohou kontaktovat a mohou spolu dělat různé volnočasové aktivity a my vlastně nyní pracujeme na vzniku takovéto skupiny u nás.

S jakými dalšími institucemi spolupracujete? Co je obsahem spolupráce a jak samotná spolupráce probíhá? Jak spolupráci hodnotíte?

Spolupracujeme jednak s psychiatrem, který nám dělá farmakoterapii. A tuto spolupráci mohu hodnotit velmi kladně. Dále s právníkem, který zaštiťuje insolvenční řízení. Samozřejmě spolupracujeme s komunitními skupinami, do kterých my posíláme občas naše klienty. Také s Probační a mediační službou. Ale v některých případech musíme spolupracovat také se sociálkou a OSPODEM. To bývá nejčastěji v případech, kdy k nám přicházejí rodiny s dětmi, které hrají počítačové hry a zameškávají hodiny.

V čem se liší Vaše pomoc lidem závislým na Land-based hrách, oproti lidem závislým na hazardních hrách na internetu?

Celková pomoc se moc neliší. Metody práce jsou stejné, ale každá ta kategorie jde často jinak do hloubky. Většinou to je však stejně na tom samotném člověku.

S rozmachem digitálních technologií bylo nutné, aby se sociální pracovníci přizpůsobili. Jak se vyvinuly jejich metody a nástroje vůči tomuto patologickému jevu v digitální době?

Momentálně dáváme dohromady s podobnými ambulancemi nové metody. Ale jsou to spíše metody v sociální práci, které jsou vázány na to, jak vypadá samotný hazardní průmysl. Jelikož my jsme pořád o krok za nimi. Spolupracujeme s nimi a snažíme se co nejvíce tu pomoc přizpůsobit té nabídce hazardních her.

Popište prvotní krizovou intervenci s patologickým hráčem? (probíhá či nikoliv, obtížnost, dobrá komunikace apod.) Jaká je Vaše role při této intervenci?

Krizová intervence probíhá nejčastěji při prvním kontaktu nebo relapsu. To znamená, že ten úvodní kontakt využívají k mapování celé situace. Záleží ale, jestli nás kontaktuje samotný hráč nebo jeho rodina a blízcí. Role sociálního pracovníka je především zvládnout tu krizi hráče. Není důležité, aby to byl sociální pracovník, ale především, aby uměl dobře zvládat tu sociální intervenci.

Jaké metody práce nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení?

Nejvíce u nás provádíme individuální terapii a poradenství.

Jaký je Váš názor na skupinovou kognitivně-behaviorální terapii? Nabízí Vaše zařízení tuto možnost? V případě, že ano, je o tento druh terapie zájem?

Naše zařízení tuto terapii nabízí a myslím si, že patří mezi jednu z nejúčinnějších. V našem zařízení je o ni zájem, ale pouze 40 % klientů tuto terapii využije. Ale když už ji využije, tak vidíme daleko větší úspěšnost.

Jak a jakým způsobem se snažíte o zapojení rodiny hráče do jeho terapie?

My se o to snažíme vždy, jelikož nám to přijde hodně důležité. Jednak cílíme reklamu hodně i na blízké a rodiče, jelikož právě oni jsou nejčastěji první, kteří si uvědomí ten problém. A jsou tedy iniciátory kontaktu, jelikož když to všechno praskne doma, tak většinou volá partnerka nebo maminka. Samozřejmě pokud voláme s klientem, tak se ho vždy ptáme, jestli chce přijít s někým blízkým. Myslíme si totiž, že je to velice dobré a vhodné. A poté jsme na to již připraveni a rozdělujeme si mezi sebe tu rodinu hráče a nabídneme i jim speciální služby. Protože blízcí poskytují často kontrolu nad hráčem. A je velmi důležité nejen změnit klienta, ale také prostředí, ve kterém samotný hráč žije.

Kterou metodu pomoci považujete z Vaší praxe jako nejúčinnější a proč?

Jak byste ohodnotil/a dnešní možnosti pomoci, které jsou lidem závislým na hazardních hrách v České republice nabízeny?

Myslím si, že je dostatečná a určitě i ve špičkové kvalitě. Měl jsem tu možnost zjišťovat, jak je to v okolních státech, kde tyto služby nejsou tak časté a specializované. Tudíž nemají takovou záchrannou síť. Nyní se snažíme vyvinout nové aplikace, ve kterých by klienti měli přehledně všechny možnosti u nich v kraji.

Vidíte úskalí v systému pomoci? Pokud ano, jaké změny byste navrhoval/a?

Myslím si, že je nyní úskalí, na kterém bychom chtěli pracovat především, to, aby se formy pomoci dostaly do prostředí sportu. Tak aby ti sportovní, kteří tvoří největší část těch postižených tím hazardem, si ten problém přiznali. A legitimovali jej ve svém prostředí. Myslím si, že by se mělo více přednášet a více nabízet pomoc ve všech sportovních odvětvích.

Z jakého důvodu se domníváte, že stále menší počty patologických hráčů vyhledávají odbornou pomoc?

Myslím, že se počet klientů zvedá, ale otázkou je, jestli se nezvedá i počet hráčů. To bohužel nevím.

Jak si myslíte, že aktuální situace kolem viru COVID-19 poznamená hráče Land – based her? Donutí je přestat s hazardem nebo je to právě naopak připoutá k digitálním hazardním hrám?

My vlastně dále pracujeme distančně, ale i někteří ostatní klienti zůstali v kontaktu pomocí zpráv nebo video hovoru. Když se s klienty teď bavím, tak říkají, že je blbé, že jsou teď doma, a tudíž se nudí. Jelikož je nuda pro ně nejrizikovější situace. Ale na druhou stranu se nic nehraje, a tudíž není na co sázet. Takže co se týče sázkařů, tak by museli přejít třeba na ruletu. A to určitě někteří udělali, ale většina si myslím, že spíše počká.

Berete tuhle práci pouze jako povolání, nebo máte k určitým případům i nějakou citovou vazbu?

K případům bych neměl mít citovou vazbu. Beru to jako povolání, ale povolání, které mám rád, ale samozřejmě se občas stane, že s někým pracuji dále a vytvoří se tam poté nějaká citová vazba.

PŘÍLOHA P III: PÍSEMNÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č.3 (C)

Jak dlouho vykonáváte práci sociálního pracovníka v oblasti patologických jevů? A jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Tuto práci vykonávám 3 roky a mé nejvyšší vzdělání je Mgr.

Jaké činnosti vykonáváte jako sociální pracovník ve Vašem zařízení? Jaká je konkrétně náplň Vaší práce?

Jsem koordinátor poradenských a kontaktních služeb a jsem i terénní poradenský kontaktní pracovník.

Které pohlaví a věkovou skupinu považujete, dle Vaší praxe, jako nejčastěji zasaženou tímto patologickým jevem?

Překvapivě jsou to ženy a zhruba kolem 28-36 let.

Jak se změnila věková struktura závislých vzhledem k příchodu hazardních her v digitálním světě?

Dle mého názoru se struktura změnila především v tom, že jsou nyní hazardní hry pro širší veřejnost. Začaly více sázet ženy oproti mužům a věková hranice se určitě snížila.

Jaké formy pomoci nabízí Vaše zařízení?

Poradenství – ambulantní služby a máme také projekt „gambling“, v rámci, kterého obcházíme herny a rozdáváme informační letáky do těch heren. Je to takový informační servis pro ty gamblery takhle na ulicích a ve veřejném prostranství.

O kterou formu pomoci je ve Vašem zařízení nejvíce zájem a která z forem je dle Vašeho názoru nejúčinnější?

Určitě ambulantní péče a nejúčinnější je určitě ta dlouhodobá, kontinuální, pravidelná péče. Jelikož pokud klienti docházejí pravidelně a léčí se, je to pro ně nejlepší varianta.

Jaký je Váš názor na online formu pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách?

Online pomoc se ukazuje nejvíce právě v dnešní situaci ohledně COVID-19, jelikož jsme museli přejít pouze na online poradenství. A z toho důvodu hodně lidí odpadlo, jelikož tomu nevěří anebo je to pro ně nějakým způsobem diskomfortní. Já si myslím, že online pomoc v celém systému určitě má svou úlohu, ale každopádně to nevynahradí setkání tváří v tvář.

Jaký je Váš názor o svépomocné organizaci Anonymních hráčů?

Se svépomocnými skupinami mám velmi dobrou zkušenost, ať už jsou to anonymní alkoholici, anonymní hráči nebo anonymní narkomani. Já jsem určitě zastánce fungování těchto skupin a jsem pro to, aby tam lidé docházeli.

S jakými dalšími institucemi spolupracujete? Co je obsahem spolupráce a jak samotná spolupráce probíhá? Jak spolupráci hodnotíte?

Spolupracujeme se všemi našimi pobočkami. Také spolupracujeme s celým systémem léčebné péče. Např. Nízkoprahy, ambulantní péče, terapeutické komunity. Dále spolupracujeme s Probační a mediační službou, s OSPODEM. Všechny klienty si předáváme a doporučujeme jim to nejlepší, co je pro ně v jejich situaci vhodné.

V čem se liší Vaše pomoc lidem závislým na Land-based hrách, oproti lidem závislým na hazardních hrách na internetu?

Úplný rozdíl mezi pomocí lidem závislým na Land-based hrách, oproti lidem závislým na hazardních hrách na internetu, úplně nevidím. Ta závislost se projevuje skoro stejně v konečných důsledcích. Akorát problém je v dostupnosti, jelikož se zavírají herny, ale na internetu hry stále budou zůstat.

S rozmachem digitálních technologií bylo nutné, aby se sociální pracovníci přizpůsobili. Jak se vyvinuly jejich metody a nástroje vůči tomuto patologickému jevu v digitální době?

Myslím si, že díky tomu vznikla ta online pomoc, kde vlastně hráči jsou stále v nějaké anonymitě. Vznikly ty anonymní skupiny, jako jsou Anonymní hráč atd.

Popište prvotní krizovou intervenci s patologickým hráčem? (probíhá, či nikoliv, obtížnost, dobrá komunikace apod.). Jaká je Vaše role při této intervenci?

Krizovou intervenci provádíme stejně se všemi klienty. Nejprve mapujeme situaci, co se děje a následně zjišťujeme, v které fázi krize klient je. (dopracovat)

Jaké metody práce nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení?

Co se týče ambulantní péče, tak je to určitě prevence relapsu, nácvik asertivního chování, základní KBT postupy.

Jaká pozitiva a negativa má dle Vašeho názoru individuální terapie?

Podle mého názoru je individuální terapie velmi vhodná. Především u klienta můžeme vidět jeho vývoj a sledovat jeho změny. Slabší stránku vidím v tom, že se mi občas stává,

že si klient vytvoří mírnou závislost na této terapii. Ale myslím si, že by se individuální terapie měla vždy kombinovat jak s KBT nebo třeba s těmi anonymními hráči apod.

Jaký je Váš názor na skupinovou kognitivně-behaviorální terapii? Nabízí Vaše zařízení tuto možnost? V případě, že ano, je o tento druh terapie zájem?

Naše zařízení tuto možnost bohužel neposkytuje, ale našim klientům doporučujeme právě spolupráci se Svépomocnými skupinami, jako jsou Anonymní gambleři.

Jak a jakým způsobem se snažíte o zapojení rodiny hráče do jeho terapie

My se snažíme s rodinou hráče úzce spolupracovat, máme projekt „Rodina“, kde se setkáváme jak s klientem, tak jeho rodinou, ale také se setkáváme s rodinami, které se snaží přivést jejich rodinného příslušníka k nám do zařízení. Vždy se snažíme co nejvíce rodinu zapojovat do všech procesů, jelikož rodina často funguje jako velká motivace. A také se nám poté lépe mapuje situace klienta, jelikož nám poskytne objektivnější náhled.

Jak byste ohodnotil/a dnešní možnosti pomoci, která je lidem závislým na hazardních hrách v České republice nabízena?

Myslím si, že většina zařízení se specializuje spíše obecně na závislosti, a i tato zařízení jsou spíše ve větších městech. Dle mého názoru by se mělo více o této problematice diskutovat a gamblerům toto nabízet. Především těm hráčům, kteří hrají internetové hry.

Vidíte úskalí v systému pomoci? Pokud ano, jaké změny byste navrhoval/a?

Pro gamblery a celkově pro všechny lidi hrající hazardní hry, v dnešní době té pomoci není tolik, jelikož se většina zařízení specializuje spíše na ty návykové látky. A ne konkrétně na návyk v tom procesu gamblerů. V dnešní době vznikají specializované ambulance pro lidi s poruchou potravy, tak doufám, že vzniknou díky tomu i ambulance specializované přímo pro patologické hráče. Několik ambulancí se najde, ale je jich v našem systému opravdu málo. Dále bych doporučila více programů specializovaných pro gamblery a také zvýšit prevence, především ve školních zařízeních.

Domníváte se, že se počty patologických hráčů, kteří vyhledávají odbornou pomoc, zvyšují, nebo snižují a proč?

Dle mého názoru se počty hráčů vyhledávajících pomoc spíše zvyšují, než že by ji nevyhledávali. Ale spíše upadá počet hráčů, kteří hráli v hernách a ukazuje se trend sázení online, jako jsou např. Sazka, Fortuna atd. Nebo také hrají klasické online hry, kde hráči také investují peníze. A tam si často lidé myslí, že je to normální na tom počítači, že to

není žádný hazard. A mladí lidé si toto právě většinou sami neuvědomí a často k nám volají rodinní příslušníci, kteří si toho všimli. Ještě to bývá často spojeno s užíváním THC.

Jak si myslíte, že aktuální situace kolem viru COVID-19 poznamená hráče Land-based her? Donutí je přestat s hazardem nebo je to právě naopak připoutá k digitálním hazardním hrám?

Dle mého názoru pandemie rozpoutala velkou vlnu sázení a celkově investování peněz na internetu. Jelikož jsou lidé doma a nudí se. Určitě si myslím, že hráčů přibude.

Berete tuhle práci pouze jako povolání, nebo máte k určitým případům i nějakou citovou vazbu?

Práce pro mě určitě neznamena pouze povolání, je to určitě pro mne poslání, ale také můj velký koníček.

PŘÍLOHA P IV: PÍSEMNÝ ROZHOVOR S RESPONDENTEM Č.4 (D)

Jak dlouho vykonáváte práci sociálního pracovníka v oblasti patologických jevů? A jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Od roku 1995 pracuji v oblasti soc. patolog. jevů a mé vzdělání je vysokoškolské, nejvyšší titul PhDr.

Jaké činnosti vykonáváte jako sociální pracovník ve Vašem zařízení? Jaká je konkrétně náplň Vaší práce?

Sociální práce slouží pouze jako „doplňek“ mé profese adiktologa. Když se objeví klient/pacient, kde vidím problematiku soc. práce a on s ní chce pomoci, tak mu poskytuji základní sociálně-právní servis, podávám informace o dluhovém poradenství, rodinném právu, základech trestního práva, sepisuji s ním profesní životopis, zprostředkovávám kontakt se soc. prostředím, předávám kontakt na soc. služby a další instituce...

Které pohlaví a věkovou skupinu považujete, dle Vaší praxe, jako nejčastěji zasaženou tímto patologickým jevem?

Nejčastěji jsem se ve své adiktologické praxi setkávala s dospělou klientelou s problematikou hazardu. Jednalo se převážně o dospělé muže ve věku 20 a více let. Ten věk je dán tím, že nyní i dříve jsem pracovala v adiktologických službách, které pracovaly s dospělou klientelou – tedy 18 let a více let.

Jak se změnila věková struktura závislých vzhledem k příchodu hazardních her v digitálním světě?

Pro mě vlastně nijak, protože, jak píšu výše, pracovala jsem a pracuji s dospělými.

Jaké formy pomoci nabízí Vaše zařízení?

Nabízíme individuální, párovou/rodinnou adiktologickou terapii a skupinovou terapii pro osoby závislé na hazardu a jejich blízké. Jedná se o adiktologickou ambulantní léčbu. Nad rámec služeb čas od času nabízíme také volnočasové aktivity pro pacienty a jejich blízké, a to i z řad osob závislých a hazardu a jejich blízké.

O kterou formu pomoci je ve Vašem zařízení nejvíce zájem a která z forem je dle Vašeho názoru nejúčinnější?

Nejčastěji mají pacienti zájem o individuální konzultace. Podle mého názoru je nejúčinnější kombinace všech tří prvků (individuální + párové/rodinné terapie + skupinové

terapie), ideálně, když třeba ještě naváže na prodělanou ústavní pobytovou střednědobou léčbu. A samozřejmě velmi záleží na motivaci pacienta a jeho aktivitě a ochotě se zapojit a pracovat na sobě.

Jaký je Váš názor na online formu pomoci pro osoby závislé na hazardních hrách?

Říkám si, proč ne?!_Pokud tato forma pomoci někomu pomůže a dokážu si pomoci, že může, tak je to v pořádku. Je to o osobních preferencích a osobnostním nastavení klienta. Dokážu si představit, že někdo může na počátku práce na sobě využívat tento typ pomoci a časem může přejít na jiný typ – když ucítí, že mu to pomáhá, že tomu začal věřit...

Jaký je Váš názor na svépomocnou organizaci Anonymních hráčů?

Celkově jsem vděčná za existenci tohoto typu svépomocného seskupení. Rozšiřují možnosti pomoci a jsou skupiny, které opravdu velmi dobře dělají svoji práci. Je to ale skupina od skupiny.

S jakými dalšími institucemi spolupracujete? Co je obsahem spolupráce a jak samotná spolupráce probíhá? Jak spolupráci hodnotíte?

Z povahy našeho zařízení, které vzniklo dle nové koncepce adiktologických služeb, musíme spolupracovat především s psychiatry a psychiatrickými nemocnicemi, či detoxy nebo psychiatrickými odděleními nemocnic nebo ter. komunitami. Dále je pak nezbytná spolupráce se zdravotními pojišťovnami, které nám hradí vykázané adiktologické výkony. Jinak spolupracujeme s úřady, OSPOD, PMS, věznicemi, sociálními službami...

Obsah spolupráce: psychiatři, psych. nemocnice, psychiatrická oddělení nám odesílají své pacienty. Jejich spolupráci potřebujeme, abychom měli indikaci pro vykazování adiktologických výkonů. Indikace (doporučení k léčbě) se musí bohužel obnovovat každé tři měsíce.

Zdravotní pojišťovny – popisují výše.

Úřady, OSPOD, PMS, věznice, další sociální služby nám také odesílají své klienty nebo tam pak případně odesíláme naše pacienty my (kromě věznic, tam my nikoho neposíláme), když uznáme, že spolupráce s těmito institucemi jim může být nějak prospěšná.

Spolupráci se všemi výše zmiňovanými považuji za dobrou, dobře nastavenou a funkční.

V čem se liší Vaše pomoc lidem závislým na Land-based hrách, oproti lidem závislým na hazardních hrách na internetu?

Řekla bych, že samotná pomoc a způsob práce se neliší. Nevidím v tom rozdíl. Pořád je to závislost.

S rozmachem digitálních technologií bylo nutné, aby se sociální pracovníci přizpůsobili. Jak se vyvinuly jejich metody a nástroje vůči tomuto patologickému jevu v digitální době?

Úplně nerozumím otázce, v čem se měli soc. pracovníci přizpůsobovat? I nadále mají povinnost se dále vzdělávat, a tím pádem se učit novým informacím, metodám, což je běžné při práci s jakoukoliv jinou cílovou skupinou. Tam jde vývoj také stále dopředu a je potřeba si doplňovat vzdělání, informace, kompetence.

Popište prvotní krizovou intervenci s patologickým hráčem (probíhá či nikoliv, obtížnost, dobrá komunikace apod.) Jaká je Vaše role při této intervenci?

Pokud se jedná o krizovou intervenci v pravém slova smyslu, tak je úplně jedno, zda je přede mnou hráč nebo rodinný příslušník v krizi. To znamená, že mapuji situaci, kotvím v realitě, podporuji ventilaci emocí, snažím se identifikovat nejdůležitější problémy, hledám zdroje, starám se o bezpečí pacienta, vytváříme plán pomoci... Pokud je pacient v ohrožení života, mám právo přivolat další pomoc – záchranou službu... V případě poskytování pomoci v krizi dochází k omezení ostatních služeb. Role při této intervenci? Pomáhající pracovník.

Jaké metody práce nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení?

Nejčastější metody práce: prevence relapsu, informační servis, edukace o závislosti, poradenství, motivační rozhovory.

Jaká pozitiva a negativa má dle Vašeho názoru individuální terapie?

Pozitiva: možnost dlouhodobé spolupráce, atmosféra důvěry při vytvoření profesionálního vztahu, kontinuální spolupráce, kde je možno sledovat „vývoj“ pacienta, jeho názorů, je možné vnímat i drobné nuance ve změnách, celou práci je možné skutečně vystavět individuálně – na míru pacientovi.

Negativa: nerozpoznání přenosu a protipřenosu, vytvoření závislosti pacienta na pracovníkovi, pacient a terapeut si nemusí „sednout“, nevidím, jak se pacient chová v interakci s dalšími osobami, informace mám „pouze“ zprostředkované od něj nebo od sebe, ze vzájemné interakce.

Jaký je Váš názor na skupinovou kognitivně-behaviorální terapii? Nabízí Vaše zařízení tuto možnost? V případě, že ano, je o tento druh terapie zájem?

Terapeutické skupiny naše zařízení nabízí, nemáme je ale orientované striktně dle KBT – nikdo z nás nemá zatím výcvik v KBT. Ter. skupiny jsou výborný pomocník, který může posouvat pacienty v léčbě dále. O vstup do ter. skupin je u nás velký zájem, aktuálně máme kapacitně ter. skupiny naplněny.

Jak a jakým způsobem se snažíte o zapojení rodiny hráče do jeho terapie?

Nabízíme od počátku spolupráce rodinné/párové konzultace. Rodinný příslušník může naše služby využívat stejně jako osoba závislá. Pokud o toto projeví zájem, pak s ní pracuje jiný pracovník než ten, který pracuje se závislým. Čas od času pak probíhají společné párové konzultace. Práci s celou rodinou nebo její částí velmi vítáme.

Kterou metodu pomoci považujete z Vaší praxe jako neúčinnější a proč?

Moc nerozumím otázce. Záleží přece na mnoha okolnostech. V jaké fázi motivačního kola pacient přichází, zda na sobě pracovat chce a může (např. mu to dovolí jeho intelekt nebo momentální psych. a zdrav. stav), zda věří v možnost realizace změny, má aspoň trochu vyřešeny své existenční podmínky... Asi se nedá zmínit jen jedna metoda. Nebo já to neumím.

Jak byste ohodnotil/a dnešní možnosti pomoci, která je lidem závislým na hazardních hrách v České republice nabízena?

Myslím si, že možnosti pomoci v ČR jsou ve velkých městech dostatečné a dostupné. Pravděpodobně zcela chybí na malých městech, kde se navíc lidé více znají a stydí se mezi sebou. Celkově ale síť pomoci vytvořena je, ale netuším, nakolik je aktuálně funkční.

Vidíte úskalí v systému pomoci? Pokud ano, jaké změny byste navrhoval/a?

Úskalí vidím již roky v nedostatečném financování adiktologických služeb obecně, adiktolog. profese jsou podhodnoceny a každý rok řeší to, zda budou mít dostatek financí na zaplacení pracovníků. Rozhodně vymyšlení a realizaci jiného systému financování, a to tak, aby měly adiktolog. služby jistotu, že budou existovat ne rok od roku, ale roky po sobě.

Z jakého důvodu se domníváte, že stále menší počty patologických hráčů vyhledávají odbornou pomoc?

Mám pocit, že v posledních dvou letech hráčů ubylo co do počtu. Nemyslím si, že je to tím, že se stydí využívat adiktologické služby, ale možná je jich skutečně statisticky méně, což by bylo dobře.

Jak si myslíte, že aktuální situace kolem viru COVID-19 poznamená hráče Land-based her? Donutí je přestat s hazardem, nebo je to právě naopak připoutá k digitálním hazardním hrám?

Vůbec nevím, co to s nimi udělá. Fakt nemám konkrétní představu. Nemyslím si, že by je to donutilo do budoucna přestat hrát/sázet, pokud je tam závislost, tak tam zůstane i nadále. Možná – to je moje hypotéza, nyní u nich může „přeskočit“ na nějakou přechodnou náhradu. Může dojít i k přesmyku závislosti, pokud bude situace trvat ještě delší dobu. Ale je to jen pracovní hypotéza, nemám věšteckou kouli, a tak nevím.

Berete tuhle práci pouze jako povolání, nebo máte k určitým případům i nějakou citovou vazbu?

Má práce mne velmi baví a naplňuje. Nemyslím si, že ji beru jen jako profesi/práci/povolání. S cílovou skupinou osob závislých se mi pracuje dobře, někdy je to hodně komplikované a vyčerpávající, ale skutečně jsem spokojená. Bohužel, ať se snažím, jak se snažím, tak se od některých osudů pacientů hůře odpoutávám, ale snažím se s tím pracovat v rámci supervizí. Tak aspoň, že tak.

PŘÍLOHA P V: OBSAH DISKU CD

- \BP_Novotna2020.pdf
- \BP_Novotna2020.docx
- \prilohy
 - \rozhovor_A1.m4a
 - \rozhovor_B2.m4a